

ANA MARIA CHAGAS SETTE CÂMARA

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO PET-SAÚDE:
Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na
área da saúde**

**Brasília
2015**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS
EM SAÚDE**

Ana Maria Chagas Sette Câmara

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO PET-SAÚDE:
Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na
área da saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do título de Doutor

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde, Educação, Ambiente e Trabalho

Aluna: Ana Maria Chagas Sette Câmara

Orientadora: Prof^a Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Brasília
2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

e CAMARA, ANA MARIA CHAGAS SETTE
EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO PET-SAÚDE: Cenário
para o desenvolvimento de Práticas e Competências
Colaborativas na área da saúde / ANA MARIA CHAGAS
SETTE CAMARA; orientador DIANA LUCIA MOURA PINHO.
- Brasília, 2015.
176 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília,
2015.

1. ensino na saúde. 2. educação
interprofissional. 3. contexto de aprendizagem. 4.
estratégias de ensino. 5. trabalho em saúde. I.
PINHO, DIANA LUCIA MOURA, orient. II. Título.

Ana Maria Chagas Sette Câmara

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO PET-SAÚDE:
Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na
área da saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Aprovada em 31 de julho de 2015

Banca examinadora

Prof^ª. Dr^ª Diana Lúcia Moura Pinho (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Eliana Goldfarb Cyrino
Universidade Estadual Paulista/Unesp

Prof^ª. Dr^ª. Gardênia da Silva Abad
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Emerson Fachin Martins
Universidade de Brasília

Prof^ª Dr^ª Vera Regina Fernandes da Silva(suplente)
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho ao meu filho Bernardo, minha fonte de vida e equilíbrio, e à minha mãe, Maria Carmen Chagas Sette Câmara (in memoriam), que muito me incentivou a realizá-lo e me fez acreditar que valia a pena!

A todos que estão envolvidos com a formação ética e com a responsabilidade social dos profissionais de saúde em nosso país e no mundo, em especial à competente equipe técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter abençoado meu caminho com sabedoria para entender que tudo tem seu tempo.

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho o meu reconhecimento e gratidão.

À minha família, em especial minha irmã Bernadete, pela presença constante e amiga que cuidou do meu filho nas minhas ausências; minha prima Cibele Gomes que me acolheu em Brasília durante todo o curso, e meus sobrinhos Bruno, Thiago e Hanna que contribuíram para execução deste projeto.

À Marina Peduzzi pela generosidade e apoio.

Aos tutores do PET-SAÚDE e alunos da UFMG que prontamente se dispuseram a participar desta investigação.

O meu profundo agradecimento aos colegas do FAIMER, que me ensinaram o que é uma rede colaborativa interprofissional, em especial Eliana Goldfarb Cyrino, André Cabral, João Henrique do Amaral, Marcelo Viana da Costa e Suely Grosseman.

À ABG Consultoria Estatística, que tanto me auxiliou no tratamento estatístico dos dados.

Aos professores por aceitarem participar da banca examinadora e pela análise crítica da pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação Ciências e Tecnologias em Saúde que me possibilitou trilhar esta trajetória.

O meu muito obrigada aos membros da Comissão Assessora do Programa Pró-Saúde e PET-Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, com os quais ampliei meu olhar e aprofundei meus conhecimentos sobre os projetos PET-Saúde.

À todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo, o meu muito obrigada!

*O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto.
Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la.*

Paulo Freire (Conscientização, 1980, p35)

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso e tem como objetivo explorar a percepção dos docentes tutores do PET-Saúde da UFMG sobre a Educação Interprofissional (EIP), verificando se as estratégias pedagógicas utilizadas neste contexto foram potentes para sensibilizar estudantes de graduação na área da saúde para a prática colaborativa. Foi conduzido um estudo de natureza qualitativa do tipo método misto sequencial, realizado no cenário do PET-Saúde da UFMG. Os participantes foram 14 docentes tutores do PET-Saúde 2009 e 2010-2011 e 295 estudantes, concluintes dos cursos de saúde da UFMG em 2012 e egressos dos grupos PET-Saúde dos dois editais. O estudo foi desenvolvido em três fases, na primeira foi realizada a exploração qualitativa da percepção dos docentes tutores sobre a educação interprofissional, por meio de entrevistas, com questões abertas. Dos resultados da primeira fase emergiram questões que nos conduziram à segunda fase, um estudo de abordagem quantitativa, com um recorte transversal, para avaliar a disponibilidade dos estudantes para a EIP, com aplicação de questionário versão português do RIPLS. A terceira realizada a integração e interpretação dos resultados dos estudos das fases anteriores utilizando o modelo 3P de avaliação de programas educacionais. Os resultados apontam que a maioria dos docentes é favorável ao processo de ensino-aprendizagem em grupos interprofissionais, mesmo considerando a experiência desafiadora, trabalhosa e de difícil manejo. A experiência PET-Saúde estimulou a reconfiguração dos saberes relacionados com o ensinar e o aprender; a reorganização da relação teoria/prática, rompendo com a clássica proposição de que a teoria precede a prática; a necessidade da aprendizagem constante e da reflexão sobre a realidade, com cidadania e responsabilidade social; a construção de um espaço de pesquisa e produção de conhecimento interdisciplinar, se caracterizando em uma experiência de aprendizagem transformadora. Na percepção dos participantes o PET-SAÚDE é uma potente estratégia para o desenvolvimento de prontidão para competências colaborativas dos estudantes da área da saúde, como: trabalho em equipe, identidade profissional e atenção centrada no usuário. Configurando-se como uma prática educacional inovadora capaz de sensibilizar os docentes e estudantes para a compreensão da natureza do trabalho dos outros profissionais, objetivo central da EIP.

Palavras-chave: ensino na saúde, educação interprofissional, contexto de aprendizagem, estratégias de ensino, trabalho em saúde.

ABSTRACT

The present research is a case study and aims to explore aims to analyze perceptions of teachers on Interprofessional Education in the context of PET-Saúde, checking if the collaborative practice of this training model has contributed to the development of collaborative skills in health graduate students; adapt and validate an instrument to assess the availability for interprofessional learning; identify expressions of materiality of Interprofessional Education (IPE) and explore dimensions that promotes the IPE as a training strategy for collaborative practice of health professionals in Brazil. This research has been conducted in three phases through sequential mixed method. The first phase was a qualitative exploration of the perceptions of teachers and PET-Saúde tutors about the interprofessional education, through interviews with discursive questions. The results achieved in the first phase led us to the second phase of the research, a quantitative approach, which was developed through the application of a survey to all health undergraduate students of UFMG and graduates of PET-Saúde for assessment the availability of students of the IPE, under a crosscut. On the third and last phase, the data obtained by the two previous methods were integrated into the interpretation of the research using the 3P model of evaluation of educational programs. Most teachers were favorable to teaching-learning process in interprofessional groups regarding of primary care services, even if the experience has been considering defiant, laborious and extremely difficult. The PET-Saúde stimulated a reconfiguration of knowledge related to teaching and learning processes; the reorganization of theory/practice relation, breaching with the classical proposition that theory precedes practice; the necessity of constant learning and reflection about the reality, with social accountability; besides being a research center able to promote interdisciplinary knowledge characterizing in a transformative learning experience. In the perception of the participants PET-Saúde is a powerful strategy for the development readiness of collaborative skills of students in the health field, such as: teamwork, professional identity and user-centered care. Setting up as an innovative educational practice able to sensitize teachers and students in understanding the nature of work of other professionals and to promote the development of collaborative skills of students in the health area, the main objectives of EIP.

Keywords: Education in Health, Interprofessional Education, health work, learning context, teaching strategies

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. CS de Saúde de Belo Horizonte participantes do PET-Saúde.....	58
FIGURA 2. Estrutura e modelo teórico do PET-Saúde da UFMG.....	60
FIGURA 3- Fluxograma dos estudos no método misto.....	00

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Classificação de possíveis desfechos do modelo de avaliação 3Ps de EIP.....	50
QUADRO 2 – Distribuição dos tutores por curso de graduação e por Regional de Saúde do município, com o nome dos centros de saúde-sede dos grupos tutoriais.....	61
QUADRO 3. Características gerais dos centros de saúde participantes do projeto.....	62
QUADRO 4. A listagem com as categorias profissionais dos preceptores de cada grupo tutorial.....	63
QUADRO 5.– Uma análise descritiva do PET-Saúde a partir do modelo 3Ps (<i>Presage-Processse-Product</i>).....	00

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1- Variável Idade.....	85
GRÁFICO 2 Variáveis Sexo, Participação no PET-Saúde.....	87
GRÁFICO 3 Variável Tempo de Participação no PET-Saúde.....	87
GRÁFICO 4 Variável Curso de Graduação.....	88
GRÁFICO 5- Itens dos constructos “ <i>trabalho em equipe e colaboração</i> ”, “ <i>identidade profissional</i> ” e “ <i>atenção centrada no paciente</i> ”.....	90
GRÁFICO 6- Barras com erro representando à média e os intervalos de 95% de confiança para os itens e índice do constructo <i>Trabalho em Equipe e Cooperação</i>	94
GRÁFICO 7- Gráfico de Barras com erro representando a média e os intervalos de 95% de confiança para os itens do constructo <i>Identidade Profissional</i>	97
GRÁFICO 8- Gráfico de Barras com erro representando a média e os intervalos de 95% de confiança para as variáveis e fator <i>Atenção centrada no Paciente</i>	99
GRÁFICO 9- Média e intervalo de confiança <i>dos índices Trabalho em Equipe, Identidade Profissional e Atenção centrada no paciente</i>	101
GRÁFICO 10 - <i>Trabalho em equipe e colaboração</i> conforme o sexo.....	103
GRÁFICO11- <i>Trabalho em equipe e colaboração</i> conforme participação no PET-Saúde	103
GRÁFICO 12 - <i>Trabalho em equipe e colaboração</i> conforme o curso de graduação....	104
GRÁFICO 13 - <i>Trabalho em equipe e colaboração</i> conforme o tempo de participação no PET-Saúde.....	104
GRÁFICO 14 - <i>Identidade Profissional</i> conforme o sexo.....	108
GRÁFICO 15- <i>Identidade Profissional</i> conforme participação no PET-Saúde.....	109
GRÁFICO 16- <i>Identidade Profissional</i> conforme o curso de Graduação.....	109
GRÁFICO 17- <i>Identidade Profissional</i> conforme o tempo de participação.....	110
GRÁFICO 18- <i>Atenção Centrada no Paciente</i> conforme o sexo.....	113
GRÁFICO 19- <i>Atenção Centrada no Paciente</i> conforme participação no PET- Saúde..	114
GRÁFICO 20- <i>Atenção Centrada no Paciente</i> , o curso de Graduação.....	114
GRÁFICO 21- <i>Atenção Centrada no Paciente</i> conforme o tempo de participação no PET-Saúde.....	115
GRÁFICO 22- Gráfico de Barras com erro representando à média e os intervalos de 95% de confiança o índice <i>Trabalho em equipe e Colaboração</i> conforme o local de participação no PET-Saúde.....	119
GRÁFICO 23- Gráfico de Barras com erro representando à média e os intervalos de 95% de confiança o índice <i>Identidade Profissional</i> conforme o local de participação no PET-Saúde.....	119
GRÁFICO 24- Gráfico de Barras com erro representando a média e os intervalos de 95% de confiança o índice <i>Atenção centrada no paciente</i> conforme o local de participação no PET-Saúde.....	120

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Medidas descritivas da variável idade.....	84
TABELA 2- Frequência das variáveis Curso de Graduação, Sexo, Participação no PET-SAÚDE e Tempo de Participação no PET-Saúde.....	86
TABELA 3- Tabela de frequência para os itens dos constructos “Trabalho em equipe e colaboração”, “Identidade Profissional” e “Atenção Centrada no Paciente”	89
TABELA 4- Análise Fatorial <i>Trabalho em equipe e Colaboração</i> – modelo 1.....	91
TABELA 5- Análise Fatorial <i>Trabalho em equipe e Colaboração</i> – modelo 2.....	92
TABELA 6- Dimensionalidade e Alfa de Cronbach do constructo <i>Trabalho em equipe e Colaboração</i>	92
TABELA 7- Média e Intervalo de 95% de confiança para os itens e índice do constructo <i>Trabalho em equipe e colaboração</i>	93
TABELA 8- Análise Fatorial <i>Identidade Profissional</i> – modelo 1.....	94
TABELA 9 -Análise Fatorial <i>Identidade Profissional</i> – modelo 2.....	95
TABELA 10- Análise Fatorial <i>Identidade Profissional</i> – modelo 3.....	95
TABELA 11- Análise Fatorial <i>Identidade Profissional</i> – modelo 4.....	95
TABELA 12- Dimensionalidade e Alfa de Cronbach do <i>Constructo Identidade Profissional</i>	96
TABELA 13. Média e Intervalo de 95% de confiança do constructo <i>Identidade Profissional</i>	97
TABELA 14- Análise Fatorial de itens <i>Atenção centrada no paciente</i> – modelo1.....	98
TABELA 15- Análise Fatorial de itens <i>Atenção centrada no paciente</i> - modelo 2.....	98
TABELA16- Dimensionalidade e Alfa de Cronbach do constructo <i>Atenção centrada no paciente</i>	98
TABELA 17- Média e Intervalo de 95% de confiança do <i>constructo Atenção centrada no Paciente</i>	99
TABELA 18 -Carga fatorial mínima, Alfa de Cronbach e Dimensionalidade para os indicadores	100
TABELA 19- Medidas descritivas <i>Trabalho em Equipe, Identidade Profissional e Atenção centrada no paciente</i>	100
TABELA 20- Medidas Descritivas, Teste estatísticos para o <i>Trabalho em equipe e colaboração</i> conforme o sexo, participação no PET-Saúde, curso de graduação e tempo de participação.....	102
TABELA 21- Comparações múltiplas de Nemenyi para o índice <i>Trabalho em Equipe e Colaboração</i> entre os cursos de graduação.....	105
TABELA 22- Teste de correlação de Spearman entre o índice do <i>Trabalho em equipe e</i>	

<i>colaboração</i> e a variável Idade.....	105
TABELA 23- Medidas Descritivas para o índice do <i>Trabalho em equipe e colaboração</i> conforme o local de participação no PET-Saúde.....	106
TABELA 24- Medidas Descritivas e testes estatísticos para o índice <i>Identidade Profissional</i> , conforme o sexo, participação no PET-Saúde, curso de graduação e tempo de participação no PET-Saúde.....	107
TABELA 25 - Comparações múltiplas de Nemenyi <i>Identidade Profissional</i> entre os cursos graduação.....	108
TABELA 26- Teste de correlação de Spearman entre o Índice da <i>Identidade Profissional</i> e a variável Idade.....	110
TABELA 27- Medidas Descritivas para o Indicador: <i>Identidade Profissional</i> conforme o local de participação no PET-Saúde.....	111
TABELA 28- Medidas Descritivas e testes estatísticos para o índice <i>Atenção centrada no paciente</i> , conforme o sexo, participação no PET-Saúde, curso de graduação e tempo de participação no PET-Saúde.....	112
TABELA 29- Comparações múltiplas de Nemenyi para o índice <i>atenção centrada no paciente</i> entre os cursos graduação.....	113
TABELA 30- Teste de correlação de Spearman entre o índice <i>Atenção centrada no paciente</i> e a variável Idade.....	115
TABELA 31- Medidas Descritivas para o Indicador: <i>Atenção centrada no paciente</i> conforme o local de participação no PET-Saúde.....	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIPE – Centro para Avanço da Educação Interprofissional

CGL – Comissão Gestora Local

CS- Centro de Saúde

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

EIP – Educação Interprofissional

ESF- Equipe de Saúde da Família

FNEPAS- Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde

GT- Grupo Tutorial

NASF. Núcleo de Apoio da Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PRÓ-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SMSA/PBH- Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade de Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1.	INTRODUÇÃO.....	19
2.	OBJETIVOS.....	24
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
	3.1 EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI.....	25
	3.2 A PRÁTICA COLABORATIVA E A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	27
	3.3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	29
	3.3.1 Situações de Aprendizagem e Comunidades de Prática.....	34
	3.3.2 A Teoria da Aprendizagem Transformadora.....	36
	3.4 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	42
	3.5 AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	46
	3.6 O PET-SAÚDE DA UFMG.....	47
4.	O MÉTODO.....	64
	4.1 MÉTODO MISTO SEQUENCIAL.....	64
	4.2 CONTEXTO DA PESQUISA.....	66
	4.3. O UNIVERSO DO ESTUDO.....	68
	4.3.1 Participantes do Estudo Qualitativo.....	68
	4.3.2 Participantes do Estudo Quantitativo.....	68
	4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	69
	4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	69
	4.5.1 Entrevistas.....	70
	4.5.2 Questionários.....	70
	4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	72
	4.6.1 Análise de Conteúdo.....	72
	4.6.2 Análise Estatística.....	73
5.	RESULTADOS.....	75
	5.1 ESTUDO QUALITATIVO: ENTREVISTAS.....	75
	5.1.1 O Perfil dos Participantes.....	75
	5.1.2 A Disponibilidade dos Docentes.....	75
	5.1.3 Facilitadores para o Desenvolvimento do Projeto.....	77
	5.1.4 Fatores que dificultaram o Desenvolvimento do Projeto.....	78
	5.1.5 Desafios Vivenciados.....	79
	5.1.6 Oportunidades Percebidas.....	80
	5.1.7 Atividades Realizadas e Estratégias Pedagógicas Utilizadas.....	82
	5.2. ESTUDO QUANTITATIVO: QUESTIONÁRIOS.....	84
	5.2.1 Considerações Sobre o Tamanho de Amostra Alcançado.....	84

5.2.2 Caracterização da Amostra	84
5.2.3 Validação e Comparação dos Índices	91
5.2.4 Influência das demais variáveis sobre os índices	101
5.3. INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS.....	116
6. DISCUSSÃO	122
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS	
Anexo A. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	144
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146
Anexo C. Manual do entrevistador.....	147
Anexo D Roteiro de entrevista.....	152
Anexo E- Autorização Peduzzi – uso questionário versão português RIPLS.....	153
Anexo F. Questionário de Medida da Disponibilidade para a Aprendizagem interprofissional – RIPLS versão português.....	154
Anexo G. Relatório de Aplicação do Questionário.....	156
Anexo H Aceite da revista	157
Anexo I- Normas da revista Interface.....	158
Anexo J- ARTIGO	164

APRESENTAÇÃO

*Ler significa reler e compreender, interpretar.
Cada um lê com os olhos que tem
e interpreta a partir de onde os pés pisam.
Todo ponto de vista é a vista de um ponto.
Para entender como alguém lê é necessário saber
como são seu olhos e qual sua visão de mundo.
Isso faz da leitura sempre uma releitura.
(Leonardo Boff, 2008, p15)⁽¹⁾.*

Conhecemos a realidade, inicialmente, pelas percepções que dela extraímos em nossas experiências. Devemos questioná-la, uma vez que ela é uma produção histórica, resultante de relações extremamente complexas.

A nossa experiência profissional enquanto representante da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) no Colegiado do Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS); docente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Tutora do projeto do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da Família (PET-Saúde) e membro da Comissão Assessora do PROPET do Ministério da Saúde nos desafiou a compreender os aspectos pedagógicos que podem orientar a Educação Interprofissional (EIP) em diversos sentidos.

No Brasil, a educação em saúde tem sido, tradicionalmente, estruturada em cursos uniprofissionais, com a aprendizagem de cada disciplina com seu próprio vocabulário e formas de resolução de problemas, impulsionada por sua compreensão das questões. Este modelo educacional prepara o profissional para o modelo assistencial médico-centrado, estruturado para resolver as demandas assistenciais a partir do conceito dicotômico saúde-doença com ações e procedimentos uniprofissionais. Com a evolução do conceito de saúde para um sistema complexo de interações das condições de saúde e fatores contextuais (conceito ampliado de saúde) se fazem necessárias mudanças na formação dos profissionais da saúde, para a aprendizagem de um olhar ampliado para as múltiplas dimensões da saúde e ações multiprofissionais integradas para uma rede de assistência integral.

O PET-Saúde da UFMG foi elaborado, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), por uma comissão de docentes dos onze cursos de graduação da área da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia

Ocupacional), e foi a primeira experiência interprofissional de ensino da instituição, com a integração de estudantes em grupos multiprofissionais no cenário de prática.

Existem poucos trabalhos sobre a educação interprofissional (EIP) no Brasil e as experiências de EIP presentes no PET-Saúde requerem ser avaliadas com instrumentos validados que permitam estudos comparativos no cenário nacional e internacional. Identificar a atitude dos docentes em relação a educação interprofissional e as estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da prática colaborativa possíveis de serem desenvolvidas no ensino da graduação em saúde, a partir da experiência do PET-Saúde foi o que originou este estudo.

A pesquisa se apresenta relevante na medida em que permitirá a construção de elementos de acompanhamento, avaliação e de planejamento das atuais políticas de formação dos profissionais de saúde, bem como a inserção e fortalecimento do debate sobre a educação interprofissional e o trabalho colaborativo em saúde, estimulando uma reflexão sobre a lógica da formação do profissional de saúde e o aprofundamento da discussão e possibilitando a busca da superação de alguns equívocos teóricos, necessários para avançar na consolidação de uma política indutora que tem se mostrado comprometida com os princípios do sistema de saúde brasileiro.

A tese está organizada em sete capítulos. O capítulo inicial corresponde à Introdução, com a apresentação da temática e a problemática do estudo, a importância e as contribuições do estudo no que tange à formação dos profissionais da saúde. No segundo capítulo, são apresentados os objetivos geral e específicos da pesquisa, que foram pensados, a partir da problemática que motivou o desenvolvimento do estudo. O terceiro capítulo, Referencial Teórico, com uma revisão de literatura sobre a EIP: a conjuntura que provocou a construção de suas bases teóricas; a importância no contexto da educação dos profissionais de saúde; uma breve discussão das perspectivas teóricas mais utilizadas nas pesquisas sobre EIP e as estratégias de ensino/aprendizagem que têm sido úteis para a efetivação dessa abordagem. O quarto capítulo, o Método, apresenta o método do estudo e o caminho percorrido; o contexto onde foi realizada a coleta de dados; participantes; a descrição dos procedimentos e instrumentos para a coleta e análise dos dados, as considerações éticas da pesquisa. No quinto capítulo, são apresentados os Resultados obtidos na forma de gráficos, tabelas e figuras. O sexto capítulo, apresenta a Discussão sobre as realidades pesquisadas e o referencial teórico. No sétimo e último capítulo estão as considerações finais, as limitações do estudo e a agenda futura.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a formação dos profissionais em saúde no Brasil não é recente; o país acompanhou o movimento global com o objetivo de adequar o perfil da formação dos profissionais às necessidades de saúde da população e ao fortalecimento do Sistema de Saúde^(2,3).

O processo de formação dos profissionais de saúde no Brasil começou a ocupar espaço nas conferências nacionais de saúde e, foi um dos temas incluídos na proposta da Reforma Sanitária Brasileira. Um marco importante neste processo foi o lançamento do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, implantado em 2002⁽⁴⁾. A proposta foi elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a partir de indicadores da Organização Mundial de Saúde junto com entidades da área médica. O foco principal deste programa foi incentivar as escolas médicas a desenvolverem e implementarem mudanças curriculares com o objetivo de formação de um perfil de médicos egressos coerentes com as necessidades de implantação e fortalecimento do SUS e permitir que estudantes de medicina pudessem ter estágios em hospitais universitários, como também nos serviços da atenção primária⁽⁵⁾.

A implantação do PROMED foi contemporânea à criação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN's para os Profissionais de Saúde, que começaram a ocorrer entre 2001 e 2004. Muitos dos avanços no processo de redesenho curricular das escolas médicas foram impulsionados pela necessidade de adequar o processo de formação a essas diretrizes, se configurando como cenário oportuno para a investidura em processos dessa natureza^(5,6).

Segundo Alves et al⁽⁵⁾ algumas dificuldades importantes surgiram no decorrer da implantação do PROMED, tais como a resistência dos estudantes para as vivências dos estágios, no âmbito das unidades de atenção primária a saúde, refletindo uma rejeição ao perfil generalista proposto pelas DCN's e da força da especialização como marca da formação e do trabalho médico. A nova concepção curricular deveria incluir a realidade da prática no processo de formação, mas a forte valorização de uma abordagem tradicional, se configurou como entrave para avanços mais robustos.

Por sua vez, as DCN's dos cursos da área da saúde, representaram um grande avanço nos movimentos para a reorientação da formação dos profissionais de saúde, por enfatizar a

necessidade de formar um profissional com perfil humanista, com competências não apenas técnica, mas também, ética e política; críticos, reflexivos, capazes de identificar as necessidades de saúde e realizar um cuidado a partir da integralidade, dando centralidade às necessidades do usuários e da comunidade e aptos para assumir a responsabilidade frente a consolidação do SUS^(7,8,9).

Essas diretrizes também trouxeram, em sua proposição, a importância do trabalho em equipe, tomando como referencia o principio da integralidade na atenção a saúde⁽⁹⁾. Nesta perspectiva, o trabalho multiprofissional se apresenta, como premissa necessária e nos remete a interdisciplinaridade. A integração em equipes apresenta-se neste cenário como elemento que direciona a colaboração e não somente a junção de diferentes profissionais. A implementação dessas diretrizes, nos cursos da área da saúde, variou em decorrência das diferentes visões de mundo e das bases ideológicas que fundamentaram a formulação das DCN's, porém, estas diretrizes se configuram como uma ferramenta importante na superação de um dos problemas para a consolidação do SUS que é a formação de seus profissionais^(7,9,10). Nesse contexto, outras políticas indutoras foram propostas no sentido de superar as limitações da formação identificadas a partir das iniciativas anteriores.

Entre estas políticas está o projeto do VER-SUS, que foi iniciado em 2003, levando a 1.200 estudantes a oportunidade de estabelecer contato com 60 Secretarias Municipais de Saúde ao longo do ano de 2004. O VER-SUS/Brasil, na sua primeira versão de projeto nacional, foi organizado a partir de 2003 quando o Ministério da Saúde convidou as Executivas e Representações Nacionais de Estudantes dos cursos de graduação da área da saúde para construção de agendas conjuntamente e para pensar o VER-SUS/Brasil. Dessa articulação, muitos outros projetos se desdobraram e a participação dos estudantes e do movimento estudantil nos espaços de construção do SUS, nos conselhos de saúde, nos pólos de educação permanente e etc.^(11,12).

O Curso de Especialização em Ativadores de Mudanças, outra política indutora, teve sua primeira oferta também em 2004, realizada numa parceria entre Ministério da Saúde, a Coordenação de Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz e a Rede UNIDA. Voltado para formação de docentes e profissionais, seus resultados revelaram diversos coletivos de tutores e especialistas organizados para além do curso propriamente dito, caracterizando-o como curso/movimento de ativação, fortalecendo movimentos de mudança em todas as regiões do país⁽¹³⁾.

O debate sobre currículo integrado, novas metodologias ativas, a adoção da

perspectiva construtivista para os processos ensino-aprendizagem e a educação a distancia fortaleceu as iniciativas existentes, e foram socializados no sentido de incentivar novos processos. Essas iniciativas também se apoiaram no princípio da Integralidade como eixo norteador para reforma do processo de formação e como crítica à ideia de educação continuada, entendida como um conjunto de ações pontuais voltadas aos profissionais de saúde, sem o caráter permanente e sem a articulação com as necessidades de qualificação para o fortalecimento dos serviços⁽⁹⁾.

Em 2005, inspirados nas experiências do PROMED, uma nova proposta interministerial é implantada, ampliando o escopo da anterior, envolvendo, além dos cursos de medicina, os cursos de Enfermagem e Odontologia. Assim, tem origem, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Esta estratégia, como o PROMED, lança editais e convida as universidades em participar dos processos de reformulação curriculares^(14,5).

A segunda edição do PRÓ-SAÚDE⁽¹⁶⁾ ampliou a chamada para todos os cursos da área da saúde. A sua base foi mantida nos três grandes eixos: 1) orientação teórica com foco no fortalecimento da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença; 2) o cenário de práticas que objetiva fortalecer a articulação ensino/serviço/comunidade, diversificação dos cenários de práticas, de forma que a realidade dos serviços de saúde se configure como espaço de formação, reflexão e integração dos serviços próprios das instituições formadoras com a rede de serviços do SUS; e, 3) orientação pedagógica que se debruça sobre as mudanças curriculares e as práticas pedagógicas que fundamentam o processo de ensino aprendizagem.

O PRÓ-SAÚDE se constitui como política indutora com o objetivo de promover a reorientação da formação profissional em saúde no Brasil, onde transformações importantes no processo ensino-aprendizagem são apontadas, porém, no texto da proposta, há pouca referência à superação das dificuldades nas relações e interações interprofissionais⁽¹⁷⁾.

Em 2007 foi publicada uma portaria que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁽¹⁸⁾. A Política de Educação Permanente ganha então visibilidade pela defesa da integração da gestão, serviços, ensino e comunidade, chamado quadrilátero da saúde e se propõe a atuar em três áreas estratégicas: a educação em serviço, como forma de assegurar qualificação técnica diante das transformações em curso; a educação continuada, com o objetivo de qualificar a força de trabalho em saúde, em seus locais de trabalho e a educação formal dos profissionais de saúde,

em que as instituições formadoras, também, eram espaço dessa política.

Em 2008, a partir de resultados das avaliações das estratégias adotadas no PRÓ-SAÚDE, é lançado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde^(19,20), como dispositivo para o fortalecimento do PRÓ-SAÚDE. O PET-Saúde foi instituído para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS. Tem como base a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e a interação ensino-serviço-comunidade. Explícita, no seu contexto, a intencionalidade da interdisciplinaridade como o eixo condutor, para a vivência da realidade, no processo de formação e, coloca a pesquisa como estratégia de formação e do reconhecimento das necessidades dos serviços e de saúde da população^(21,22).

Esta estratégia, que estimula a adoção de novas metodologias, assume o ensino tutorial como referencia, permite a interação, nos espaços de produção dos serviços de saúde na atenção básica, de alunos e professores de diferentes cursos da saúde com os profissionais e a comunidade⁽¹⁵⁾. Com a inclusão dos profissionais de serviço nos grupos tutoriais, promove a educação permanente aproximando os profissionais das transformações em curso e das instituições formadoras, qualificando assim a força de trabalho em saúde, em seus locais de trabalho.

Outras iniciativas brasileiras merecem atenção quando o tema é a formação dos profissionais de saúde e esse resgate estaria incompleto sem a menção dos mesmos: o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROFAE⁽²³⁾, o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS⁽²⁴⁾, as Residências Multiprofissionais⁽²⁵⁾, os Mestrados Profissionais em Ensino da Saúde, o Pro-Ensino, o Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos⁽²⁶⁾. Todas foram, e são, iniciativas relevantes que evidenciam o esforço do Estado, das universidades, da sociedade civil, das entidades das categorias profissionais, gestores e trabalhadores de saúde, na melhoria dos processos de formação, com vistas à consolidação do SUS⁽⁹⁾.

O PRÓ-SAÚDE/PET-Saúde, possuem como base a educação interprofissional ancorada na colaboração e cooperação. No entanto, ainda se faz necessário ampliar as pesquisas em torno do PET-Saúde, como forma de entender e avaliar como se materializa a

articulação e interação entre esses diferentes personagens e suas contribuições para o trabalho colaborativo⁽⁹⁾.

Nesta perspectiva, questionamos: Qual a percepção dos estudantes, docentes/tutores acerca das experiências do PET-Saúde? Como são desenvolvidas as práticas de aprendizagem compartilhadas nestes grupos? O PET-Saúde se configura como um cenário de EIP? Quais as dimensões que potencializam as práticas colaborativas nos grupos PET-Saúde?

É nesse cenário que se constrói a questão norteadora do presente estudo, o PET-Saúde é um cenário para o desenvolvimento de práticas (competências) colaborativas na área da saúde, na perspectiva da EIP? Assim como, se justifica a relevância e a necessidade do fortalecimento de pesquisas que demonstrem a importância do trabalho em equipe na educação interprofissional para a formação dos profissionais em saúde. Ressaltamos que o debate sobre EIP é recente na realidade brasileira, desta forma, este estudo se torna oportuno e valioso, para enfrentar o desafio de formar sujeitos envolvidos com complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde em um contexto da produção do cuidado, que exige o desenvolvimento de práticas e competências para o trabalho colaborativo. Bem como, inserir a discussão desta temática, para aperfeiçoar os esforços atuais, em torno da reorientação da formação profissional em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO

Analisar a percepção dos docentes/tutores sobre a EIP no contexto do PET-Saúde como estratégia para o desenvolvimento de práticas (competências) colaborativas na área da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Descrever o contexto do PET-Saúde da UFMG;
- b. Apresentar o modelo descritivo do PET-Saúde da UFMG;
- c. Aprender a percepção dos tutores/preceptores (atitude e disponibilidade) para os processos de EIP;
- d. Verificar as evidências de qualidade, adaptar e testar instrumento para avaliar a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional;
- e. Identificar expressões de materialidade da EIP: estratégias pedagógicas, competências desenvolvidas pelos egressos do PET-Saúde UFMG;
- g. Explorar dimensões que favoreçam na EIP, o PET-Saúde, como estratégia para a prática colaborativa.

3. REFERENCIAL TEORICO

3.1 A EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI

Estudos sobre a educação de profissionais de saúde foram iniciados acerca de 100 anos, liderados pelo relatório Flexner sobre a Educação Médica nos Estados Unidos e no Canadá, fortaleceram mudanças e levaram à consolidação de um modelo de escolas médicas integradas a universidades, vinculadas a hospitais-escola onde, a experimentação, o ensino das ciências básicas e a prática clínica têm lugar proeminente^(27,28). Esta integração da ciência moderna nos currículos universitários possibilitou uma produção de conhecimento que contribuiu para um avanço tecnológico na área da saúde que resultou no aumento da expectativa de vida durante o século 20⁽²⁷⁾.

Apesar dos avanços, ainda existem lacunas e as desigualdades na área da saúde que persistem tanto dentro e entre países, colocando em evidência a dificuldade para compartilhar, equitativamente, estes avanços. Ao mesmo tempo, desafios para a saúde aumentam: novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, em um tempo de transição demográfica e epidemiológica, ameaçam a segurança da saúde de todos. Os sistemas de saúde em todo o mundo tem lutado para manter-se, e enfrentar demandas mais complexa e onerosas^(9,27,28).

Em 2010, foi publicado na revista Lancet o relatório *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*⁽²⁷⁾ produzido por uma Comissão, constituída por 20 pesquisadores de diversos países, que se uniram para relatar uma visão compartilhada e estratégias comuns para a educação dos profissionais de saúde do século XXI, que vai além das fronteiras nacionais e dos silos profissionais. Os pesquisadores identificaram que a educação profissional não acompanhou o ritmo dos desafios contemporâneos da área da saúde, por ser fragmentada, e manter um currículo estático, descontextualizado das novas demandas. Relataram que os problemas são sistêmicos: onde há a incompatibilidade de competências para o cuidado das pessoas e as necessidades da população; o trabalho centrado em procedimentos uniprofissionais, com pouco ou nenhum trabalho em equipe; o foco na técnica, sem compreensão mais ampla do contexto; encontros episódicos, em vez de cuidados continuados; orientação para a assistência hospitalar predominante aos cuidados primários; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional; liderança frágil e pouco comprometimento com a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde. Infelizmente o “tribalismo das profissões”, isto é, a

tendência das várias profissões para atuarem isoladamente e em competição, mantendo o monopólio de atuação no campo da saúde é um dos principais entraves de mudança na formação dos profissionais da saúde.

O relatório identificou fragilidade e desigualdade no planejamento da formação dos profissionais de saúde, na acreditação dos profissionais e nas estratégias de ensino-aprendizagem em todo o mundo. Relatou ainda a escassez de informações e pesquisas sobre a educação do profissional de saúde. Embora muitas instituições de ensino possuam iniciativas inovadoras, ainda há pouca evidência disponível sobre a efetividade dessas reformas^(9,27).

Os pesquisadores apresentaram uma proposta de formação para todos os profissionais de saúde do século XXI: considerando que estes devem ser educados para mobilizar o conhecimento com raciocínio crítico e conduta ética, com competências colaborativas e ações centradas nas pessoas e na comunidade, como membros de equipes locais de saúde, integradas em rede de cuidados e conectados globalmente, cuja finalidade é assegurar o cuidado integral, com cobertura universal e serviços de alta qualidade, essenciais para a equidade na saúde, dentro e entre os países. O desenvolvimento desta proposta requer reformas educacionais e institucionais, que devem ser guiadas por dois eixos: a aprendizagem transformadora e interdependência na educação⁽²⁷⁾.

A aprendizagem transformadora como o nível mais alto de aprendizagem, passando da informativa para formativa, e desta, para aprendizagem transformadora. Considerando que a aprendizagem informativa é aquisição de conhecimentos e competências; o seu objetivo é formar especialistas. A aprendizagem formativa socializa os estudantes em torno de valores, seu objetivo é formar profissionais. O foco da aprendizagem transformadora é o desenvolvimento de atributos de liderança com o objetivo de formar agentes de mudança⁽²⁷⁾.

O eixo da interdependência na educação é um elemento-chave na aprendizagem pois, enfatiza as formas como os vários componentes interagem. Como um resultado desejável, a interdependência na educação envolve três mudanças fundamentais: 1) de um sistema isolado para sistemas de educação e de saúde harmonizados; 2) de instituições individuais para as redes, alianças e consórcios; e, 3) de preocupações institucionais locais para aproveitamento de fluxos globais de conteúdo educacional, recursos didáticos e inovações no ensino⁽²⁷⁾.

O relatório destaca que, as reformas educacionais devem adotar abordagens baseadas em competência para o desenho instrucional; adaptar essas competências para rápida mudança de contextos locais e recursos mundiais; promover a educação interprofissional e transprofissional que decompõem *silos* profissionais, reforçando simultaneamente a relações de colaboração e equipes de saúde não-hierárquicas; explorar o poder da tecnologia de

informações para a aprendizagem; fortalecer recursos educacionais, com especial ênfase no desenvolvimento do corpo docente; e promover um novo profissionalismo que usa competências como critérios objetivos para a classificação dos profissionais de saúde e que se desenvolve em um conjunto de valores comuns em torno da responsabilidade social⁽²⁷⁾.

3.2 A PRÁTICA COLABORATIVA E A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Educação interprofissional não é um fenômeno recente, tem sido discutida desde a década de 1960 e em 1988 a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou o relatório *Learning Together to Work Together for Health*⁽³⁰⁾, promovendo-a como estratégia potente para o trabalho colaborativo em saúde. Recentemente, publicou *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*⁽²⁸⁾ e o debate continua sobre as práticas colaborativas nos cuidados de saúde e suas semelhanças e diferenças entre as abordagens tradicionais para o trabalho em equipe interprofissionais. Essas equipes incluem médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre muitos outros profissionais de saúde trabalhando lado a lado na prática clínica.^(28,30)

A prática colaborativa tem sido definida como um processo interprofissional para a tomada de decisão e comunicação que permite que o conhecimento e as habilidades dos profissionais influenciem de forma sinérgica e compartilhada o cuidado prestado ao cliente / paciente^(28,31).

A colaboração é uma forma de trabalhar, organizar e operar dentro de um grupo de prática ou de rede utilizando eficazmente os recursos para fornecer cuidados de saúde primários melhor atender às necessidades práticas específicas da população. A colaboração bem-sucedida beneficia pacientes e profissionais de saúde^(28,30,31).

As relações de colaboração são baseadas na igualdade, não são hierárquicas, nem dependem da supervisão de um grupo profissional por outro. Da mesma forma, a prática colaborativa não é uma substituição do médico. Este modelo de colaboração reconhece os pontos fortes e integridade de cada um dos parceiros profissionais para a prestação do cuidado e a prática colaborativa envolve relações de trabalho e formas de trabalho que utiliza e respeita a contribuição de todos os profissionais envolvidos⁽³¹⁾.

Todos os modelos de colaboração precisam ser flexíveis para atender às necessidades de todos, mas a literatura⁽³¹⁾ defende que uma estrutura comum e um processo para

identificar as funções facilita a educação dos profissionais e promove o sucesso na implementação de práticas de colaboração.

Sete elementos que são considerados essenciais para uma ótima colaboração⁽³¹⁾. A responsabilidade / responsabilização, a coordenação, a comunicação, a cooperação, a assertividade, a autonomia e confiança e respeito mútuos servem como um quadro ou estrutura para a implementação da prática colaborativa. O desafio para os profissionais que desejam trabalhar juntos com sucesso é determinar como implementar e manter esses elementos na prática do dia-a-dia.

Práticas colaborativas individuais diferem dependendo do trabalho que precisa ser feito e decisões sobre quem é o mais adequado para realizar qual componente de cuidados. Cada prática precisa rever as funções do dia-a-dia que melhor atendam às necessidades da população. Os elementos precisam ser implementados de uma forma que reflitam as necessidades da população assistida, a logística operacional do local de prática, a legislação, as políticas, e a combinação de competências dos profissionais^(28,31).

A colaboração interprofissional eficaz incorpora vários elementos, incluindo: o envolvimento de dois ou mais profissionais a partir de diferentes profissões que compartilham um objetivo comum, o conhecimento compartilhado, múltiplas interações ao longo do tempo, uma compreensão do papel de cada profissional, interdependência entre os profissionais, poder simétrico, e um suporte organizacional^(29,31).

Em termos práticos, a transição para modelos de cuidado baseado em equipes interprofissionais tem sido um desafio. A mudança envolve mais do que simplesmente reunir vários profissionais para uma prática de cuidados de saúde em conjunto^(28,31).

Há quase três décadas, a província de Quebec estabeleceu Centros Comunitários de Saúde compostos por equipes interprofissionais. Apesar de sua longa história, estudos demonstram que apenas níveis moderados de colaboração interprofissional foram alcançados nestes ambientes de cuidados primários^(31,32). Barreiras à colaboração interprofissional incluem a educação dos profissionais de saúde divididos de acordo a sua categoria profissional, o que cria uma mentalidade de silo negando o valor da pluralidade profissional e limitando o desenvolvimento da compreensão mútua e respeito. Além disso, a visão de equipe, a hierarquia, a cultura profissional, as responsabilidades médico-legais, o financiamento e o modelo de remuneração, os sistemas de comunicação, a clareza de papéis, a compreensão quanto ao escopo da prática, e as necessidades de saúde da população têm sido identificadas como importantes fatores que influenciam a intensidade de cuidados colaborativos⁽²⁸⁻³⁰⁾.

A revisão da literatura⁽²⁸⁻³⁵⁾ reforça o que foi previamente encontrado em pesquisas sobre a colaboração interprofissional e funcionamento da equipe dentro de outros serviços de saúde. Por exemplo, a previsão de tempo e a construção de espaços clínicos compartilhados são essenciais para a coesão da equipe e prática colaborativa. Além disso, os aspectos interpessoais, tais como a cultura do grupo, a liderança e funcionalidade dos prontuários são significativamente mais preditivos da harmonia da equipe do que a composição organizacional das equipes (tais como número de profissionais de saúde e demanda de trabalho). Isto também foi observado por Sicotte *et al.*⁽³⁶⁾ na sua análise das equipes dos CHCCs em Quebec, onde os fatores contextuais encontrados tem um limitado impacto na colaboração interprofissional em comparação com os efeitos significativos das dinâmicas internas no trabalho em grupo.

O contexto brasileiro acompanhou a tendência mundial no sentido de formular um conceito de trabalho em equipe em saúde, coerente com as demandas emergentes. O processo de consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde e, em especial, a criação da Estratégia Saúde da Família, impulsionaram a produção teórica em torno do tema, tendo como referência a necessidade de se pensar num formato de equipe coerente com a compreensão de saúde e doença como processo e inserido na dinâmica da sociedade, imprimindo, assim, complexidade e dinamicidade ao trabalho em saúde^(9,37).

A produção teórica brasileira^(9,37-39) evidencia o entendimento de equipe enquanto um coletivo de diferentes profissionais que não apenas compartilham o mesmo espaço físico, mas que se interagem no sentido de uma assistência visando o cuidado integral. Costa⁽⁹⁾ ressalta que nos esforços em buscar a coerência do conceito, ainda aparece o termo “equipe multiprofissional”, mas que na definição reitera a necessidade de importância de articulação/interação entre seus membros, da comunicação entre os mesmos, como forma de melhorar os processos de colaboração/cooperação e objetivo em comum a todos os membros^(37,39).

3.3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A educação dos profissionais da saúde tem sido tradicionalmente centrada na transmissão de cima para baixo de conteúdo, especialmente o conhecimento clínico, de um profissional especialista para outro, da mesma categoria profissional, com menos experiência e conhecimento.

O *Center for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE*⁽⁴⁰⁾, importante instituição que incentiva e apoia a EIP no Reino Unido, define educação interprofissional como a ocasião em que estudantes de duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados. Recentemente publicou um guia de introdução a educação interprofissional, com contribuições importantes para a efetivação da abordagem, argumentando a necessidade de rompimento das atuais barreiras impostas pela lógica das formações profissionais específicas. Esses limites devem ser mais flexíveis e negociáveis para assegurar que estudantes e profissionais possam conhecer mais sobre o outro. A EIP impõe a necessidade de um planejamento para que as necessidades da aprendizagem interprofissional estejam claras para a escolha adequada dos instrumentos e meios na efetivação da interação entre os grupos de diferentes profissões. O documento sugere o uso da realidade dos serviços de saúde como espaço privilegiado para a aproximação de diferentes grupos. Esses cenários e os problemas apresentados possibilitam a aprendizagem compartilhada e fundada na colaboração.

A EIP inclui estratégias explícitas para construir a consciência dos papéis e o respeito de perspectivas profissionais que diferem do próprio, e para desenvolver habilidades interpessoais específicas para comunicação e uma colaboração eficaz. É construída sobre a aprendizagem social e experiencial. Duas perspectivas teóricas são especialmente úteis para entender a dinâmica da EIP: a psicologia social, e a teoria da complexidade^(40,41).

A psicologia social^(41,42) explora a interação entre os indivíduos e suas situações de vida ou contexto. Especificamente, considera a influência de fatores situacionais sobre comportamento e se esforça para determinar se e como o comportamento humano pode ser mais precisamente previsto. Três contribuições da psicologia social são particularmente aplicáveis quando se considera a EIP. A primeira é que os fatores situacionais exercem influências sobre o comportamento. Estudos mostram que até mesmo mudanças sutis no ambiente físico e social podem ser muito influentes no comportamento do indivíduo. A segunda é que as interpretações subjetivas individuais da situação também influenciam o comportamento. A terceira contribuição mostra que tanto o ambiente social quanto os processos cognitivos individuais, são dinâmicos e interagem dinamicamente; ou seja, nada é constante. Interações são complexas e os resultados não são previsíveis. Para a educação e a prática interprofissional em particular, essas implicações resultam na constatação que a

participação e o aprendizado na EIP são influenciados por fatores individuais e fatores ambientais externos, incluindo os demais membros da equipe; os profissionais de saúde presentes no mesmo evento educacional podem vê-lo com olhos muito diferentes, tanto individualmente como profissionalmente e fatores do cenário de prática influenciam na capacidade de integrar novo aprendizado em prática⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

A teoria da complexidade^(43,44) refere-se ao comportamento e sistemas de mudança. A ciência de sistemas adaptativos complexos fornece conceitos e ferramentas importantes para dar resposta aos desafios da saúde no século 21. A prática clínica, organização, gestão da informação, investigação, educação e desenvolvimento profissional são interdependentes e construídos em torno de auto-regulação múltipla e sistemas que interagem. Em sistemas complexos, a imprevisibilidade e o paradoxo estão sempre presentes. Novos quadros conceituais que incorporam uma dinâmica, emergente, criativa e visão intuitiva do mundo devem substituir as tradicionais abordagens de cuidados clínicos e de organização dos serviços que pretendem "reduzir e resolver" as questões. Sistemas complexos são constituídos por diversos componentes que são dinâmicos e interagem continuamente. Estas interações são mais importantes que as ações discretas de indivíduos ou componentes⁽⁴²⁾.

A complexidade nos encoraja a olhar para educação profissional de forma diferente, saindo do foco da transmissão de conhecimento para o estudante, para o olhar ampliado sobre a dinâmica do processo de aprendizado, como ele aprende e muda em resposta às práticas pedagógicas, ao cenário de prática, ao sistema de saúde enfim, ao meio ambiente. Compreender e ser sensível ao ambiente da prática dentro do qual as equipes interprofissionais estão trabalhando é essencial para o sucesso da EIP.

No ambiente complexo de ensino e aprendizagem para as profissões de saúde, cada momento é um potencial momento de aprendizado. Os professores precisam ter flexibilidade, para que a relação centrada no ensino seja confortável e eficaz⁽⁴⁵⁾.

Se o objetivo da aprendizagem interativa é ser transformadora, deve haver tempo suficiente para a troca das diferenças, assim como, tempo e espaço para reflexão, avaliação formativa e feedback. Flexibilidade é elemento integrante do processo de educação de quem deve cuidar dos outros. Ver o mundo do ponto de vista da complexidade exige flexibilidade e humildade pois não há nenhuma resposta certa para uma situação, nenhuma fórmula de melhores práticas para seguir em cada situação, como não há garantia de que qualquer ação ou prática irá produzir os resultados que desejamos⁽⁴⁵⁾.

D'Amour e Oandasan ⁽⁴⁶⁾ desenvolveram um modelo conceitual de interação da EIP e a prática. Eles ilustram a multiplicidade de interações e relações entre estudantes e profissionais, as equipes, as práticas pedagógicas, o sistema de saúde, os serviços de saúde, ambientes e a cultura, todas as quais influenciam o que é aprendido e o que é aplicado na prática e exigem de serem considerados no desenvolvimento da EIP, com atenção e cuidado.

Estudos^(41,47,48) apontam que apenas o contato não é suficiente para construir a colaboração entre diferentes membros de um grupo, principalmente se forem membros de origens diferentes, sendo difícil estabelecer relações de confiança, respeito e comunicação eficaz, elementos necessários para colaboração e o trabalho em equipe. Uma explicação para isso é o conceito de identidade social, que é o reconhecimento de pertencimento a um determinado grupo social e o significado do valor emocional de ser um membro. A identidade social contribui na forma de ver e se relacionar com os outros. A sensação de ser parte de um distinto grupo desperta sentimentos e interfere na autoestima.

Compartilhar valores contribui para construção da identidade social e são laços fortes que unem os profissionais nos seus respectivos grupos. Assim, trabalhar em colaboração com membros de grupos diferentes pode ameaçar ou reduzir a identidade social com seu grupo ⁽⁴¹⁾.

Freidson ⁽⁴⁹⁾ é um dos maiores teóricos na sociologia das profissões e seu trabalho aborda a identidade social e explora o conceito de profissionalismo. A profissão é uma atividade específica de um grupo, com formação exclusiva e específica, que controla o seu próprio trabalho, detém objetivos e valores compartilhados, e está empenhada em fazer um trabalho de excelência e ganhar a aprovação e o respeito dos demais.

Profissionais da saúde são socializados em suas respectivas profissões, e essa forte identidade profissional tem se configurado numa barreira para a EIP e a prática colaborativa, uma vez que é forte a competição entre as categorias profissionais, seus conjuntos de valores, e cultura ^(9,41,50).

Segundo Furtado⁽⁵¹⁾ à medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de

autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados. A colaboração interprofissional é, essencialmente, co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações.

A categorização social é um outro processo interno que influencia como os indivíduos respondem uns aos outros. É usado para reduzir a complexidade de informações de nosso mundo social através da criação de atalhos mentais. Estes são essenciais para a vida diária mas podem ignorar características individuais. A desvantagem é que os atalhos mentais podem levar a estereótipos, mantendo visões pré-estabelecidas que são resistentes à mudança^(41,47). Os pontos de vista de outras profissões, estereotipados, podem impedir o desenvolvimento da EIP e a colaboração interprofissional.

Na educação médica há um processo de desenvolvimento da identidade, onde, estudantes de medicina são tradicionalmente socializados para assumir o papel de líder e tomador de decisão. Este é um aspecto que, segundo Whitehead⁽⁵²⁾, é um dilema para prática interprofissional e para a EIP, pois a colaboração interprofissional exige flexibilidade e uma partilha de liderança e de tomada de decisão com os demais profissionais da saúde em resposta às necessidades do paciente. Esta mudança no processo de trabalho em saúde pode representar para os médicos perda de status. No entanto, o sistema de ensino ainda não os prepara para essa mudança.

A EIP deve incluir a discussão das estruturas de poder tradicionais e modelos de tomada de decisão necessários para a prática colaborativa, como também intervenções específicas para equilibrar as tensões concorrentes de valorização do papel profissional de cada um durante o desenvolvimento das práticas colaborativas. O modelo centrado no cuidado ao paciente e na comunidade pode ser eficaz para reduzir a atenção centrada nos procedimentos profissionais individuais^(41,46).

3.3.1 Situações de Aprendizagem e Comunidades de Prática

As abordagens de aprendizagem social, como as situações de aprendizagem⁽⁵³⁾ e comunidades de prática⁽⁵⁴⁾ são importantes para a compreensão do fenômeno EIP. Nesta perspectiva, a aprendizagem é como uma atividade social situada de em um ambiente particular, por exemplo, uma equipe de saúde. Nesta situação a aprendizagem pode ocorrer naturalmente por meio da interação interpessoal, com a cultura e o ambiente. Levando em conta duas premissas essenciais: o contexto influencia fortemente o que é aprendido e a aprendizagem ocorre por meio da interação ou "co-participação".

A mediação instrumental e a interação social como fatores potencializadores da aprendizagem tiveram contribuições dos estudos de Vygotsky⁽⁵⁵⁾, em suas reflexões sobre a influência e a importância dos mecanismos de mediação no âmbito do desenvolvimento das tarefas e da aprendizagem para se discutir o potencial educativo do contato entre os estudantes e um dado patrimônio cultural, do professor e dos colegas, no âmbito daquelas tarefas⁽²⁶⁾.

A zona de desenvolvimento proximal é, segundo Vygotsky⁽⁵⁵⁾,

a diferença entre o nível de desenvolvimento atual e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da resolução de problemas com a orientação e a colaboração de um facilitador, que pode ser um professor ou colegas mais capazes [p86].

Esta concepção reconfigura os projetos educativos, pois ressalta a necessidade de aprender a construir ativamente situações de consenso acerca de um problema e propor soluções; a valorização do protagonismo diferenciado de professores e estudantes, como condição fundamental do sucesso da aprendizagem; a organização de um sistema funcional e dinâmico a partir do qual se pretende explorar capacidades potenciais sem limitá-las a prescrições de caráter normativo. Parte-se assim do pressuposto de que é graças a esse tipo de relação interpessoal que se constrói competências de natureza diversa em domínios

diferentes, principalmente na área das aprendizagens instrumentais, quando tem acesso, por exemplo, a um conjunto de meios relacionados com a experiência coletiva culturalmente organizada⁽⁴⁵⁾.

Ancorada nos conceitos de situações aprendizagem, as comunidades da prática⁽⁵⁴⁾ são descritas como "grupos de pessoas informalmente ligados por perícia e paixão partilhada para uma sociedade mista." [p139]. Elas podem ser, por exemplo, grupos de profissionais de saúde que cuidam de pacientes com necessidades especiais de saúde. Em comunidades de prática, os profissionais trabalham em conjunto e, através de seu trabalho e experiências, aprendem e criam novo conhecimento de forma colaborativa.

Aprender não é uma atividade discreta, separada do trabalho e na verdade está integrado à prática. Ambos ocorrem de uma só vez. Muitas informações trocadas em comunidades de prática são do conhecimento formal, como orientações práticas, protocolos, e prontuários. Mas na área da saúde, como em muitas ocupações, o conhecimento informal ou tácito, é igualmente valioso, por exemplo, o conhecimento do processo de como fazer as coisas acontecerem⁽⁵⁴⁾. Para a EIP é importante o conhecimento do processo de trabalho nos cuidados de saúde tais como, a forma de trabalhar como uma equipe, o que cada membro contribui, como fazer as decisões tornarem-se o foco da aprendizagem, etc. De um modo geral, isto significa uma nova forma de pensar para os educadores, incluindo tanto o reconhecimento de um novo tipo de conhecimento e de um novo formato para a aprendizagem, as comunidades de prática.

A força das comunidades de prática é que elas podem facilmente compartilhar o conhecimento tácito através da interação, histórias, observação, e trabalhar em conjunto para melhorar sua prática colaborativa. As comunidades da prática são construídas com respeito mútuo e num ambiente seguro de aprendizagem, elementos essenciais para a EIP. É muito importante a presença de um líder ou facilitador, para orientar o processo de aprendizagem, ou seja, um profissional capacitado na facilitação interação e aprendizagem entre si. O facilitador deve estar preparado para assumir um novo papel, estimulando a aprendizagem de uns sobre os outros assim como o compartilhamento do conhecimento tácito. Isso pode significar que é preciso ir para os profissionais de serviço, e não vice-versa como é tradicional^(41,54).

3.3.2 A Teoria da Aprendizagem Transformadora

Aprender a pensar por si próprio, liberando-se de pressupostos condicionados sobre o mundo, sobre os outros e sobre si mesmo, é crucial para o mundo do trabalho, para a cidadania e para a tomada de decisões morais em uma sociedade em rápida transformação. Nesse contexto, torna-se fundamental o papel da reflexão crítica sobre pressupostos, conceito central na teoria da aprendizagem transformadora⁽⁵⁶⁾.

A teoria da aprendizagem transformadora está voltada para a educação de adultos e envolve a aprendizagem em contextos formais e informais. Ela dirige-se à interseção entre o individual e o social, dimensões coexistentes e igualmente importantes, já que os indivíduos são constituídos em sociedade. Mezirow⁽⁵⁷⁾ é reconhecido como o formulador inicial desta teoria de aprendizagem, cujos fundamentos epistemológicos encontram-se no construtivismo. Ele foi influenciado pelas obras de autores críticos como Jurgen Habermas⁽⁵⁸⁾ e Paulo Freire⁽⁵⁹⁾.

Para Mezirow⁽⁵⁷⁾ a aprendizagem transformadora está enraizada na forma como os seres humanos se comunicam e é uma experiência de aprendizagem comum não exclusivamente preocupada com as transformações pessoais significativas. Para facilitar a aprendizagem transformadora, os educadores devem ajudar os estudantes a se tornarem conscientes e críticos de seus pressupostos e dos outros. O estudante necessita de prática no reconhecimento de quadros de referência, para usar sua imaginação para redefinir problemas a partir de uma perspectiva diferente, como também precisa ser estimulado a participar eficazmente no diálogo. O diálogo é necessário para validar o que e como se compreende, ou para chegar a um melhor julgamento a respeito de uma crença. Neste sentido, a aprendizagem é um processo social, e o diálogo torna-se central para a construção de significado.

O diálogo eficaz depende de quão bem o educador pode criar uma situação em que o estudante tenha informações completas; está livre de coerção; tenha igual oportunidade de assumir os vários papéis de discurso (para avançar crenças, desafiar, defender, explicar, avaliar as evidências e argumentos juiz); se torna crítico e reflexivo das suposições; é empático e aberto às perspectivas do outro; está disposto a ouvir e buscar um terreno comum ou uma síntese de diferentes pontos de vista; e pode fazer um melhor julgamento na

tentativa de guiar a ação. Estas condições ideais de diálogo são também condições ideais para a educação de adultos e a educação em geral ^(56,57).

A Teoria da aprendizagem transformadora sustenta que os valores morais são legitimados por acordo através do discurso. O discurso é necessário para validar o que e como se compreende, ou para chegar a um melhor julgamento a respeito de uma crença. Neste sentido, a aprendizagem é um processo social, e o discurso torna-se central para a construção de significado ⁽⁵⁸⁾.

Há um pressuposto que a aquisição de conhecimentos ou construção de competências, de alguma forma pode gerar automaticamente os entendimentos, habilidades e disposições envolvidas na aprendizagem de pensar de forma autônoma. No entanto, existem diferentes processos de aprendizagem e diferentes formas envolvidas de intervenção educativa adequada.

Aprendizagem transformadora requer uma forma de educação muito diferente do que é comumente associado com as crianças. A nova informação é apenas um recurso no processo de aprendizagem de adultos. Para se tornar significativa, a aprendizagem exige que a nova informação seja incorporada pelo estudante em um quadro simbólico de referência, já bem desenvolvido, como um processo ativo que envolve pensamento, sentimentos e disposição. O estudante pode também ter que ser ajudado a transformar o seu quadro de referência para compreender plenamente a experiência.

Os educadores devem assumir a responsabilidade pela definição de objetivos que explicitamente incluem pensamento autônomo e reconhecer que isso requer experiências destinadas a promover a refletividade crítica e experiência no diálogo ^(57,59).

Habermas⁽⁵⁸⁾ afirma a importância de um tipo de racionalidade – a racionalidade comunicativa- e enfatiza sobretudo a capacidade de comunicação dos sujeitos, condição para que estes se entendam acerca dos projetos de ação em que estão envolvidos, de forma que construam consensos que lhes permitam coordenar a atuação em face de um problema comum. A transformação social, no âmbito da qual os sujeitos se assumem de fato como protagonistas, depende dessa possibilidade de refletir, de criticar e de construir consensos.

Paulo Freire⁽⁵⁹⁾ confronta as práticas educativas extensivas, que se desenvolvem em função de estratégias instrutivas de transmissão do saber, com a educação pela comunicação, através da qual se defende que o saber se constrói em função do relacionamento entre

interlocutores que, em conjunto, buscam encontrar um sentido para os significados contidos nas mensagens que emitem. Assim se delineiam dois projetos educativos com propósitos diferentes: o da educação extensiva, que constrói um meio de promover a conformidade com a ordem social estabelecida (mais especificamente com as normas, os padrões e os valores estabelecidos pelas classes dominantes), que ocorre através da construção de uma relação em que um dos parceiros, se transformado em objeto, recebe de maneira dócil e passiva os conteúdos transmitidos por aquele que detém o controle do processo de revelação do saber; e o da educação pela comunicação, que visa contribuir em primeiro lugar para o surgimento de uma presença curiosa do sujeito perante o mundo e em segundo lugar, para uma atuação transformadora, por parte deste, sobre a realidade física de natureza pessoal sobre o próprio sentido do processo de construção do conhecimento^(45,59).

Paulo Freire⁽⁶⁰⁾, através da definição da pedagogia da conscientização, define a necessidade de se utilizar um método crítico e dialógico como uma das condições primordiais nas práticas educativas conscientizadoras. Ou seja, tal como Habermas, Freire encontra, no processo de construção participada e crítica dos significados que se atribuem à realidade física e social com as quais nos relacionamos, tanto o sentido como eixo estratégico que deverá sustentar a construção de um conhecimento, cujo fim último, é contribuir para a configuração das práxis transformadoras, que cada um de nós deverá assumir no âmbito do processo histórico em que se encontra envolvido.

Paulo Freire⁽⁵⁹⁾ preconiza a dialética do ser humano que é um ser social e histórico, e o seu inacabamento. Por isso, propôs um método que se refaz a cada momento em que é utilizado, em cada comunidade onde é aplicado. Não é fechado, pronto, concluído, porque pressupõe que o homem se constrói, se forma e se historiciza nas suas relações com o mundo, donde conclui-se que não pode receber um conteúdo educacional hermético e feito por outros. Exatamente por isso, não existem cartilhas, material didático, questionário de pesquisa, avaliação ou qualquer outra ferramenta pedagógica pronta. Aliás, esse procedimento é condição *sine qua non* para que o método possa existir e ser usado de forma bem sucedida. Educadores comprometidos com uma prática educativa libertadora e transformadora encontram, na obra de Paulo Freire os princípios norteadores para uma educação com vistas à cidadania, à autonomia e participação ativa.

Entre os princípios da Teoria Sócio-Construtivista que fundamentam a obra de Paulo Freire, estão que o educando quando chega à escola já possui um conhecimento e o

educando é sujeito de sua própria aprendizagem. É através das discussões, da problematização da realidade que o educando vai avançando na sua própria aprendizagem. Isso não anula a figura do professor, que tem a função de criar condições de o aluno participar ativamente, expressando-se livremente. A teoria construtivista reconhece como sujeito ativo aquele que compara, exclui, ordena, categoriza, reformula, comprova, formula hipóteses, reorganiza o conhecimento em ação efetiva ou interiorizada.

A aprendizagem ocorre em situações de conflito entre o conhecimento antigo e o novo conhecimento, constituem-se em desafios para avançar no sentido de uma nova reestruturação. Freire⁽⁵⁹⁾ chama estas situações de “Situação-limite” enfatizando a importância de enfrentá-las e superá-las. Quando os problemas se revelam para além das “situações-limite” surge o “inédito viável” que é uma nova possibilidade de solução para estes problemas.

A aprendizagem se dá no coletivo. Freire enfatiza que a aprendizagem só se dá no coletivo e na relação dialética que o permeia. Quando Freire⁽⁵⁹⁾ afirma que “Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam em comunhão” [p.95] ele está reiterando a importância do coletivo na construção e consolidação do conhecimento.

A prática docente não é espontaneísta. O professor é organizador de experiências que possibilitem o encontro do sujeito que pensa com o objeto do conhecimento. Assim sendo, o professor assume a direção, a coordenação do processo pedagógico, selecionando e organizando situações significativas para incentivar o ato de conhecer. O professor acompanha o processo de conhecimento do aluno, observa como o aluno está pensando durante a atividade proposta, verifica quais são as suas hipóteses, o momento do conflito, a solução encontrada. Observa, registra e avalia o processo pedagógico.

O professor construtivista faz interferência pedagógica, apresentando situações desafiadoras, provocando a dúvida, desestruturando o já conhecido, devolvendo perguntas, incentivando o debate coletivo de ideias para que haja o confronto entre os diferentes modos de pensar, fornecendo informações quando se fazem necessárias. O professor confronta sua teoria na prática da sala de aula. Refaz suas sínteses teóricas pela experiência própria e pelo uso de outros teóricos. Neste sentido, o professor é um pesquisador.

Para Trindade⁽⁴⁵⁾ entre o “nível de desenvolvimento real” e o “nível de desenvolvimento potencial” há uma distância a percorrer, num tempo pedagógico específico

para cada sujeito em particular. Esta distância é o que Vygotsky denomina de “Zona de desenvolvimento proximal”. De modo semelhante, para Paulo Freire, o professor deve repensar a sua prática permanentemente de modo a possibilitar a autonomia dos educandos através da construção de uma aprendizagem libertadora. A zona de desenvolvimento proximal é um espaço privilegiado para ação docente e para o entendimento de que o percurso é sempre singular.

Freire⁽⁶¹⁾ apontou alguns *saberes necessários à prática educativa* que vêm corroborar com o papel do professor na perspectiva construtivista. Não há docência sem discência e ensinar exige rigor e método; pesquisa; respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; a corporeificação das palavras pelo exemplo; o risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; e o reconhecimento e a assunção da identidade cultural.

Na mesma obra o autor explora o que é o Ensinar, que na sua perspectiva não é transferir conhecimento; exige consciência do inacabamento; exige o reconhecimento de ser condicionado; exige respeito à autonomia do ser do educando; exige bom senso; exige humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores; exige apreensão da realidade; exige alegria e esperança; exige a convicção de que a mudança é possível; exige curiosidade; é uma especificidade humana; exige segurança, competência profissional e generosidade; exige comprometimento; exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo; exige liberdade e autoridade; exige tomada consciente de decisões; exige saber escutar; exige reconhecer que a educação é ideológica; exige querer bem aos educandos e exige disponibilidade para o diálogo.

Freire⁽⁵⁹⁾ defende a ideia de que o diálogo genuíno no processo pedagógico só será possível se for desenvolvido junto com outras práticas humanizantes, como a humildade, esperança, pensamento crítico, confiança, amor, sentimentos que devem embasar a relação educador-educando. Para ele, o diálogo é um ato de amor que não é piegas nem tão pouco manipulador. E isto porque não existe diálogo verdadeiro sem amor, que é um ato de encontro e compromisso com o outro. No dia a dia da escola, o diálogo amoroso deve desembocar numa atitude transformadora tanto do educando como do educador, mudança que atinja a vida deles e de seu entorno. A educação precisa ter esse viés transformador que acontece através do diálogo amoroso.

O educador que reconhece a realidade como algo mutável, não estático, opressor, não humanizante, que precisa ser mudado, alterado, trans-formado, irá desenvolver durante suas atividades teóricas e práticas o pensamento analítico-crítico sobre a sociedade nos seus educandos. O diálogo, neste sentido, é problematizador, é conscientizador, é libertador! A pedagogia dialógica ou libertadora está calcada na práxis, que implica na teoria dialogada e a ação transformadora⁽⁵⁹⁾.

Gadotti⁽⁶²⁾, no prefácio do livro Educação e Mudança, ressalta que ao lado da conscientização, a mudança é um tema gerador da prática teórica de Paulo Freire. A mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais e o papel da educação – da conscientização – nesse processo de mudança é a preocupação básica da pedagogia de Paulo Freire.

Numa sociedade de classes toda educação é classista. E, na ordem classista, educar, no único sentido aceitável, significa conscientizar e lutar contra esta ordem, subvertê-la. Portanto, uma tarefa que revela muito mais o conflito interior à ordem classista do que a busca de um diálogo que instaure a comunhão de pessoas ou de classes. Até que ponto o humanismo sustentado pela pedagogia tradicional, que esconde a luta de classes, as disparidades sócio-econômicas, o antagonismo e os interesses da classe dominante? Para Gadotti⁽⁶²⁾ nossa educação está sustentada por dois tipos de humanismo: o *humanismo idealista*, cujo ideal educativo conduz ao obscurantismo da Idade Média e o *humanismo tecnológico*, reduzindo toda a educação a um arsenal de metodologias e instrumentos de aprendizagem, despolitizando a população, e todos os educandos, inclusive os profissionais em formação. Um se perde na contemplação dos ideais de uma sociedade ideal e o outro elimina todo o ideal, substituindo-o pela ciência e pela técnica.

Para Freire ensinar é um ato político e modificador do mundo; a educação é uma visão crítica social da realidade e dos processos humanos e tem como centralidade a humanização⁽⁵⁹⁾. O ser humano humanizado é cidadão, seja profissional de saúde ou usuário do sistema, que se vê com poder de atuar em sociedade pelo processo de conscientização que, justamente, demanda refletir sobre contradições e problemas do cotidiano. A postura humanizada reflete o entendimento de que, antes de ser um profissional, é um ser humano e como tal, não escapa da relação oprimido/opressor na qual estão inseridos todos os homens que vivem no modo de produção capitalista⁽⁶²⁾.

Em seu livro *Educação e Mudança*⁽⁶²⁾, Freire aborda questões importantes, como o compromisso do profissional com a sociedade, e o papel do trabalhador social no processo de mudança.

A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir. É exatamente esta capacidade de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com as finalidades propostas pelo homem, à qual está associada sua capacidade de refletir, que o faz um ser da práxis.[p.11].

A obra faz referência à Reforma Agrária, mas uma leitura cuidadosa pode-se fazer uma analogia à Reforma Sanitária e a formação dos profissionais da saúde. “Um profissional, por exemplo, para quem a *Reforma Sanitária do Brasil* é apenas um instrumento jurídico que normaliza *um sistema de saúde pública*, sem conseguir apreendê-la em sua complexidade, em sua globalidade, não pode em termos concretos comprometer-se com ela, ainda que ideologicamente a aceite. O compromisso, portanto, de um profissional da *saúde com a Reforma Sanitária e a consolidação do SUS*, dependerá da capacidade humana do profissional em refletir e criticar a realidade onde está inserido, do contrário, realizará sua ação de caráter técnico e pouco ou nada vai contribuir para os processos de mudança” (nosso grifo e adaptação do texto).

Para Paulo Freire tentar a conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientiza, este e não outro lhe parece ser o papel do trabalhador social que optou por mudança.

3.4 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Existe uma diferença entre o foco da concepção da aprendizagem transformadora e da educação interprofissional. Na primeira o foco é no indivíduo (sujeito) para o desenvolvimento da aprendizagem, enquanto na o foco é na prática colaborativa para o

desenvolvimento do trabalho em equipe, com o objetivo de promover a segurança dos pacientes e a melhoria da assistência à saúde.

A educação interprofissional se apresenta como ferramenta possível frente aos desafios impostos na sociedade atual, como estratégia de aprendizagem da prática colaborativa para o desenvolvimento do trabalho em equipe, com o objetivo de promover a segurança das pessoas e melhoria da assistência⁽²⁷⁾. Ela promove, além do desenvolvimento das competências colaborativas, a discussão de papéis profissionais, a liderança/protagonismo e o compromisso na solução de problemas⁽²⁹⁾.

O debate sobre trabalho em equipe, que embora avançados, demonstram confusão conceitual no uso dos termos multiprofissional e interprofissional, enquanto sinônimos. Estudos⁽⁶⁴⁻⁶⁹⁾ demonstram a intenção de diferenciar os diversos formatos do trabalho em equipe para assegurar maior clareza conceitual e construir uma base de entendimento compatível com a Educação Interprofissional.

A discussão dos sentidos atribuídos aos radicais ‘profissional’ e ‘disciplinar’, e aos prefixos ‘multi’ e ‘inter’ se faz necessária. Importantes referenciais destacam que a palavra ‘disciplinar’ se refere aos conhecimentos, campos de estudo, enquanto ‘profissional’ está associado à atuação profissional e as práticas dos profissionais. Quanto ao prefixo ‘multi’ há a compreensão de que os diferentes campos de práticas e de conhecimentos são independentes, porém, envolvidos em um propósito único. O radical ‘inter’, por sua vez, implica na interação, com vistas à colaboração, em torno de um objetivo em comum^(9,22,70,71).

A perspectiva interdisciplinar, por exemplo, não implica necessariamente na colaboração entre as diferentes profissões, mas entre áreas do conhecimento que podem ser até mesmo de uma mesma categoria profissional. Assim, a interdisciplinaridade pode ser estratégia para o trabalho ou para a educação interprofissional, mas não sinônimo^(9,31,71).

A perspectiva interprofissional, por sua vez, implica necessariamente na colaboração entre as diferentes profissões, que trabalham colaborativamente na prática clínica. Exige um processo de comunicação interprofissional e tomada de decisão que permite que o conhecimento de cada profissional e suas competências sejam integrados e compartilhados de forma sinérgica com o usuário/paciente. Equipes interprofissionais melhoraram o acesso à saúde, a utilização dos recursos, a segurança do paciente e a eficiência dos serviços, dos resultados e dos custos^(33,34).

Estudos relatam que os usuários atendidos por equipes interprofissionais expressam mais satisfação e um melhor conhecimento dos problemas de saúde, habilidades e estratégias

para o autocuidado⁽³⁵⁾. Em cenários de cuidados primários, a abordagem por equipe interprofissional tem demonstrado melhores resultados, na prevenção e gestão das condições de saúde mental e doenças crônicas, e tem contribuído para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida^(31,35).

Em termos práticos, a transição de modelos do cuidado uniprofissional para cuidado baseado em equipes interprofissionais tem sido um desafio. A mudança envolve mais do que simplesmente reunir vários profissionais para uma prática de cuidados de saúde em conjunto^(31,36). A prática da colaboração interprofissional incorpora vários elementos, que inclui: o envolvimento de dois ou mais profissionais de diferentes profissões que compartilham um objetivo comum; o conhecimento compartilhado, múltiplas interações ao longo do tempo; a compreensão do papel de cada profissional; a interdependência entre os profissionais, o poder simétrico, e suporte organizacional⁽⁷²⁾.

Muitos estudos foram publicados sobre o desenvolvimento da educação interprofissional, entretanto, há ainda escassez de evidências sobre o contexto e estratégias⁽³⁴⁾. Em 2005, Oandasan e Reeves⁽⁷¹⁾ compararam a literatura sobre o tema como uma receita incompleta, pois apesar de se conhecer muitos dos ingredientes necessários, ainda não se sabe a melhor forma para misturá-los para que seja eficaz. Algumas de revisões sistemáticas sobre este tema identificam limitações que incluem a falta de avaliação da evolução dos conhecimentos, atitudes e comportamentos associados à participação de estratégias de ensino interprofissional em médio e longo prazo, e a inclusão ainda limitada de teorias educacionais, psicológicas e sociológicas para dar sustentação à estas atividades. Além disso, muitos estudos tem se concentrado em experiências de curta duração (seminários e oficinas) ou no ensino de pós- graduação, com base da aprendizagem interprofissional na prática clínica^(71,73,74).

Da mesma forma, há a necessidade de uma melhor compreensão da educação interprofissional nos cursos de graduação em saúde, além dos cursos de medicina e enfermagem, que têm sido o foco primário até hoje⁽⁷⁵⁾. O modelo usado em currículos de graduação dos cursos de medicina e de enfermagem não pode ser reproduzido para os demais cursos. Além disso, em nível internacional, o âmbito da prática de muitos profissionais de saúde difere consideravelmente. Assim, é importante considerar o contexto geográfico e institucional em que a educação interprofissional é conduzida^(34,73).

Alguns aspectos do perfil dos estudantes como, as suas origens sociais, econômicas e culturais bem como, os estereótipos, as expectativas e as atitudes que eles trazem para o ensino superior, variam entre as instituições, e até mesmo dentro de um curso profissional de

saúde, e, provavelmente, este perfil poderá influenciar experiências de aprendizagem interprofissional e isso significa que uma atividade em uma universidade pode não ser tão eficaz em outra. Em uma revisão abrangente e sistemática da literatura, os autores revelam que os estudos não tem se concentrado nos aspectos do perfil dos estudantes e seu potencial impacto sobre a educação interprofissional ^(9,27,29,70).

Estudo de Olson e Bialocerkowski ⁽³⁴⁾ indicam que ela é viável e eficaz, mas a compreensão do que funciona, para quem e em que circunstâncias é limitada, indicando a necessidade de reconceituar a educação interprofissional como processos dentro de um sistema, em vez de intervenções transferíveis, além de priorizar abordagens metodológicas que permitam compreender a complexidade desses processos. Intervenções em cenários de práticas, e trabalho em pequenos grupos, diferentemente de palestras, podem levar a melhores atitudes em relação à interação interprofissional e ao trabalho em equipe, e a compreensão dos papéis profissionais no trabalho em saúde.

Os autores ⁽³⁴⁾ observaram que os resultados referentes à idade e experiência do estudante, são inconsistentes, alguns estudos apresentam resultados frágeis entre os estudantes mais velhos e outros estudos indicam que a capacidade para melhorar as atitudes, a colaboração e a compreensão interprofissional podem ser maiores entre os estudantes com mais maturidade ou experiência. As relações e a dinâmica de poder entre as profissões de saúde nas intervenções podem ser significativas, a presença de estudantes de medicina e de fisioterapia foram descritas como dominantes dentro do cenário de prática, prejudicando a eficácia da educação interprofissional.

Segundo Olson e Bialocerkowski ⁽³⁴⁾ poucos estudos incorporaram a teoria em suas análises ou a conceituaram como parte de um sistema mais amplo. Para os autores a maioria de estudos sobre educação interprofissional na graduação teve como foco identificar o que funciona e procurou responder questões de pesquisa sobre a viabilidade e em que medida a intervenção melhorou a prontidão, atitudes e interações para a aprendizagem interprofissional.

A educação interprofissional faz parte do processo de socialização interprofissional em curso nas universidades e sistemas de saúde. Na literatura a socialização e indução em um papel profissional ou interprofissional são processos complexos que ocorrem dentro e fora das salas de aula e prática clínicas. Assim, se faz necessário priorizar estudos para a compreensão das relações entre os mecanismos da educação interprofissional e os contextos dos cursos de graduação, incluindo os métodos qualitativos em profundidade, para desvelar os processos complexos envolvidos ^(31,34,71).

3.5 AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A avaliação deve ser incorporada em todas as atividades de educação interprofissional, desde o início. Internamente os professores devem rever suas práticas pedagógicas e a forma de acompanhamento e avaliação do desempenho dos estudantes; a universidade, como parte da validação ou avaliação dos programas profissionais que a constituem; os serviços envolvidos na educação interprofissional devem reavaliar seu planejamento; os pacientes devem avaliar a qualidade da assistência; e os estudantes, devem avaliar a sua experiência. Externamente as atividades devem ser avaliadas pelas instituições reguladoras da formação profissional e por pesquisadores independentes, que podem contribuir com evidências sobre sua eficácia⁽⁴⁰⁾.

A avaliação pode assumir diferentes formas, por diferentes razões e para diferentes fins ⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾. Pode se concentrar em processos, resultados ou ambos. O processo pode ser avaliado qualitativamente a partir de fontes documentais, observação, questionários, entrevistas e grupos focais. Apesar de suas limitações, é preferível ficar com instrumentos validados em vez de inventar o seu próprio. Freeth et al. ⁽⁷⁶⁾ e Carpenter & Dickinson⁽⁷⁷⁾ descrevem e criticam os instrumentos disponíveis para educação interprofissional.

Devido às respostas altamente específicas para o contexto, a maioria dos pesquisadores desenvolvem seus instrumentos de avaliação. No entanto, existem dois instrumentos de avaliação desenvolvidos para a avaliação da educação interprofissional que são mais utilizados.

A Escala de Percepção da Educação Interdisciplinar (*Interdisciplinary Education Perception Scale*- IEPS) foi desenvolvida por Luecht et al.⁽⁷⁸⁾ como um instrumento pré-teste e pós-teste. Ele mede mudanças nas atitudes dos alunos resultantes de um curso de educação interprofissional. A escala é composta por 18 itens projetados para medir as percepções de estudantes expostos a práticas interdisciplinares relacionadas às suas próprias profissões. O IEPS é construído em torno de quatro fatores: competência profissional de uma profissão, percepção da necessidade de colaboração interprofissional, percepções de real cooperação interprofissional e atitudes em relação ao valor do trabalho com outras profissões. O uso do IEPS por Hayward et al.⁽⁷⁹⁾ revelou que a escala era útil na identificação de mudanças nas atitudes de cuidado dos estudantes da área da saúde em relação um ao outro na sequência da sua participação no curso interprofissional com base na prática.

A escala de Prontidão para Aprendizagem Interprofissional (*The Readiness for Interprofessional Learning Scale* -RIPLS) foi desenvolvido pela Parsell e Bligh⁽⁸⁰⁾ para medir

as atitudes dos alunos para a aprendizagem interprofissional. Desenvolvida no contexto da graduação em saúde, esta escala destina-se a avaliar a disponibilidade dos alunos para participar interativamente com outros estudantes em aprendizagem compartilhada. A escala originalmente tinha 19 itens, e 3 subescalas, rotuladas pelos pesquisadores originais como trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e papéis e responsabilidades. A RIPLS foi testada posteriormente por outros pesquisadores e parece ser uma ferramenta útil e válida para medir as atitudes de estudantes para educação interprofissional no contexto de graduação. A ferramenta sofreu ainda modificações por um dos investigadores originais e sua equipe durante 2004-2005, a fim de reforçar o terceiro fator, papéis e responsabilidades e explorar possíveis novos fatores tais como atenção centrada no paciente. A versão revisada, estendida do RIPLS é composta por 29 itens.

Em junho de 2012, Peduzzi⁽⁸¹⁾ publicou um relatório de validação e adaptação transcultural à língua portuguesa da escala RIPLS-. O estudo teve o objetivo de fazer a adaptação transcultural para o português falado no Brasil e validação da escala RIPLS. Utilizou-se o método de Beaton et al.⁽⁸²⁾ que contempla duas etapas: adaptação transcultural e validação. Na primeira produziram-se três traduções, síntese, três retrotraduções, avaliação do comitê de onze especialistas e pré-teste com 54 estudantes de graduação de seis cursos de saúde. Validação em amostra de 348 estudantes de 13 cursos da saúde de uma universidade pública de São Paulo (ciências da atividade física, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, gerontologia, medicina, nutrição, obstetrícia, odontologia, psicologia e terapia ocupacional). A escala tem 26 itens e foi agrupada em 3 domínios. A consistência interna foi avaliada pelo Alpha de Cronbach da escala global e de cada domínio. Também foi calculado o coeficiente de correlação item-total para a obtenção da correlação existente entre os itens que compõem a escala. Resultados do pré-teste mostraram adequação da versão para sua aplicação junto à população-alvo e um Alpha de Cronbach satisfatório de 0,79. Na validação da escala os desvios-padrão variaram de 0,60 a 1,11, evidenciando sensibilidade à variação e poder discriminativo entre os indivíduos. As correlações item-total foram em sua maioria (total de 28) maiores que 0,20, variando de 0,14 a 0,67, indicando bom nível de diferenciação. A escala global apresentou Cronbach de 0,87, indicando boa consistência interna. Os 3 fatores mostraram coeficientes de: 0,89 no fator 1 Trabalho em Equipe e Colaboração, 0,58 no fator 2 Identidade Profissional e 0,76 no fator 3 Foco no Paciente. Conclui-se que a versão adaptada ao português detém equivalência à escala original e pode ser utilizada no Brasil para comparação com resultados de estudos de outros países e também para comparação de atitudes de estudantes com diferentes experiências de

aprendizado e em diferentes momentos da formação, constituindo um bom instrumento de avaliação da EIP.

A utilização de tais instrumentos após EIP é de valor limitado, como também aplicá-lo com antecedência, para que o impacto da aprendizagem possa ser medido ao longo do tempo. O mesmo instrumento pode ser aplicado em fases intermédias, e, idealmente, algum tempo após a conclusão do programa de EIP. Avaliações que medem antes e depois, mas negligenciam observações sobre o processo de intervenção, deixam uma grande lacuna⁽⁷⁶⁾.

Olson & Bialocerkowski⁽³⁴⁾ afirmam que para promover uma agenda de pesquisa do processo de EIP, é necessária uma abordagem mais ampla para avaliação. A abordagem realista para a pesquisa de avaliação, sustentada por uma meta-epistemologia. Uma avaliação realista é baseada na premissa de que “as intervenções nunca trabalham por tempo indeterminado da mesma forma, ou e em todas as circunstâncias, nem elas funcionam para todas as pessoas ” [p242]. Na busca de descobrir o que funciona e para quem; em que circunstâncias os pesquisadores devem examinar os mecanismos que, provavelmente, irão efetuar a mudança; os contextos de intervenção, incluindo participantes, sistemas e configurações, e resultados não intencionais. As intervenções fazem parte de um sistema complexo, que requer uma abordagem meta-epistemológica, onde a necessidade de equilibrar o relativismo pós-moderno com a subjetividade construtivista e previsibilidade positivista é reconhecida e são valorizados como diferentes pontos dentro de um ciclo de pesquisa.

Assim, as autoras⁽³⁴⁾ recomendam que pesquisadores de EIP devem priorizar a compreensão longitudinal das relações entre os mecanismos EIP e contextos dos cursos de graduação na área da saúde, usando métodos e técnicas variadas de investigação, incluindo os métodos qualitativos em profundidade, para desvendar os complexos processos envolvidos na EIP.

Um método útil de avaliação é o modelo 3P (*Presage, Process, Product*) de ensino e aprendizagem desenvolvido por Biggs⁽⁸³⁾ e elaborado no contexto da EIP por Freeth e Reeves⁽⁸⁴⁾. Este modelo destaca todos os elementos que constituem a experiência educacional, vários fatores que determinam a experiência e a relação entre eles. É um modelo que procura ser abrangente, e pode ser útil para observar o processo avaliado como um todo, identificando pontos que merecem ser avaliados com maior profundidade.

Segundo Freeth et al.⁽⁷⁶⁾, prever é ser capaz de indicar um acontecimento futuro raramente é objeto de avaliação. No entanto, trabalhando dentro do paradigma de investigação interpretativa, utilizando coleta de dados qualitativos e ferramentas analíticas, é possível olhar

em profundidade os fatores-chave, preditores para uma experiência de EIP. Estes fatores podem então ser mapeados, permitindo, assim, uma apreciação de todo o contexto inicial e seu impacto na EIP. Em outras palavras, os resultados vão contar uma história, derivada da compreensão dos avaliadores dos dados dentro de seu próprio contexto. Os avaliadores devem estar atentos às influências de fatores preditores mesmo que estes não ocupem um lugar dominante na sua avaliação.

O processo dentro do modelo 3P está focado na oferta da formação interprofissional. A avaliação do processo incide sobre a interação, a tomada de decisões, as abordagens de ensino e aprendizagem, níveis de envolvimento e assim por diante. O produto identificará os resultados da EIP.

Freeth et al.⁽⁸⁵⁾ desenvolveram uma classificação de resultados da evolução da EIP, que está descrita no Quadro 2. Em geral, uma avaliação dos resultados se concentra em uma ou mais categorias. Por exemplo, a avaliação realizada por Banks e Janke's⁽⁸⁶⁾ de uma sessão de EIP para estudantes de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social revelou que estes participantes gostaram (nível 1) e consideravam ter aprendido sobre outros papéis profissionais (nível 2b). O estudo de Bond⁽⁸⁷⁾ com os membros de uma equipe com base na prática geral, mostrou que a equipe começou a trabalhar em conjunto de forma mais colaborativa (nível 3).

Uma grande variedade de resultados que têm sido relatados em avaliações da EIP: maior satisfação do paciente e redução da duração da permanência do paciente (nível 4b)⁽⁸⁸⁾; o desenvolvimento de relações mais estreitas de colaboração entre participantes (nível 3)⁽⁸⁹⁾; melhora nas atitudes para outros grupos profissionais (nível 2a)⁽⁹⁰⁾.

Para a análise dos resultados é importante resgatar os princípios orientadores do modelo de Kirkpatrick original, que são a base para este proposto por Freeth et al.⁽⁸⁵⁾:

- Os resultados em cada uma das áreas não são hierárquicos.
- O objetivo é incentivar as avaliações mais integradas e abrangentes que possam nortear ações futuras.
- Há reconhecimento de que em cada nível torna-se progressivamente mais difícil reunir dados confiáveis relacionados com a intervenção educativa.

As pesquisas sobre EIP devem ir além dos objetivos de avaliação para processos de compreensão. Artigos recentes de revisão^(29,34,41,71,73) identificaram a necessidade de avaliação das intervenções de EIP com ferramentas consistentes e válidas.

Nível 1	Reação	Reação de educandos sobre a experiência de aprendizagem e sua natureza interprofissional.
Nível 2a	Modificação de atitudes/percepções	Mudanças de atitudes recíprocas ou percepções entre grupos participantes. Mudanças na percepção ou atitude em direção ao valor e / ou a utilização de abordagens de cuidado em equipe para um paciente /grupo específico.
Nível 2b	Aquisição de conhecimentos e / ou habilidades	Incluindo conhecimentos e habilidades ligadas a colaboração interprofissional.
Nível 3	Mudança comportamental	Identifica suas especificidades e as dos outros profissionais e transforma sua prática profissional.
Nível 4a	Mudança na prática organizacional	Mudanças na prática organizacional e prestação de cuidados.
Nível 4b	Benefícios aos pacientes	Melhorias na saúde ou bem-estar dos pacientes / clientes.

QUADRO 1. Classificação dos desfechos do Modelo de Avaliação 3Ps de EIP

(quadro adaptado de Freeth et al⁽⁸⁵⁾ tradução livre)”.

Olson & Bialocerkowski⁽³⁴⁾ no entanto, argumentam que as pesquisas futuras sobre EIP devem primeiro priorizar a compreensão indutiva dos mecanismos por trás socialização interprofissional e devem adotar epistemologias adequadas para o efeito e empregar métodos de pesquisa que permitam a exploração de longo prazo desse processo. Ao fazer isso os pesquisadores devem ser lembrados para incorporar o registro e descrição do contexto, fatores sócio - culturais e a teoria referenciada da EIP em sua coleta e análise dos dados.

Thistlethwait⁽²⁹⁾ identifica algumas prioridades para a agenda que pesquisadores da educação interprofissional devem desenvolver:

1. Identificar mecanismos para a incorporação da EIP como um componente central dos currículos da saúde;
2. Identificar as abordagens eficazes para o desenvolvimento de competências interprofissionais nos concluintes dos cursos;
3. Explorar abordagens para a incorporação da prática interprofissional como um núcleo componente de prática profissional de saúde;
4. Revisar programas EIP existentes para o que foi aprendido e para o que pode ser adaptado nas novas iniciativas de EIP e nas já existentes;
5. Elaborar e implementar um programa de pesquisa nacional que seja sensível às condições e necessidades locais;
6. Contribuir para o desenvolvimento e implementação de um conhecimento nacional de estratégias de gestão EIP.

3.6 O PET-SAÚDE DA UFMG

O projeto PET-Saúde, proposto pela Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH), foi elaborado por uma comissão composta por docentes da UFMG, membros do Colegiado do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS) e por profissionais do serviço, que participaram das oficinas regionais do FNEPAS, realizadas em Minas Gerais, nos anos de 2007 e 2008.

O PET-Saúde da UFMG teve como objetivo a formação profissional em saúde com aptidão para o trabalho em equipe, com ênfase na integralidade, no cuidado, e tendo a formação científica como mola propulsora do ensino e aprendizagem. O projeto atuou na perspectiva do desenvolvimento das competências gerais, comuns aos profissionais da área da saúde como indicam as Diretrizes Curriculares Nacionais⁽⁹¹⁾.

O FNEPAS, criado em 2004, é um espaço de articulação e parceria interprofissional cujo principal objetivo é contribuir para a mudança na formação dos profissionais da saúde, tendo a integralidade como eixo do processo formativo. Participam do FNEPAS a Associação

Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT), a Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), a Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), a Associação Brasileira Rede UNIDA, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e a Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional (RENETO).

O FNEPAS, além de apoiar e defender a integração entre as profissões da área da saúde como passo fundamental para a integralidade no cuidado, incentiva a parceria entre os serviços de saúde e o ensino, por meio da articulação das ações entre atores do quadrilátero da saúde, a saber: profissionais da área da saúde, estudantes, docentes, gestores e a população organizada. Propõe ainda a superação do domínio técnico-científico pela incorporação dos elementos de interesse ou relevância social que levem à melhoria da qualidade da saúde.

Em dezembro de 2006, a Oficina Experimental Nacional do FNEPAS, realizada na cidade do Rio de Janeiro, disparou um processo de articulação regional com o objetivo de operacionalizar a realização de oficinas em todo território brasileiro, com a presença de atores estratégicos no campo da formação e da atenção à saúde⁽⁹²⁾.

As atividades do FNEPAS em Minas Gerais, na organização das Oficinas Regionais do FNEPAS no estado, tiveram início em fevereiro de 2007. Foram convidados a participar, em um primeiro momento, representantes dos cursos de graduação da área da saúde com sede em Belo Horizonte e egressos do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Nas reuniões subsequentes, outros atores foram convidados. O grupo de trabalho para a organização das oficinas foi constituído por docentes, representantes regionais das associações de ensino (ABEM, ABEn, ABENO, ABENFISIO, ABENUT, RENETO, SBFa), que também representavam cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. O grupo contou também com a participação de profissionais da Secretaria Estadual de Saúde e representantes do Conselho Municipal e Estadual de Saúde. Foi realizado um levantamento de todos os cursos da área da saúde no estado e identificadas as áreas em que mais se concentravam. Foram definidas cinco regiões operacionais, onde o grupo de trabalho promoveu seis oficinas com o tema *Integralidade e qualidade na formação e nas*

práticas em saúde: integrando formação, serviços, gestores e usuários. Foi também organizada uma oficina estadual com representantes eleitos nas oficinas regionais⁽⁹²⁾.

Em todas as seis oficinas, a presença de um número expressivo de docentes, profissionais do serviço, estudantes, gestores e representantes da comunidade criou um espaço de aproximação e reflexão em torno do tema da integralidade, considerado central para a inovação das práticas e da formação em saúde. Muitos projetos de cunho inovador foram iniciados a partir das oficinas, assim como movimentos de aproximação entre as instituições de ensino e a gestão municipal da saúde.

É importante registrar outros espaços onde é possível identificar a presença dos atores vinculados ao FNEPAS. Durante o ano de 2006 e início de 2007, consolidou-se em Belo Horizonte um fórum de acompanhamento dos projetos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) com a presença dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFMG, Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Em 2008, foi constituída a Comissão Gestora Local do Pró-Saúde onde, em 2009, foi incluída a representação dos projetos PET-Saúde⁽⁹²⁾.

A Parceria UFMG e a Secretaria Municipal da Saúde de BH

A UFMG é uma instituição pioneira na integração entre a Universidade e a sociedade. A discussão sobre um modelo pedagógico que capacitasse o profissional para atuar com eficiência, em sua própria comunidade e a refletir sobre ela de maneira crítica, permitiu, no ensino médico, a estruturação de uma reforma curricular implantada no Curso de Medicina em 1975.

Posteriormente, em 1978, com a implantação do Internato Rural e dos estágios na rede de atenção primária, em Belo Horizonte, teve início o modelo de integração docente-assistencial no município. Movimentos semelhantes ocorreram em outros cursos da UFMG, possibilitando novas formas de integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade. Com as mudanças no modelo assistencial na atenção primária, em Belo Horizonte, que, desde 2002, está organizado segundo o paradigma da Estratégia de Saúde da Família, ampliaram-se as possibilidades de inserção dos diversos cursos da saúde da UFMG nos cenários da prática em serviço^(93,94).

Em 2010, seis cursos de graduação, da área da saúde da UFMG, ofereciam disciplinas e estágios na rede de atenção primária da SMSA/PBH, e presentes nos nove distritos

sanitários do município, envolvendo mais de quinhentos estudantes por semestre. Outros quatro cursos, estavam em processo de revisão curricular, incluindo a atenção primária em saúde como cenário de prática. Se, por um lado, um número crescente de cursos na UFMG implantou atividades de ensino em serviço na rede de atenção primária; por outro, eram muito raras as oportunidades oferecidas para a formação interprofissional por meio da articulação das atividades de graduação entre os cursos.

A SMSA/PBH tem, por missão institucional, estruturar a atenção à saúde no município, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses princípios objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e a equidade na atenção à população de Belo Horizonte. No município, a organização da atenção à saúde em distritos sanitários permite a definição de espaços geográficos populacionais e administrativos de abrangência. Em cada distrito estão distribuídas unidades de atenção primária, serviços de urgência/emergência, centros de referência em saúde mental (CERSAMS), além da rede hospitalar pública e contratada⁽⁹⁵⁾.

A integração docente-assistencial, a diversificação dos cenários de prática e a organização dos serviços próprios das instituições acadêmicas têm como referência a permanente cooperação entre as duas instituições. Todos os cursos da área da saúde da UFMG têm compartilhado com a SMSA/PBH esforços na perspectiva de formação de recursos humanos, orientada para as necessidades do SUS, em todos os níveis de atenção, mas, histórica e particularmente, na atenção primária.

No cenário das relações interinstitucionais e intrainstitucionais, na UFMG, o FNEPAS foi de grande importância, uma vez que está bem definido como objetivo deste a contribuição para a mudança na formação, segundo o princípio da integralidade, com integração entre profissionais da área da saúde, já durante a graduação, e de forma articulada com os serviços de saúde⁽⁹²⁾.

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde- PET-Saúde

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) foi instituído no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) pela Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008^(19,96), para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família. É inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação, tendo como base legal as Leis nº 11.129/20056 e nº 11.180/20057. Segundo portaria interministerial, o programa:

“constitui-se num instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Como ação intersetorial, direcionada ao fortalecimento da atenção primária em saúde, e em consonância com os princípios e necessidades do SUS, o PET-Saúde é uma das estratégias do Pró-Saúde, este último em implementação no país, desde 2005⁽¹⁵⁾. O PET-Saúde tem como princípio a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores acadêmicos (professores), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.

Podem participar do PET-Saúde todos os quatorze cursos da área da saúde de Instituições de Ensino Superior (IES), públicas ou privadas, sem fins lucrativos, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país. Os projetos são apresentados, avaliados e selecionados por meio de editais, publicados anualmente pelo Ministério da Saúde⁽⁹⁷⁻⁹⁹⁾. Estes editais contemplaram projetos desenvolvidos no anos letivos de 2009/2010 e 2011.

Os grupos tutoriais do PET-Saúde são instrumentos para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes, tendo as necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa¹. Além disso, visam facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade, institucionalizar e valorizar a ação pedagógica dos profissionais por meio da capacitação para a preceptoria e podem ser um incentivo ao ingresso desses profissionais na carreira docente. No campo da formação do futuro profissional, em concordância com as DCN, o PET-Saúde oportuniza o desenvolvimento de habilidades e competências para uma formação com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde, por meio de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas. Vinculado mais especificamente ao eixo *cenários de prática* do Pró-Saúde, o PET-Saúde busca incentivar a interação dos estudantes e docentes com os profissionais dos serviços e com a população. Promove dessa forma a interação entre a escola

e os cenários de prática, favorecendo o trabalho em equipe e a sintonia entre a formação e a prática profissional⁽⁹²⁾.

O gerenciamento do PET-Saúde⁽¹⁰⁰⁾ é realizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, com suporte do Sistema de Informações Gerenciais (SIG-PET-Saúde).

O PET-Saúde é sustentado por meio de parcerias entre a SGTES, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação. Estas parcerias, estabelecidas na formulação, implementação, monitoramento e avaliação do PET-Saúde, envolvem ainda o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), o DATASUS/SE/MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os Departamentos de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior e de Hospitais Universitários Federais e Residências de Saúde/SESu/MEC.

Em janeiro de 2010⁽¹⁰¹⁾, foram selecionados 111 (cento e onze) projetos PET-Saúde de 84 (oitenta e quatro) IES e 96 (noventa e seis) Secretarias de Saúde, os quais envolvem 461 (quatrocentos e sessenta e um) Grupos PET-Saúde/Saúde da Família. Um olhar sobre as experiências em curso e novos projetos revela uma grande diversidade dos modelos de grupos tutoriais, de práticas pedagógicas e de integração ensino-serviço-comunidade vis-à-vis as imensas disparidades inter e intrarregionais e institucionais.

O PET-SAÚDE UFMG/SMSA/PBH

Além dos objetivos centrais do Programa PET-Saúde, no projeto PET-Saúde UFMG/SMSA/PBH, foram propostos os seguintes objetivos específicos⁽⁹²⁾:

- estimular a iniciação à prática profissional desde os primeiros períodos dos cursos de graduação,
- induzir a inserção na atenção primária de cursos/ departamentos da UFMG que ainda não utilizam este cenário na graduação,
- fortalecer as práticas de integração ensino-serviço dos cursos da área da saúde que já apresentam inserção na atenção primária,
- induzir ao trabalho interprofissional e interdisciplinar na atenção primária,

- estimular o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito da atenção primária,
- contribuir com os processos de mudança curricular dos cursos na área da saúde da UFMG,
- estimular a produção acadêmica voltada para as necessidades dos SUS, com ênfase na atenção primária,
- estimular a formação profissional em serviço, visando o fortalecimento da atenção primária no município,
- propiciar a aproximação dos cursos de graduação da área da saúde da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC),
- desenvolver e manter o Núcleo de Excelência em Pesquisa Aplicada na Atenção Primária (NEPAB) da UFMG.

Participaram do PET-Saúde UFMG/SMSA/PBH onze cursos de graduação (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional). Em 2009 foram implantados 13 grupos tutoriais e no biênio 2010/2011 quatorze. Em 2011 participaram do projeto 16 professores tutores, 84 preceptores, 168 alunos bolsistas e um número variável de estudantes voluntários podendo chegar a até 18 estudantes por grupo tutorial. Com o objetivo de oportunizar a participação de um maior número de docentes os professores optaram por dividir a bolsa de tutoria. Entre os 14 grupos tutoriais há grupos que incorporam dois professores tutores.

A escolha dos professores tutores levou em consideração as condições e os critérios estabelecidos no Edital do PET-Saúde, a afinidade deles com a proposta e sua inserção docente na atenção primária. O número de estudantes bolsistas por curso foi definido levando-se em conta o número de matrículas totais do curso e nas disciplinas vinculadas à atenção primária. Os preceptores foram selecionados entre aqueles atuantes junto à Estratégia de Saúde da Família e que atendessem às condições e critérios definidos pelo Edital do PET-Saúde. Na escolha das unidades de saúde (Figura 1) e na seleção dos preceptores, deu-se prioridade à presença de atividades com estudantes de graduação e com a Residência de Medicina de Família e Comunidade. Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) também participaram do processo.

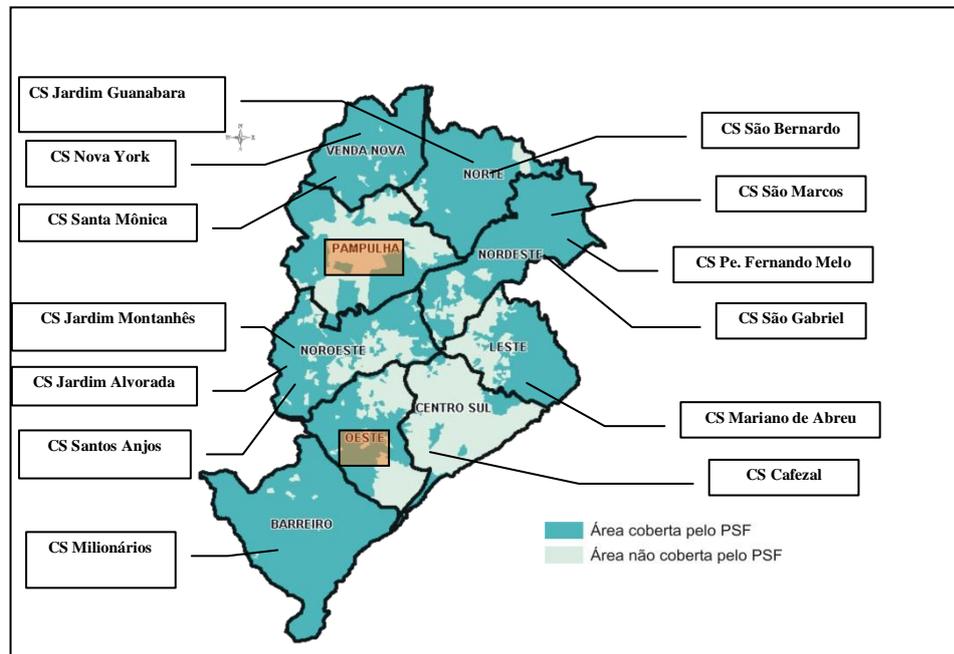


Figura 1. Centros de Saúde de Belo Horizonte participantes do PET-Saúde da UFMG

Um retorno positivo da participação de profissionais do NASF foi o fortalecimento desses núcleos e sua aproximação das Equipes de Saúde da Família (ESF)⁽⁹²⁾. Para a seleção de estudantes foi publicado edital com acesso *online* no site da Pró-Reitoria de Graduação UFMG, onde foram explicitadas as condições e os critérios para a inscrição, seleção e aprovação dos candidatos.

Por fim, baseado nas demandas da SMSA e considerando a *expertise* dos tutores selecionados foram eleitos os temas norteadores dos projetos de pesquisa desenvolvidos pelos grupos tutoriais. A escolha dos temas buscou contemplar a possibilidade de trabalho interprofissional e interdisciplinar com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos e de reorganização da atenção básica do município⁽⁹²⁾.

Os grupos tutoriais desenvolveram suas atividades integrados nas equipes de trabalho dos centros de saúde participantes, com dedicação de no mínimo 8 horas semanais em atividades interativas no espaço de trabalho: realização de projetos de promoção à saúde com a comunidade; de pesquisa segundo as necessidades do SUS e de atividades de capacitação em metodologia da pesquisa e temas ligados à organização do serviço. Foram também realizados momentos de educação permanente para os grupos tutoriais, como capacitações

diversas em conteúdos específicos, segundo as exigências do plano de trabalho de cada grupo tutorial e avaliação do desenvolvimento do projeto. Os tutores e preceptores participantes do primeiro edital (2008) permaneceram no segundo edital, com poucas substituições⁽⁹²⁾.

O PET-Saúde da UFMG em parceria com a SMSA de Belo Horizonte propiciou a ação interprofissional e multidisciplinar dos estudantes, professores e profissionais em atividades interativas no espaço de trabalho, no serviço, projetos de promoção à saúde com a comunidade, pesquisa segundo as necessidades do SUS, atividades de capacitação em metodologia da pesquisa e temas ligados à organização do serviço. Foram também programados momentos de formação para as equipes de saúde, capacitações diversas em conteúdos específicos, segundo as exigências do plano de trabalho de cada grupo tutorial e avaliação do desenvolvimento do projeto. O instrumento de avaliação também incluiu questões que permitiram a auto-avaliação⁽⁹²⁾.

Os resultados da parceria entre a SMSA/PBH e a UFMG, no âmbito do PET-Saúde, foram apresentados na *Iª Mostra do Pró-Saúde e PET--Saúde de Belo Horizonte: Refletindo sobre os Caminhos da Integração Ensino-Serviço*, realizada em 2010, que demonstrou a potencialidade do PET-Saúde para gerar conhecimentos e aprimorar a atenção primária à saúde⁽⁹²⁾.

Considerando a Iª Mostra realizada em Belo Horizonte e outros eventos no território nacional, de abril de 2010 a março de 2011, foram registradas 108 apresentações de trabalhos do PET-Saúde UFMG/SMSA/PBH. Entre esses, 79 também foram publicados em periódicos e anais. Outros três artigos foram aceitos para publicação em periódico, no mesmo período⁽⁹²⁾.

É importante registrar que a coordenação do projeto participou ativamente da Comissão Gestora Local, integrando suas ações com projetos de outras instituições de ensino do município. Esta integração resultou no desenvolvimento de um espaço de comunicação entre os diversos projetos de educação pelo trabalho em saúde e programas de integração ensino-serviço-comunidade no município e divulgação das atividades realizadas: o site PROSAUDE-PET-Saúde BH (<http://www.portalprosaudebh.ufmg.br/>)⁽⁹²⁾.

A estrutura do projeto do PET-Saúde assim como seu modelo teórico educacional estão demonstrados na figura 2.

dos GTs que apresentaram os maiores índices para os constructos são dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia.

Cursos	Regionais de Saúde/ Centros de Saúde							Tutor por curso
	Barreiro	Centro-sul	leste	Nordeste	Noroeste	Norte	Venda Nova	
Educação Física		Cafezal						1
Enfermagem				Padre Fernando de Melo		Heliópolis		2
Farmácia					Jardim Alvorada			1
Fisioterapia	Milionários							1
Fonoaudiologia							Santa Mônica	1
Medicina				São Marcos Cachoeirinha	Jardim Montanhês	São Bernardo São Tomás		5*
Medicina veterinária				São Gabriel				1
Psicologia						1º de maio		1
Nutrição	Barreiro de Cima		Mariano de Abreu					2
Odontologia						Jardim Guanabara	Nova York	2*
Terapia ocupacional					Santos Anjos			1

* houve divisão de bolsas entre os tutores e estiveram envolvidos mais docentes do curso.

Quadro 2 – Distribuição dos tutores por curso de graduação e por Regional de Saúde do município, com o nome dos centros de saúde-sede dos grupos tutoriais PET-Saúde

A composição da equipe de apoio dos Centros de Saúde – sede dos grupos tutoriais assim como os profissionais do NASF estão no Quadro 3.

Centro de Saúde	ESF	Composição da Equipe de apoio	Profissionais do NASF que apoiam a unidade
Barreiro de Cima	3	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Ginecologista, pediatra, homeopata, farmacêutica, psicólogo, fisioterapeuta
Cachoeirinha	3	Pediatra, ginecologista	Psiquiatra, ginecologista, fonoaudiólogo, pediatra, nutricionista, psicólogo
Cafezal	4	Clínico, pediatra, ginecologista	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, Nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social
Heliópolis	3	Pediatra, ginecologista	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, fonoaudiólogo, assistente social, pediatra, homeopata
Jardim Alvorada	5	Clínico, pediatra, ginecologista	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, fonoaudiólogo, assistente social, pediatra, homeopata
Jardim Guanabara	3	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Psicólogo, pediatra, ginecologista, Educador Físico, Nutricionista, fisioterapeuta
Jardim Montanhês	5	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, Nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social
Mariano de Abreu	5	Pediatra, ginecologista	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, assistente social, pediatra, homeopata, nutricionista
Milionários	5	Clínico, pediatra, ginecologista	Psiquiatra, Educador Físico, assistente social, pediatra, psicólogo, nutricionista
Nova York	4	Clínico, pediatra, ginecologista	Psicólogo, pediatra, ginecologista, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta
Padre Fernando Melo	3	Clínico, pediatra	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, fisioterapeuta, homeopata, pediatra, farmacêutico
Primeiro de Maio	3	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Psiquiatra, ginecologista, farmacêutica, homeopata, pediatra, fisioterapeuta, Educador Físico
Santa Mônica	7	Clínico, pediatra, ginecologista	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta
Santos Anjos	3	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Pediatra, psicólogo, fisioterapeuta, Educador Físico, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista
São Bernardo	3	Pediatra, ginecologista, enfermeiro	Psiquiatra, Ginecologista, Educador Físico, assistente social, pediatra, homeopata, fonoaudiólogo
São Gabriel	4	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	ginecologista, Educador Físico, Nutricionista, psicóloga, pediatra, assistente social
São Marcos	3	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Ginecologista, Educador Físico, Homeopata, acupunturista, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista
São Tomas	3	Clínico, pediatra, ginecologista, enfermeiro	Psiquiatra, ginecologista, Educador Físico, fonoaudiólogo, assistente social, pediatra, homeopata

Quadro 3. Características gerais dos centros de saúde participantes do PET-Saúde

Pode-se observar que em todos há a presença de um número significativo de profissionais de diversas categorias como também de agentes comunitários de saúde, uma vez que cada ESF conta com até 5 agentes comunitários. Todos estes profissionais tiveram participação importante nas atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais. O Quadro 4 apresenta listagem com as categorias profissionais dos preceptores de cada grupo tutorial

UBS	categoria	UBS	categoria	UBS	categoria
Milionários	Médico	Padre Fernando de Melo	Médica	Primeiro de Maio	Enfermeira
	Enfermeira		Enfermeira		Psicóloga
	Enfermeiro		Enfermeira		Psicóloga
	Enfermeira		Enfermeira		Dentista
	Enfermeira		Dentista		Assistente Social
	Enfermeira		Médica		Fonoaudióloga
Barreiro de Cima	Enfermeiro	São Gabriel	Enfermeira	São Tomás	Enfermeira
	Médico		Enfermeiro		Enfermeiro
	Enfermeiro		Enfermeira		Médico
	Fisioterapeuta		Enfermeira		Dentista
	Fisioterapeuta		Dentista		Enfermeira
	T. Ocupacional		Psicóloga		Assistente Social
Mariano de Abreu	Dentista	São Marcos	Dentista	Jardim Guanabara	Médica
	Nutricionista		Médica		Enfermeira
	Enfermeira		Enfermeira		Médico
	Enfermeiro		Enfermeira		Dentista
	Nutricionista		Enfermeira		Enfermeira
	Educador físico		Médica		Dentista
Cafezal	Dentista	Heliópolis	Fisioterapeuta	Jardim Alvorada	Enfermeira
	Dentista		Dentista		Enfermeira
	Enfermeira		Assist. Social		Enfermeira
	Enfermeiro		Terap.Ocupacional		Médico
	Enfermeira		Médica		Médico
	Médica		Enfermeira		Médico
Jardim Montanhês	Médico	Nova York	Médico	São Bernardo	Médico
	Enfermeira		Dentista		Médico
	Enfermeira		Médico		Enfermeira
	Terap.Ocupacional		Dentista		Médica
	Nutricionista		Médico		Enfermeira
	Fisioterapeuta		Enfermeira		Terap. Ocupacional.
Cachoeirinha	Enfermeiro	Santos Anjos	Médico	Santa Mônica	Dentista
	Enfermeiro		Enfermeira		Enfermeiro
	Enfermeiro		Médico		Enfermeira
	Médico PSF		Dentista		Enfermeiro
	Dentista		Dentista		Enfermeira
	Dentista		Fisioterapeuta		Médico

Quadro 4. A listagem com as categorias profissionais dos preceptores de cada grupo tutorial do PET-Saúde

4. O MÉTODO

Esse capítulo descreve o percurso metodológico que orientou a pesquisa. Apresenta a escolha do desenho da investigação; descreve o método adotado para coleta e análises dos dados; caracteriza o contexto da pesquisa, os aspectos éticas, os pontos fortes e limitações do estudo. A metodologia de pesquisa, para Minayo⁽¹⁰²⁾ é o caminho do pensamento a ser seguido e trata-se basicamente do conjunto de técnicas utilizado para construir uma realidade. A pesquisa é assim, a atividade básica da ciência na sua construção da realidade.

4.1. MÉTODO MISTO SEQUENCIAL

Trata-se de um estudo de caso – PET-Saúde UFMG, utilizando o desenho de método misto do tipo sequencial. Os argumentos para a defesa do desenho estão no fato de que a interação entre os métodos permite uma análise mais robusta da realidade, superando as limitações do uso de abordagens de forma isolada e com a oportunidade de refletir sobre os aspectos quantitativos e qualitativos do fenômeno⁽¹⁰³⁾.

O projeto foi conduzido em três fases. Na primeira fase foram realizadas a análise dos projetos PET-Saúde da UFMG 2008 e 2009 e seus respectivos relatórios finais (2009 e 2010/2011) e a elaboração do seu modelo teórico; revisão da literatura sobre educação interprofissional; e entrevistas semi-estruturadas com os tutores do PET-Saúde da UFMG. Dos resultados da primeira fase emergiram questões que nos conduziram à segunda fase do estudo, de natureza quantitativa em um recorte transversal para avaliar a disponibilidade dos estudantes à EIP, por meio da aplicação de um questionário. Na terceira e última fase os dados obtidos nas duas fases anteriores foram integrados na interpretação do estudo. A figura 3 apresenta o fluxograma do caminho percorrido no desenvolvimento do estudo.

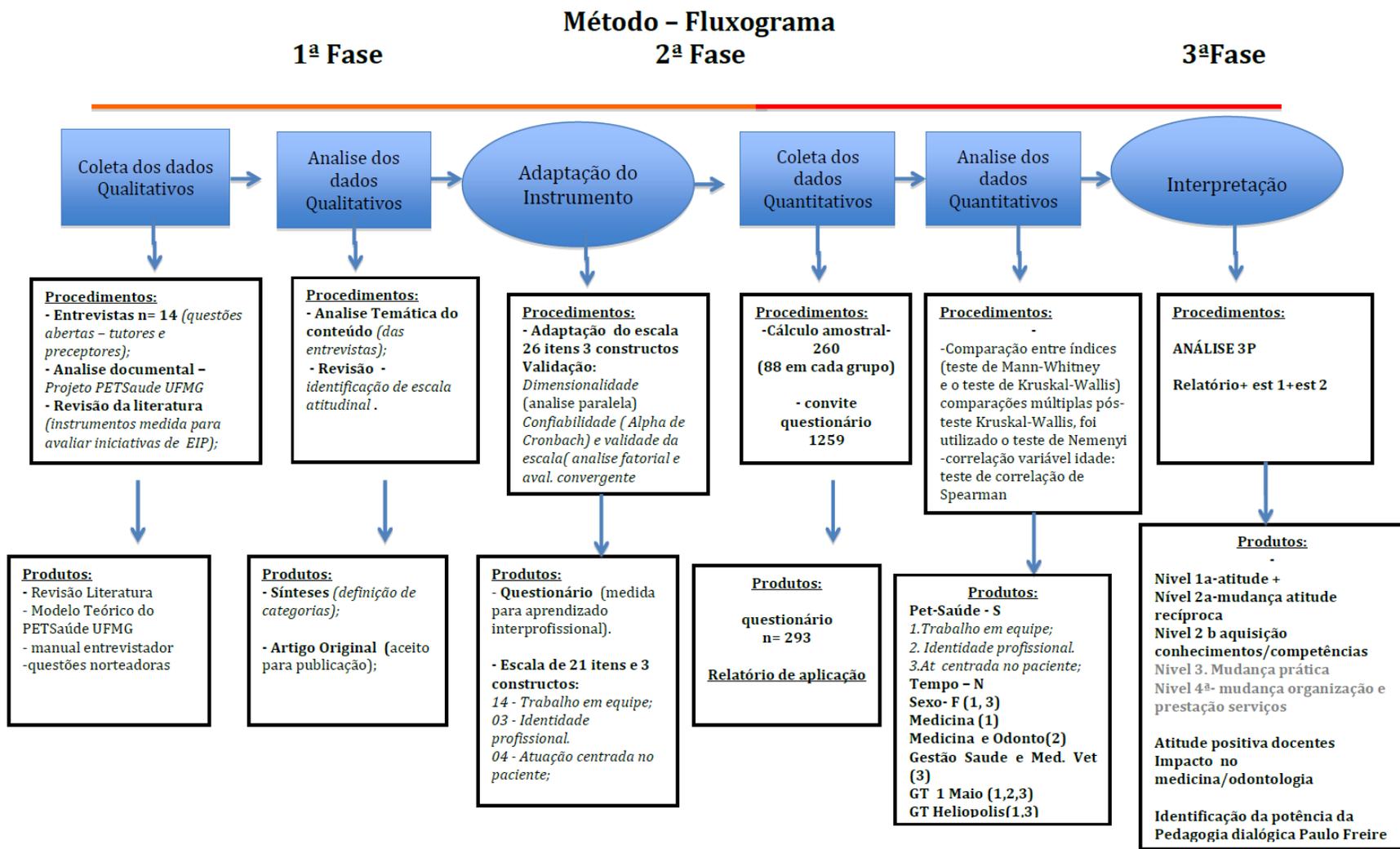


Figura 3- Fluxograma dos estudos no método misto

4.2 O CONTEXTO DA PESQUISA

A UFMG destaca-se por uma forte produção acadêmica permanentemente preocupada com a excelência técnica e com a relevância social, o que a colocada entre as principais IES do país, no que diz respeito à busca de soluções para os problemas de saúde da população brasileira. Neste sentido, sua tradição extensionista é forte aliada no desenvolvimento de projetos de ensino-pesquisa acoplados à prática docente-assistencial em diversos cenários.

A discussão sobre um modelo pedagógico que capacitasse o profissional para atuar com eficiência em sua própria comunidade e a refletir criticamente sobre a realidade, culminou com a reforma curricular de 1975 da Faculdade de Medicina da UFMG. Posteriormente, em 1978, com a implantação do Internato Rural e dos estágios em “ambulatórios periféricos” da cidade de Belo Horizonte, consagrou-se e aprofundou-se o legítimo modelo de integração docente-assistencial na UFMG. Movimento semelhante ocorreu, também, na Escola de Enfermagem e outras unidades acadêmicas, possibilitando novas formas de integração da academia, serviços de saúde e comunidade⁽¹⁰⁴⁾.

Com as mudanças no modelo assistencial na Atenção Primária do município, que desde 2000 está organizado seguindo os paradigmas da Estratégia de Saúde da Família, ampliaram-se as possibilidades de inserção dos diversos cursos da saúde da UFMG nestes cenários de prática profissional.

Os editais do Pró-Saúde I e II, de 2005 e 2007, respectivamente -, foram interpretados pela UFMG e a SMSA como mais uma oportunidade de interação ensino-serviço. A integração docente-assistencial, a diversificação dos cenários de prática e a integração dos serviços próprios das instituições acadêmicas no contexto do SUS atestam avançada cooperação entre a UFMG e a SMSA. Todos os cursos da área da saúde da UFMG têm compartilhado com a SMSA esforços na perspectiva de formação de recursos humanos, orientada para as necessidades do SUS, em todos os níveis de atenção, mas, histórica e particularmente na Atenção Básica⁽¹⁰⁴⁾.

Em 2010, seis cursos de graduação, da área da saúde da UFMG, ofereciam disciplinas e estágios na rede de atenção primária da SMS/BH, e estavam presentes nos nove distritos sanitários do município, envolvendo mais de quinhentos estudantes por semestre. Outros quatro cursos, em processo de revisão curricular, estavam incluindo a atenção primária em saúde como cenário de prática. Se, por um lado, um número crescente de cursos na UFMG

implantou atividades de ensino em serviço na rede de atenção primária; por outro, eram muito raras as oportunidades oferecidas para a formação multiprofissional por meio da articulação das atividades de graduação entre os cursos, mesmo de extensão. Os cursos da saúde da UFMG adotam estratégias tradicionais de ensino, uniprofissionais e com inserção na comunidade de alguns cursos, nos períodos finais de prática clínica⁽¹⁰⁴⁾.

Belo Horizonte é um município de 2.375.151 hab. e é a capital do estado de Minas Gerais. A sua SMSA tem, por missão institucional, estruturar a atenção à saúde no município, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses princípios objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e a equidade na atenção à população de Belo Horizonte. No município, a organização da atenção à saúde em distritos sanitários permite a definição de espaços geográficos populacionais e administrativos de abrangência. Em cada distrito estão distribuídas unidades de atenção primária, serviços de urgência/emergência, centros de referência em saúde mental, além da rede hospitalar pública e contratada^(94,95).

Belo Horizonte conta hoje com 147 centros de saúde, cinco Unidades de Referência Secundária, o Hospital Municipal Odilon Behrens, nove Centros de Referência em Saúde Mental, nove Centros de Convivência, nove Centros de Especialidades Médicas, um Centro Municipal de Oftalmologia, um Centro Municipal de Imagem, cinco Laboratórios Distritais, dois Centros de Reabilitação, dois Centros de Referência em Infectologia, dois Centros de Atenção em Saúde do Trabalhador, um Centro de Especialidades Odontológicas, oito Unidades de Pronto Atendimento, três Centros de Esterilização e um Centro de Controle de Zoonoses. A Prefeitura tem dado destaque agora ao Programa Saúde da Família, que, na capital mineira, ganhou o nome de BH Vida. Ele mudou a lógica do atendimento, com a promoção de visitas domiciliares e comunitárias que, mais do que diagnosticar doenças, previnem as suas causas. Estão em atividade 545 equipes de Saúde da Família (ESF), que beneficiam 1,7 milhão de pessoas, o que representa 77% da população de Belo Horizonte^(94,95).

Atualmente, Belo Horizonte conta com 58 polos do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e está em processo uma proposta de ampliação para que a população possa contar com mais 24 polos, chegando a 82 em 2015. O NASF é formado por aproximadamente 400 profissionais de diversas áreas, entre fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos e educadores físicos, além da integração mais recente de homeopatas e acupunturistas. Com a ampliação, serão mais 140 profissionais^(94,95).

4.3 O UNIVERSO DO ESTUDO

O universo do estudo foi constituído por docente tutores e estudantes egressos dos grupos tutoriais do PET-Saúde da UFMG 2009 e 2010/2011 e estudantes concluintes dos cursos da área da saúde da UFMG de 2012.

4.3.1 Participantes do Estudo Qualitativo

A amostra da 1ª fase foi constituída por docentes tutores. Foram convidados a participar 20 dos 21 docentes tutores do PET-Saúde que participaram dos projetos de 2009 e 2010/2011, por representarem todos os cursos de graduação da UFMG (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional) e pela facilidade de contato. Utilizamos como critérios de inclusão, estarem inseridos em um grupo PET-Saúde; atuar por 2 anos ou mais no PET-Saúde. Foi excluída uma docente do curso de Fisioterapia por compor o grupo de pesquisadores.

4.3.2. Participantes do estudo quantitativo

Participaram todos os estudantes egressos do PET-Saúde até 2012, assim como, todos os estudantes do último ano de cursos da área da saúde da UFMG (medicina, fisioterapia, medicina veterinária, farmácia, odontologia, enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, educação física, fonoaudiologia, nutrição, gestão de serviços de saúde), totalizando 1259 estudantes convidados.

Nesta fase calculamos o tamanho da amostra de conveniência, para possibilitar a comparação dos indicadores entre os grupos: “Participou do PET-Saúde” e “Não participou”.

O tamanho amostral ótimo calculado para este estudo e instrumento aplicado, considerando um nível de significância de 5%, para um tamanho de efeito médio, foi de no mínimo 88 indivíduos em cada grupo para garantir um poder mínimo de 90% independente do teste.

Para calcular o tamanho da amostra para possibilitar a comparação dos indicadores entre os grupos, “Participou do PET-Saúde” e “Não participou”, foi utilizada a metodologia

proposta por Fleiss⁽⁸⁷⁾ para comparações de dois grupos em respostas contínuas para amostras independentes. Em que a quantidade total de indivíduos em cada grupo é dada por:

$$N = \frac{2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2/\sigma)^2}$$

Onde:

- μ_1 é a média do indicador no grupo “Participou do PET-Saúde”
- μ_2 é a média do indicador no grupo “Não participou”
- σ é o desvio padrão do indicador em ambos os grupos;
- z_{α} é o percentil da distribuição normal correspondente ao nível de significância;
- z_{β} é o percentil da distribuição normal correspondente ao poder do teste.

A metodologia acima exige duas suposições: Os indicadores possuem uma distribuição normal e o desvio padrão populacional dos indicadores entre os dois grupos “Participou do PET-Saúde” e “Não participou” é o mesmo.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Departamento de Fisioterapia da UFMG, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, CAAE:03822112.3.0000.5149 (Anexo A). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nesta seção, são apresentadas informações detalhadas sobre os procedimentos e instrumentos de coleta dos dados qualitativos (entrevistas) e dos dados quantitativos (questionários). A coleta de dados ocorreu em duas fases e foi realizada no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2013.

4.5.1 Entrevistas

Foram selecionados e contratados dois entrevistadores para realizar a coleta dos dados do estudo qualitativo- entrevista dos tutores. Esta contratação de entrevistadores externos foi necessária para possibilitar uma maior liberdade de expressão dos entrevistados (os pesquisadores responsáveis pela pesquisa eram docentes também tutores). Para garantir o rigor metodológico nas entrevistas foi elaborado um manual do entrevistador, estruturado com uma breve revisão sobre educação interprofissional e orientações sobre a realização das entrevistas (manual do entrevistador- anexo C).

A partir da revisão da literatura sobre a educação interprofissional, foi elaborado um roteiro para as entrevistas com algumas questões norteadoras: *Como foi a experiência de tutoria dos grupos interprofissionais do Pet-Saúde? Quais foram os desafios? 3. Quais foram os facilitadores? 4. Quais estratégias pedagógicas foram utilizadas?*(Anexo D)

Os docentes tutores do PET-Saúde da UFMG foram convidados a participar da pesquisa por contato direto e por meio eletrônico. A partir do aceite inicial, as entrevistas foram realizadas nos espaços e horários definidos pelos docentes, no intuito de favorecer um clima favorável e ambiente natural em que realizavam suas práticas. As narrativas foram gravadas e transcritas. Foram 4 horas e 23 min de gravação e a transcrição resultou em 59 páginas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2011.

4.5.2 Questionários

Com autorização de Peduzzi (anexo E) utilizamos o *Questionário de Medida da disponibilidade para a aprendizagem interprofissional -versão Português RIPLS 2012* como instrumento de medida da disponibilidade para aprendizado interprofissional entre estudantes de cursos de graduação em saúde.

O questionário aplicado utilizou um conjunto de itens (perguntas) para medir o aprendizado interprofissional para trabalho em equipe e questões específicas para descrição da amostra (anexo F). Os itens foram divididos em constructos com as seguintes definições conceituais (número de itens no índice):

- *Trabalho em Equipe e Colaboração (15)*
- *Identidade Profissional (6)*
- *Atenção Centrada no Paciente (5)*

Todos os itens foram avaliados em uma escala Likert de 5 categorias, variando de 1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não Concordo Nem Discordo; 4- Concordo e 5- Concordo Totalmente. Essa escala foi padronizada subtraindo do valor original o valor central 3 e em seguida o resultado foi dividido por 2 para que a escala oscilassem de -1 a 1. Assim, os valores positivos da escala significam que o indivíduo possui uma opinião concordante com o item, e os valores negativos que o indivíduo possui uma discordância do item. Essa transformação é sugerida por Gelman e Hill⁽¹⁰⁵⁾.

As perguntas “Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde” e “Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso” estão no sentido contrário dos demais itens do constructo Trabalho em Equipe e Colaboração, e para possibilitar a criação e validação do índice essas perguntas foram invertidas. Denominamos essa inversão através da sigla REV().

Os estudantes foram convidados a participar do estudo por meio eletrônico, em endereço disponibilizado pela Pró-Reitora de Graduação da UFMG (email dos estudantes do último ano de cursos da área da saúde da UFMG em dezembro de 2012 (medicina, fisioterapia, medicina veterinária, farmácia, odontologia, enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, educação física, fonoaudiologia, nutrição, gestão de serviços de saúde) e pela Coordenação do PET-Saúde da UFMG (email de estudantes participantes e egressos do PET-Saúde).

O questionário foi aplicado no período de 17 de janeiro de 2013 a 15 de fevereiro de 2013 no sistema de aplicação online Lime Survey. O sistema de aplicação online foi adaptado de acordo com as necessidades do projeto, tanto em relação ao layout, quanto em relação à privacidade e anonimato dos respondentes. O questionário foi acessado através de link disponibilizado via e-mail para todos os estudantes do último ano dos cursos da área da saúde da UFMG e para todos os estudantes participantes e egressos do PET-Saúde até 2012, num total de 1259 convites enviados.

As informações foram arquivadas no servidor , gerando um relatório de acompanhamento, onde foram processadas (Anexo G). Esta metodologia de aplicação

possibilitou um melhor gerenciamento dos respondentes do *survey*, além de permitir o envio de um número ilimitado de questionários ao mesmo tempo; acompanhar as cotas para atingir o número amostral ideal; a integração com imagens em um questionário; pesquisas anônimas e não anônimas; envio de convites, lembretes e fichas por e-mail; opção para os participantes salvarem as respostas e continuar o questionário posteriormente e questionários com data de expiração automatizada.

Foram enviados questionários para 100% da população, a saber todos os estudantes do último ano dos cursos da área da saúde da UFMG (medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontologia, farmácia, educação física, psicologia, medicina veterinária, gestão) e todos os estudantes/egressos do PET-Saúde, com prazo de respostas no período de 15 de janeiro de 2013 a 15 de fevereiro de 2013 (30 dias), resultando em 293 questionários com respostas completas.

4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Análise Conteúdo

Existem diferentes técnicas de organização e análise dos dados na pesquisa qualitativa, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades nas ciências sociais aplicadas. A análise de conteúdo se constitui de várias técnicas onde busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a Análise de Conteúdo é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁹⁾.

O conteúdo das entrevistas foram analisados separadamente por 3 pesquisadores, que identificaram categorias e temas consensuais e discutiram as não consensuais até se chegar a um consenso, tomando como referencia a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo⁽¹⁰⁶⁾. Operacionalmente, as etapas foram a pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. Finalmente, o pesquisador

realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema. A partir daí, propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material ^(106,108). Foram selecionadas as falas mais representativas de cada categoria, identificadas pelos 3 pesquisadores.

4.6.2 Analise Estatística

4.6.2.1-Validação e Comparação dos Índices

Para representar cada um dos constructos foi criado um índice pela média dos itens na escala padronizada. De acordo com Hair⁽¹¹⁰⁾ um índice criado a partir da média é capaz de reduzir o erro de medida de uma única pergunta, consegue representar as múltiplas facetas do conceito que representa o constructo e ainda é facilmente replicável em outros estudos. Porém para criar um índice a partir de um constructo já com uma definição conceitual, devem-se verificar três questões básicas: dimensionalidade, confiabilidade e validade. Essas questões são definidas por:

- Dimensionalidade: Uma suposição inerente e exigência essencial para a criação de um índice (escala múltipla) é que os itens sejam unidimensionais, significando que eles estão fortemente associados um com o outro e representam o mesmo conceito.
- Confiabilidade: É a avaliação do grau de consistência entre múltiplas medidas de um índice ou variável.
- Validade: É o grau em que uma escala ou conjunto de medidas representa com precisão o conceito de interesse. Uma das formas mais aceita para validade é através da Avaliação Convergente, qual avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas.

Foi utilizado o critério da Análise Paralela (Parallel Analysis) elaborado por Horn⁽¹¹¹⁾, para checar a dimensionalidade de cada indicador. Esse critério retorna o número de fatores que devem ser retidos em uma Análise Fatorial, ou seja, a quantidade de dimensões do constructo.

Para verificar a consistência interna ou a confiabilidade dos itens dentro de cada constructo, foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach⁽¹¹²⁾. Para verificar a importância de cada item (pergunta) em cada constructo foi utilizada a Análise Fatorial⁽¹¹⁰⁾, sendo que através das cargas fatoriais foi realizada a validação do constructo através do critério de Avaliação Convergente.

De acordo com Hair⁽¹¹⁰⁾, para um índice ser validado, espera-se que os constructos sejam unidimensionais, que as cargas fatoriais sejam maiores que 0,60 e que o coeficiente do Alfa de Cronbach seja de pelo menos 0,70, sendo também aceito em pesquisas exploratórias o valor de 0,60. Para possibilitar a realização de inferência sobre as cargas fatoriais e o coeficiente do Alfa de Cronbach, foi aplicado o método de reamostragem de bootstrap para construção dos intervalos de confiança.

4.6.2.2- Influência das Demais Variáveis Sobre os Índices

Para comparar estatisticamente os índices entre as variáveis “sexo”, “participação no PET-Saúde”, “curso de graduação” e “tempo de participação no PET-Saúde” foi utilizado o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis⁽¹¹³⁾ sendo que para as comparações múltiplas pós-teste Kruskal-Wallis, foi utilizado o teste de Nemenyi⁽¹¹⁴⁾. Para correlacionar os índices com a variável “Idade” foi utilizado o teste de correlação de Spearman⁽¹¹⁵⁾. O software utilizado na análise foi o R versão 2.15.2.

4.6.3 Análise Descritiva do PET-Saúde

Uma análise descritiva do PET-Saúde a partir do modelo de avaliação de programa educacional 3Ps^(73,84,85) (*Presage-Process-Product*) foi utilizada para integrar os resultados primeira da fase e da segunda com os dados obtidos do relatório final do PET-Saúde da UFMG. Este modelo de análise proposto por Freeth et al.⁽⁸⁴⁾ nos permite visualizar, de maneira integrada, os elementos preditores de um programa educacional de EIP (contexto, características dos docentes e alunos) e as interações com o processo e os produtos. Aqueles que afetam os participantes, usuários de serviços e organizações são todos considerados.

5. RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados do estudo da primeira fase, do estudo segunda fase e a integração destes resultados com os dados obtidos do relatório final do projeto PET-Saúde da UFMG a partir do modelo 3P.

5.1. ENTREVISTAS

Após a análise do conteúdo das entrevistas emergiram seis categorias, identificando a percepção dos docentes sobre a experiência de 2 anos ou mais de tutoria de grupos interprofissionais inseridos no serviço das unidades básicas de saúde como também a disponibilidade, os aspectos facilitadores, oportunidades percebidas, desafios e obstáculos e estratégias pedagógicas utilizadas.

5.1.1 O Perfil dos Participantes

Participaram 14 docentes tutores de diferentes cursos de graduação da UFMG (02 de enfermagem, 01 de fonoaudiologia, 05 de medicina, 01 de medicina veterinária, 02 de nutrição, 02 de odontologia e 01 de terapia ocupacional) dos 21 docentes convidados. Três homens e 11 mulheres. Todos os docentes tinham doutorado, com tempo médio de atividade docente de 14 anos.

Os demais docentes não participaram por incompatibilidade de agenda (03 medicina, 01 medicina veterinária, 01 odontologia, 01 educação física) e 01 docente do curso de fisioterapia por integrar o grupo de pesquisadores.

5.1.2 A Disponibilidade dos Docentes

Os docentes fizeram uma retrospectiva de suas vidas profissional e acadêmica e do início de suas atividades no projeto PET-Saúde, sua motivação e os fatos que propiciaram sua experiência, suas incertezas sobre os caminhos eleitos e até uma certa surpresa com os resultados alcançados.

Alguns docentes agradeceram a oportunidade de manifestar livremente sua opinião e impressões sobre a experiência e outros se surpreenderam com o fato de sua prática profissional ser de interesse na construção de conhecimento.

Os fatores que levaram os docentes a se envolverem no PET-Saúde incluíram a motivação, o conhecimento prévio e a experiência em tutoria. Para uns, o grande motivador foi o desafio ao novo aliado à paixão pela docência e oportunidade de realização profissional, enquanto para outros, a motivação era o próprio SUS e a sua consolidação.

A maioria dos docentes foi favorável ao processo de ensino-aprendizagem em grupos interprofissionais no serviço na atenção básica, mesmo considerando a experiência desafiadora, trabalhosa e extremamente difícil. Refletiram que ela foi uma oportunidade de aprendizado e aproximação entre os docentes dos cursos, profissionais do serviço e estudantes o que gerou satisfação, sentimento de realização, crescimento pessoal e profissional, como ilustrado a seguir:

[...] Olha, foi extremamente interessante. Tanto no convívio com os estudantes que eram de diferentes áreas - e isso no início foi um desafio – [...] mas teve um lado também muito interessante na relação com o serviço, porque eu também convivia com preceptores de diferentes categorias... médicos, enfermeiros, e com a própria gerente da unidade. Então pra mim foi um crescimento muito grande... poder perceber o momento de cada um, os interesses de cada um e como que juntos a gente podia trabalhar em função do crescimento, tanto do serviço quanto dos profissionais como dos estudantes... (tutor 4)

A insegurança frente ao novo e ao desconhecido, a visão ainda corporativa do trabalho no campo da saúde provocou, em um dos entrevistados, desconforto e desconfiança.

[...] É... bom, eu vou começar com um diagnóstico final assim... não me senti confortável. É uma experiência que eu teria que rever, reestudá-la pessoal e institucionalmente, se necessário... eu deveria reestudá-la porque eu acho que ela deveria de ter outras direções. É claro que quando eu faço analogia com a clínica de adultos, por exemplo, essa situação fica mais contundente. Mas eu não estou fazendo analogia da minha experiência com o paciente lá no ambulatório. A questão mesmo da atenção primária e a questão multiprofissional. Eu não sei se foi a questão multiprofissional, mas eu tenho de colocar da dificuldade de multiprofissional, a ausência de outras diretrizes, de outras direções. É claro que a questão multiprofissional é muito complexa, mas a gente é velho, eu acho que... achei então muito interessante. (tutor 11)

5.1.3 Facilitadores para o Desenvolvimento do Projeto

Os docentes que já possuíam experiência prévia de tutoria, atuação na atenção primária e já faziam uso de metodologias ativas relataram mais facilidade na condução do projeto. A motivação de todos os envolvidos, o apoio institucional, a receptividade dos profissionais e usuários das unidades de atenção básica, o trabalho colaborativo, o contato diário com a rede de saúde, a disponibilidade dos estudantes, os cursos de capacitação promovidos pela coordenação do projeto e a metodologia utilizada na condução dos grupos foram também identificados como facilitadores.

[...] eu tinha algumas questões pedagógicas e tudo mais, mas a formação que eu tive pra ser professora foi toda prática no sentido de dar aulas no mestrado, dar aulas no doutorado, tudo prático. Acho importante falar do curso de capacitação dos preceptores que a gente participou como orientador de aprendizagem... foi onde aprendi muita coisa... Ele foi um facilitador por trazer questões que a gente vivencia, que a gente faz e nunca deu nome... não é que a gente nunca ouviu falar, mas nunca aprofundou. Foi onde aprendi sobre tutoria, aprendizagem de adultos e metodologias ativas, que já estávamos fazendo intuitivamente. (tutor 8)

O perfil dos estudantes também foi apontado como um facilitador, pois além de motivados, eles eram abertos para o novo. Os estudantes mais novos eram mais disponíveis e os mais avançados em seus cursos compartilhavam suas experiências e contribuíam muito com todo o grupo e com o serviço. Promoveram reflexões sobre o processo de trabalho dos profissionais, sobre a gestão e estrutura dos serviços de saúde. A convivência entre profissionais e estudantes de áreas diferentes promoveu uma reflexão sobre papéis profissionais, diminuindo o preconceito e as diferenças. Os docentes e preceptores aprenderam muito com os estudantes, principalmente novas tecnologias de comunicação.

[...] Então assim, os estudantes questionavam muito a rotina do trabalho, de uma forma bem tranqüila, entendeu? E isso fazia com que os profissionais pudessem refletir sobre a sua prática [...] e o melhor foi a oportunidade dos estudantes vivenciarem o serviço, essa integração com os profissionais e usuários, fez com que os estudantes pudessem conhecer de perto o nosso sistema de saúde, a nossa rede municipal e também um pouco da atuação de profissionais de outras áreas (tutor 9)

O perfil do coordenador do projeto e sua forma de conduzir o grupo de tutores e as demandas de todos os envolvidos foram ressaltados como determinante para o desenvolvimento do projeto. O estilo de liderança foi a referência para os demais tutores, servindo como modelo de condução de um grupo com diversidade. As reuniões quinzenais com todos os docentes tutores, no primeiro ano de projeto, que foram mensais nos anos seguintes, foi um dos fatores que mantiveram a coesão e motivação do grupo de tutores e serviu como espaço de trocas de experiência e alinhamento metodológico dos grupos tutoriais.

[...] foi fundamental para o sucesso do trabalho interprofissional foi a condução da coordenadora do PET que foi o ponto chave para que as coisas não “desandassem” ao longo do percurso. Foi tão difícil o início do processo, foi tão trabalhoso e tão perdido, que se não fosse a presença dela, a gentileza, as suas qualidades que eu acho que têm que ser ressaltadas: gentileza, simpatia e trabalho são o sobrenome dela, ela foi muito dedicada. Então eu acho que se não fosse esse tipo de condução que ela teve, talvez o grupo teria sofrido perdas, pessoas boas e que estavam ficando desmotivadas porque realmente a gente tinha um norte muito pequenininho pra gente conseguir encontrar. (tutor 10)

O sucesso das iniciativas do PET-SAÚDE tem sido atribuído ao trabalho individual e à motivação dos docentes envolvidos, que contam com pouco ou nenhum apoio institucional. Os resultados encontrados sugerem a necessidade de maior envolvimento institucional, para evitar o amadorismo ou processos assistemáticos, e para fortalecer as ações de EIP desenvolvidas nos projetos.

5.1.4 Fatores que dificultaram o Desenvolvimento do Projeto

A falta de uma direção clara e objetiva nos dois editais do PET-Saúde e dúvidas sobre a efetividade do projeto, da sua capacidade de se promover os resultados pretendidos foram críticas ao processo e ao projeto. Foram relatadas também a estrutura rígida da universidade, a pouca disponibilidade de horário dos estudantes e a dificuldade de comunicação com a gestão municipal. A articulação com os gestores locais foi difícil, muitos gerentes dos centros de saúde desconheciam o projeto ou não se comprometiam com as atividades, como se o projeto fosse da universidade e não uma parceria ensino-serviço.

Mesmo tendo uma Comissão Executiva, com representantes da universidade e da gestão municipal.

[...] Outro dificultador, talvez o mais importante, foi a não integração com a gerencia do centro de saúde... o PET acho que ele traz consigo esse problema.. ele acaba sendo um projeto das pessoas, mas é um projeto da instituição, né? O gerente vai abraçar o PET de acordo com a sua disponibilidade pessoal, mas ele não encara aquilo como um projeto da unidade... da mesma forma, os departamentos e professores da universidade também não liberam os estudantes para participarem das atividades... (tutor 1)

A burocracia universitária limitou muitas iniciativas e propostas que surgiram no decorrer do projeto, houve dificuldade na criação de disciplinas compartilhadas entre os diversos cursos, pouca valorização das atividades de EIP desenvolvidas pelos docentes no projeto. A falta recursos para o financiamento das atividades de pesquisa e intervenções propostas foi um dos maiores desafios, exigindo uma mobilização da Coordenação do PET-Saúde junto às Pró-Reitorias de Graduação, de Pesquisa e de Extensão. A rede municipal de saúde não disponibilizou nenhum recurso para as atividades específicas do PET-Saúde, sendo muitas vezes financiadas pelos tutores, preceptores e estudantes.

5.1.5 Desafios Vivenciados

Foram diversos os desafios vivenciados pelos docentes: participar de um projeto novo, sem roteiro específico foi como se lançar para o desconhecido e assumir o riscos; orientar grupo multiprofissional com estudantes de cursos diferentes e profissionais de serviço; a inexperiência de tutoria na atenção primária.

[...].Porque na verdade eu me deparei com uma situação que eu nunca tive uma oportunidade prévia de me preparar e sem assim conhecimento do que exatamente eu iria enfrentar. E foi o tipo da coisa que eu aprendi fazendo mesmo. (tutor 3).

[...] A tutoria multiprofissional, no inicio foi um desafio. Tem até um fato muito interessante no meu grupo. Escutei uma conversa entre os estudantes de medicina,

logo início do PET-Saúde quando um dos estudantes falou assim: “entrei no PET, mas a minha tutora não é médica... mas graças a Deus consegui um preceptor médico . Ele era bolsista do meu grupo, e era um aluno ótimo. Não demonstrei que escutei esta declaração para não constrangê-lo. De maneira interessante, este aluno permaneceu no grupo por um ano e meio e fez um relato no seu portfólio que muito me emocionou: “ainda bem que fiquei com um tutor de outra área porque além de aprender coisas novas, ampliei meu olhar e pude produzir com colegas de outras áreas. Vou ser um médico melhor.”. Este aluno foi muito bem e teve artigo aceito e publicado... Mas isso foi um fato. As relações de poder entre as profissões foi uma questão que sempre esteve presente, principalmente da medicina em relação às outras e teve que ser muito discutida. A discussão de casos clínicos foi uma excelente estratégia para discussão das competências de cada profissional, e no meu grupo trabalhamos sempre com a CIF , que é uma Classificação de Funcionalidade e Saúde Humana da Organização Mundial da Saúde. A CIF foi um excelente instrumento de elaboração de projeto terapêutico compartilhado. Todos nós aprendemos muito.(tutor 12)

O desconhecimento da EIP e seus pressupostos teóricos, foi o superado com o apoio das reuniões quinzenais da Coordenação com o grupo de tutores, com as trocas de experiências e alinhamento metodológico sobre aprendizagem de adultos, tecnologias de trabalho em equipe e avaliação formativa. Foi um trabalho colaborativo e um espaço importante de reflexão sobre a formação e desenvolvimento de uma linguagem comum.

5.1.6 Oportunidades Percebidas

O desafio foi disparador de novas estratégias de trabalho docente e de reflexão sobre a articulação de suas atividades e saberes com as dos outros profissionais do grupo tutorial e com dos docentes de outros cursos. Mesmo relatando dificuldade em lidar com incertezas, a maioria dos docentes encontrou um caminho e acabou considerando um processo muito produtivo e gratificante.

Entre os docentes que já tinham experiência em tutoria, o PET-Saúde provocou uma mudança no olhar sobre sua relação com os seus estudantes e estudantes de outros cursos, com os outros profissionais, sobre o serviço, o processo de ensino-aprendizagem e o cuidado. Orientar estudantes de outros cursos despertou interesse sobre outras áreas e ampliou a discussão e as possibilidades de ação.

A convivência com o serviço, a aproximação com a comunidade e com as demandas dos usuários despertou o interesse por novas estratégias assim como a admiração pelo

trabalho dos agentes comunitários de saúde que se revelaram como atores estratégicos no projeto.

[...] eu ouvi vários depoimentos dos estudantes em outras disciplinas do curso dizendo que o PET foi importante porque eles conheceram se perto o NASF, os centros de saúde, as academias da cidade, sempre acompanhados pelos ACS, que traziam experiências tão distintas pra nós, de vivência, porque a todo instante do nosso dia a dia eles estavam presentes... e fazendo coisas diferentes... de visitas domiciliares ao acolhimento. (tutor 8)

O aprendizado sobre o serviço, sobre o SUS e a atenção primária foi um aspecto importante registrado pelos docentes, confirmando o que já vem sendo evidenciado na literatura^(2,3,5-11), ou seja, que a atenção básica é um rico cenário para a EIP. A percepção da importância do saber-fazer e do conhecimento específico do profissional do serviço estabeleceu novas formas de interação entre docentes e profissionais do serviço.

[...] nas reuniões eu escutava e aprendi muito com os preceptores nesse primeiro ano. Muita coisa sobre o SUS que eu não sabia eu aprendi com eles. Nisso eu comecei a colocá-los também pra ensinar pra gente. Então as primeiras reuniões de apresentação de palestras, que hoje eu aprendi que elas chamam reuniões dialogadas, que não são palestras, mas são rodas de conversa conduzidas pelos preceptores... sobre atenção primária, sobre a rede de fluxos dentro da secretaria de saúde, sobre o próprio SUS [...] e isso tudo pra mim era novidade e eu acho que foi uma forma, uma estratégia pedagógica, pra poder nivelar o grupo e ver onde que a gente podia avançar, onde que a gente podia voltar e repetir... eu achei que foi bom. (tutor 10)

Uma das oportunidades importantes percebidas pelos docentes foi possibilidade de novas parcerias institucionais e continuidade das atividades iniciadas pelo PET-SAÚDE em novos projetos de ensino, pesquisa extensão.

[...] Eu só queria falar da relevância também da gente ter aprendido a trabalhar em parceria com outros colegas da UFMG e com os profissionais da rede. Eu acho que isso também é um diferencial que não pode ser desconsiderado, sabe? Porque efetivamente a distância da universidade com o serviço ela é muito ruim, negativa, e quando a gente se aproxima dá pra gente notar isso de forma mais clara. Então eu destacaria isso. Foi um grande aprendizado. Muito bacana. E eu percebi por parte dos preceptores que eu estive trabalhando que isso também foi importante pra eles.

Também trouxe acréscimo. O aluno provoca a procura por mais coisas, por atualizar-se... é eu acho que foi bom.(tutor 14)

A gestão compartilhada do projeto transformou docentes, preceptores e estudantes protagonistas do projeto, desde a concepção até a análise dos resultados. Os docentes envolvidos desenvolveram competências para o trabalho com grupos e no final do projeto mostraram-se capacitados e polivalentes, capazes de atuar em equipes interdisciplinares, em diferentes níveis de atenção, adequando seus saberes de acordo com diferentes situações na busca da construção coletiva do conhecimento para solução de problemas que se apresentam cada vez mais complexos..

5.1.7 Atividades Realizadas e Estratégias Pedagógicas Utilizadas ao Longo do Processo

A Coordenação do projeto promoveu atividades de capacitação e aprofundamento em temas diversos no sentido de qualificar o grupo para as atividades de pesquisa, de ensino e intervenção na atenção primária. Estas atividades aconteceram também de acordo com a demanda de cada grupo tutorial.

A realidade vivenciada pelos estudantes nos centros de saúde foi o elemento disparador de aprendizagem e também da reflexão sobre a produção de cuidados. Os docentes fizeram uso de muitas estratégias de ensino aprendizagem, ou de forma intuitiva ou a partir de construção coletiva entre os demais tutores e preceptores. Estabeleceram contratos de aprendizagem, facilitaram as atividades do grupo, desde o planejamento das ações, assim como o desenvolvimento e avaliação das atividades conduzindo rodas de conversação durante todo o projeto. Aprenderam e aplicaram metodologias ativas e muitos instrumentos de avaliação, adotando o portfólio para avaliação formativa dos estudantes e preceptores. Para professores sem formação pedagógica esse processo de construção coletiva se tornou indispensável. O PET-Saúde representou oportunidade de interações e compartilhamento de experiências pedagógicas.

As reuniões regulares entre a Coordenação e os tutores e as reuniões específicas de cada grupo tutorial foram consideradas essenciais para o projeto, sendo espaço de construção coletiva e avaliação de todo o processo, momento de troca de experiências, saberes e reflexão. A partir da identificação das necessidades, se estabeleciam os pactos do grupo como a negociação de espaços, horários e tecnologias adequadas para as atividades no serviço e no

projeto. A participação dos profissionais do serviço, como médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde e usuários nas discussões foi disparadora de reflexões e muito produtiva, resultando na co-responsabilização do serviço pela formação dos futuros profissionais, assim como dos docentes e estudantes pelos serviços de saúde.

[...] Eu vejo pelos meus preceptores, os caminhos que eles foram escolhendo... e em muitas reuniões a gente fez um balanço, sobre nós... sobre nossa formação, sobre o nosso grupo. E eram momentos importantes... às vezes a gente dá muito pouca importância à essa estratégia educativa, de se avaliar, de se rever...e foram muito importantes para as pessoas reconhecerem seu potencial, suas falhas, o quê que precisa ser melhorado... então eu acho que isso também foram os momentos principais do projeto. (tutor 6).

A incorporação das “rodas de conversa” foi um dispositivo considerado fundamental e estratégico. Todos aprenderam muito, tutor, preceptores e estudantes, inclusive sobre a importância de um projeto terapêutico singular e tomada de decisão compartilhada. O uso do portfólio, como instrumento de avaliação formativa promoveu um melhor acompanhamento de cada estudante, mas também foi facilitador de um aprendizado riquíssimo para os docentes sobre o saber e o olhar do outro.

[...] Então vamos usar o portfólio e eu achei essa experiência riquíssima dos estudantes apresentarem o portfólio para os outros... E eles se deram conta de que de uma mesma visita eram narrados aspectos completamente diferentes... e aí eles se deram conta disso. E eu não falei nada... eles disseram: nossa, mas que coisa interessante! Olha o quê que você falou, nada disso eu prestei atenção!! E como é que tudo isso que você está falando é importante, interessante e relevante!!! (tutor 14).

Os professores demonstraram consciência profissional na medida em que reconheceram a oportunidade de troca de conhecimentos e crescimento profissional, identificando, ainda, a possibilidade de conhecer outras realidades formativas e outras práticas clínicas. O projeto favoreceu o conhecimento sobre outras profissões e discussão sobre papéis profissionais, o que é um dos elementos centrais da prática colaborativa, objetivo final da EIP.

5.2. SEGUNDA FASE - ESTUDO QUANTITATIVO

Adaptação e validação de instrumento para avaliar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional no contexto do PET-Saúde.

5.2.1 Considerações Sobre o Tamanho de Amostra Alcançado

Para a criação e validação dos indicadores do instrumento utilizado, era necessário um mínimo de 260 respondentes, uma vez que de acordo com Hair ⁽¹¹⁰⁾, o tamanho de amostra mais aceitável para a Análise Fatorial é de 10 amostras para cada variável de interesse. Como são 26 perguntas para a criação dos indicadores, deveríamos ter 260 indivíduos na amostra e foram coletados 293. Para uma análise de regressão múltipla deveríamos ter entre 15 e 20 amostras, para cada variável de interesse. Como são 14 variáveis de interesse (sexo, idade, participação no PET-Saúde e os cursos (12) de graduação), era necessário, ter entre 210 e 280 amostras. Assim, consideramos os seguintes aspectos: *1 - Para somar 14 variáveis quantificamos 11 cursos, pois um fica de referência. 2 - As variáveis “tempo de participação no PET-Saúde” e “Qual o grupo do PET-Saúde”, pertencem somente ao grupo dos participantes do PETSÁUDE, logo, não poderiam entrar na regressão.*

Dos 1259 questionários convites encaminhados, 293 retornaram e constituíram a nossa amostra. Do total de respondentes, 197 participantes do PET e 96 não participantes.

5.2.1.1 Caracterização da Amostra

Na análise descritiva foram apresentadas todas as variáveis, possibilitando realizar uma caracterização da amostra coletada. Na tabela 1, pode-se verificar dentre outros parâmetros apresentados que a média da Idade foi de 24,8 anos com um desvio padrão de 2,78 anos.

Tabela 1- Medidas descritivas da variável idade.

Variável	Média	D.P.	Mín.	1° Q	2° Q	3° Q	Máx.
Idade	24,80	2,789	20	23	24	26	42

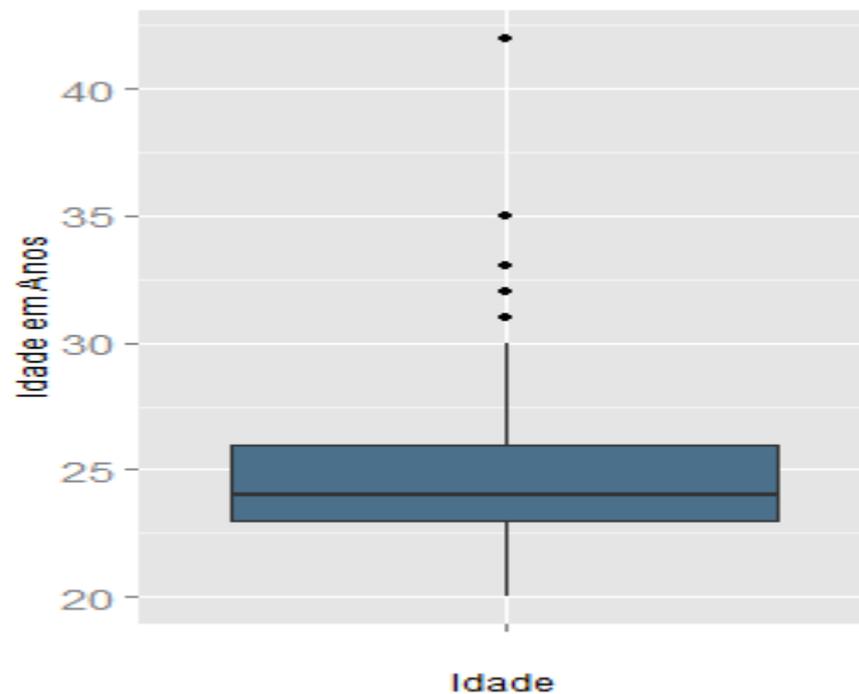


Gráfico 1- Boxplot para a variável Idade.

Na tabela 2, pode-se verificar que o curso de graduação mais frequente foi o de medicina e fisioterapia, representando 26,6% e 11,3% respectivamente; 80,9% dos entrevistados foram do sexo feminino; 67,2% participaram do PET-Saúde, enquanto 32,8% não participaram. Dos entrevistados que participaram do PET-Saúde 54,8% participaram de 6 a 12 meses, 28,4% participaram acima de 12 meses, 11,2% participaram entre 3 a 6 meses e 5,6% participaram menos de 3 meses.

Tabela 2- Frequência das variáveis Curso de Graduação, Sexo, Participação e Tempo de Participação no PET-Saúde

Variáveis	Fatores	Frequência	
Curso de Graduação da UFMG	Educação Física	14	4,8%
	Enfermagem	29	9,9%
	Farmácia	22	7,5%
	Fisioterapia	33	11,3%
	Fonoaudiologia	18	6,1%
	Gestão de Serviços de Saúde	9	3,1%
	Medicina	78	26,6%
	Medicina veterinária	19	6,5%
	Nutrição	23	7,8%
	Odontologia	9	3,1%
	Psicologia	16	5,5%
	Terapia Ocupacional	23	7,8%
	Total	293	100,0%
Sexo	Feminino	237	80,9%
	Masculino	56	19,1%
	Total	293	100,0%
Participação no PET-Saúde	Não	96	32,8%
	Sim	197	67,2%
	Total	293	100,0%
Tempo de Participação no PET-Saúde	1. Menos de 3 meses	11	5,6%
	2. 3 a 6 meses	22	11,2%
	3. 6 a 12 meses	108	54,8%
	4. Acima de 12 meses	56	28,4%
	Total	197	100,0%

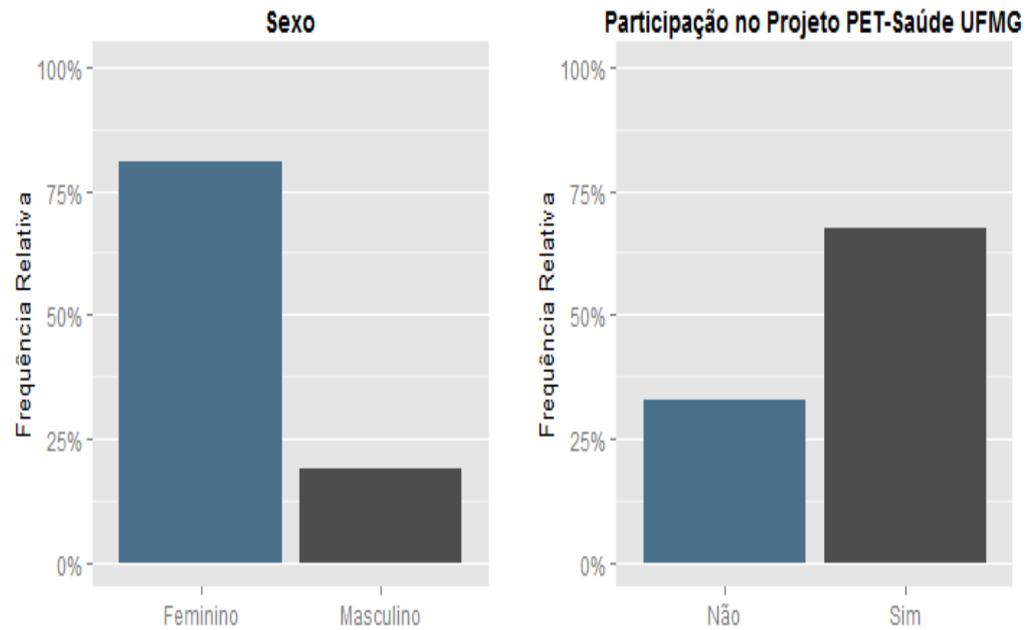


Gráfico 2 de Barras para as variáveis Sexo, Participação no PET-Saúde

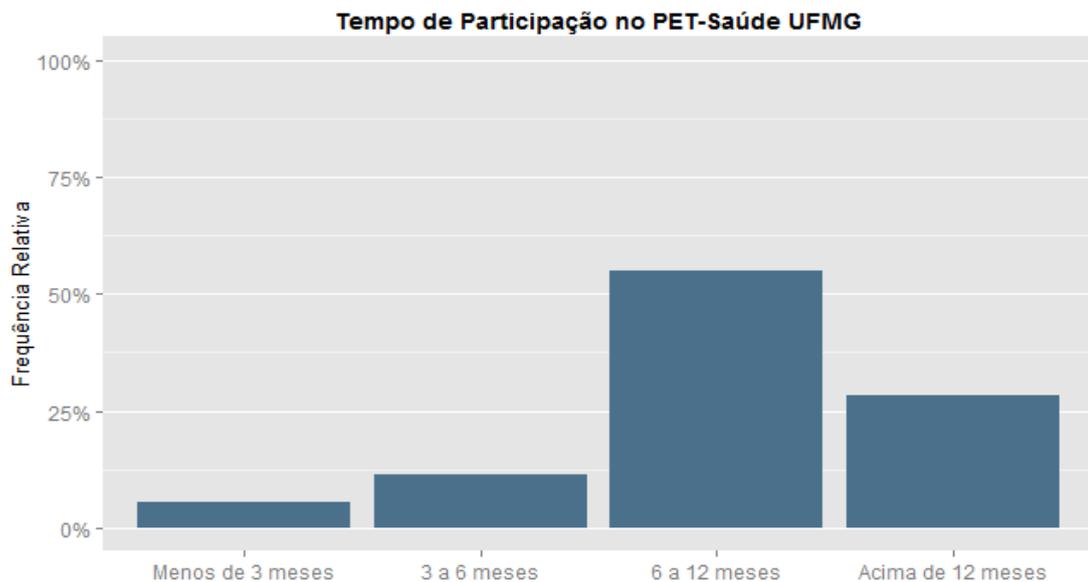


Gráfico 3 de Barras para a variável Tempo de Participação no PET-Saúde

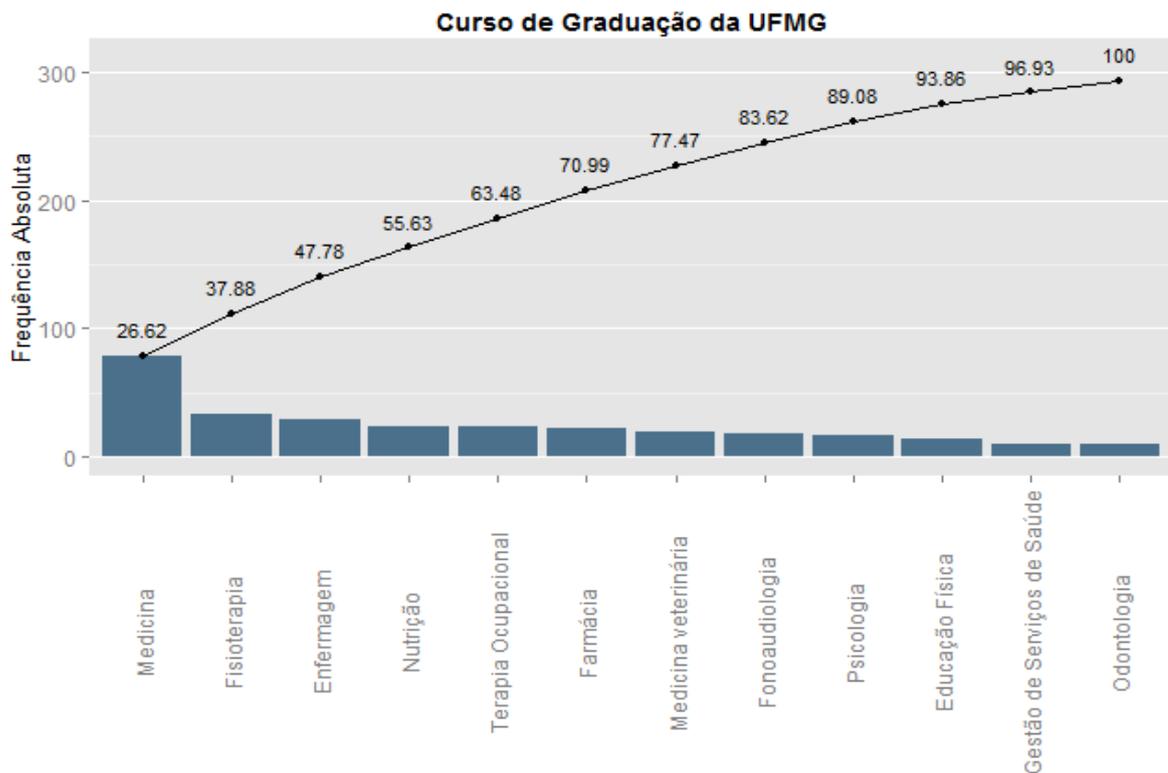


Gráfico 4 de Barras para a variável Curso de Graduação

Na tabela 3, estão as análises descritivas dos itens Q7.1 a Q7.26, de acordo com as respostas dos entrevistados, codificadas em DT = Discorda Totalmente, DP = Discorda Parcialmente, NC/ND = Nem Concorda Nem Discorda, CP = Concorda Parcialmente e CT = Concorda Totalmente. A legenda dos itens Q7.1 a Q7.26 pode ser visualizada na tabela em anexo (Anexo 5). Verifica-se através da tabela 3 que para o constructo “Trabalho em Equipe e Colaboração”, a maioria das respostas para os itens foi em “concordo totalmente”, com mais de 60% de frequência, com exceção dos itens Q7.10 e Q7.11 que apresentaram uma distribuição oposta ao dos outros itens do constructo; para o constructo “Identidade Profissional”, verifica-se uma maior distribuição das respostas, porém, com uma tendência dos entrevistados discordarem dos itens; e para o constructo “Atenção Centrada no Paciente”, os entrevistados tendem a concordarem com os itens.

Tabela 3= Tabela de frequência para os itens dos constructos “Trabalho em equipe e colaboração”, “Identidade Profissional” e “Atenção Centrada no Paciente”.

Constructo	Itens	DT	DP	C/ND	N	CP	CT
Trabalho em equipe e colaboração	Q7.1	1,0%	0,7%	2,0%		21,5%	74,7%
	Q7.2	0,7%	1,0%	1,7%		14,0%	82,6%
	Q7.3	0,3%	1,7%	3,4%		18,1%	76,5%
	Q7.4	1,0%	1,0%	7,5%		24,6%	65,9%
	Q7.5	1,7%	2,4%	8,2%		23,9%	63,8%
	Q7.6	1,4%	2,4%	5,1%		29,4%	61,8%
	Q7.7	0,0%	0,3%	1,4%		12,6%	85,7%
	Q7.8	0,3%	1,0%	1,4%		8,2%	89,1%
	Q7.9	0,3%	1,4%	4,1%		22,5%	71,7%
	Q7.10	85,7%	9,2%	1,7%		2,7%	0,7%
	Q7.11	77,8%	17,7%	0,3%		3,4%	0,7%
	Q7.12	2,7%	0,7%	2,4%		25,9%	68,3%
	Q7.13	2,4%	1,7%	5,1%		19,5%	71,3%
	Q7.14	1,4%	2,7%	2,0%		21,5%	72,4%
	Q7.15	2,4%	0,3%	2,4%		17,1%	77,8%
Identidade Profissional	Q7.16	69,3%	18,1%	4,4%		6,5%	1,7%
	Q7.17	32,8%	21,8%	17,4%		17,1%	10,9%
	Q7.18	41,0%	29,4%	12,3%		15,7%	1,7%
	Q7.19	5,8%	9,2%	21,8%		43,0%	20,1%
	Q7.20	32,1%	33,8%	8,2%		20,5%	5,5%
	Q7.21	5,1%	18,1%	10,9%		41,0%	24,9%
Atenção Centrada no Paciente	Q7.22	0,7%	1,4%	5,5%		23,2%	69,3%
	Q7.23	1,0%	0,0%	1,7%		4,4%	92,8%
	Q7.24	6,1%	8,9%	17,4%		24,6%	43,0%
	Q7.25	0,7%	0,0%	2,7%		8,9%	87,7%
	Q7.26	1,4%	0,0%	1,7%		5,5%	91,5%

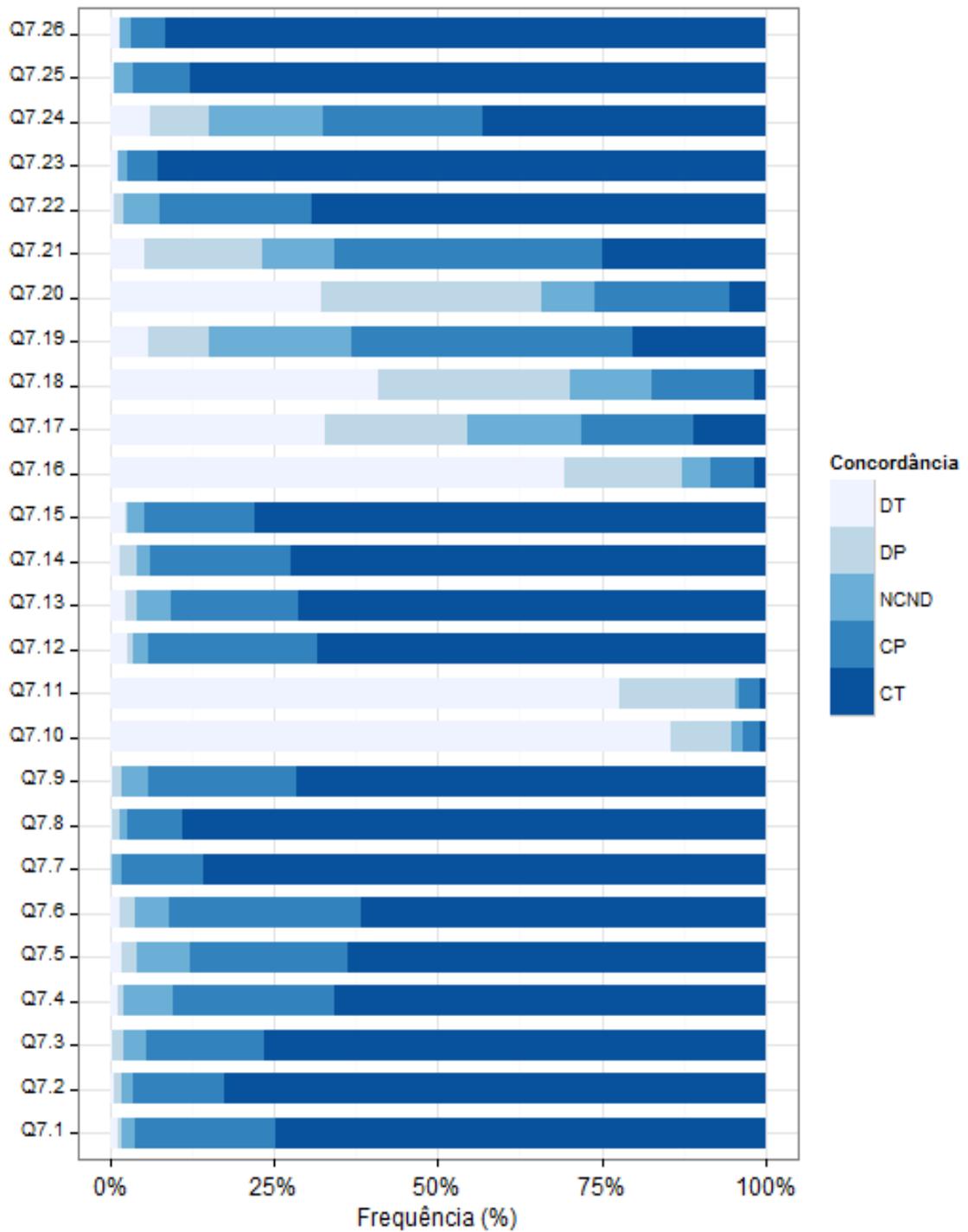


Gráfico 5- Gráfico de barras para os itens dos constructos “trabalho em equipe e colaboração”, “identidade profissional” e “atenção centrada no paciente”.

5.2.2 Validação e Comparação dos Índices

A seguir podem ser verificados os itens e a criação, validação e apresentação dos índices que representam a definição conceitual de cada constructo correspondente ao aprendizado interprofissional para o trabalho em equipe.

5.2.2.1 Constructo: Trabalho em Equipe e Colaboração

Na tabela 4, pode-se verificar as cargas fatoriais com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. A carga fatorial mede o nível de correlação do item com o índice que representa o conceito do constructo. Cargas fatoriais abaixo de 0,60 indicam que o item contribui pouco para medir o conceito do constructo, além de impossibilitar a validação do índice, de acordo com Hair ⁽¹¹⁰⁾. Com o intervalo de 95% de confiança, pode-se inferir se o item apresentou uma carga fatorial significativamente abaixo de 0,60, indicando assim que esse item deve ser retirado do constructo para criação do índice. Observando as cargas fatoriais e seus respectivos intervalos de confiança, pode-se verificar que os intervalos de confiança contém o valor de 0,60, indicando que não se tem evidências suficientes para afirmar que as cargas fatoriais 0,55, 0,51 e 0,39 foram significativamente abaixo de 0,60. Porém, o último item “Trabalha em Equipe - Q7.2”, não apresentou resultados satisfatórios, pois o limite superior do intervalo de confiança ficou muito próximo do limite de 0,60.

Tabela 4-Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas ao Trabalho em equipe e Colaboração – modelo 1.

Itens	Cargas Fatoriais
Trabalho em Equipe - Q7.13	0,71 [0,62 - 0,791]
Trabalho em Equipe - Q7.15	0,71 [0,604 - 0,785]
Trabalho em Equipe - Q7.9	0,69 [0,553 - 0,782]
REV (Trabalho em Equipe - Q7.11)	0,69 [0,561 - 0,786]
Trabalho em Equipe - Q7.3	0,69 [0,55 - 0,786]
Trabalho em Equipe - Q7.6	0,67 [0,551 - 0,751]
Trabalho em Equipe - Q7.14	0,66 [0,562 - 0,746]
REV (Trabalho em Equipe - Q7.10)	0,64 [0,455 - 0,749]
Trabalho em Equipe - Q7.1	0,62 [0,455 - 0,733]
Trabalho em Equipe - Q7.5	0,62 [0,481 - 0,714]
Trabalho em Equipe - Q7.12	0,61 [0,481 - 0,72]
Trabalho em Equipe - Q7.8	0,55 [0,387 - 0,668]
Trabalho em Equipe - Q7.4	0,55 [0,409 - 0,679]
Trabalho em Equipe - Q7.7	0,51 [0,371 - 0,625]
Trabalho em Equipe - Q7.2	0,39 [0,179 - 0,601]

Retirando o item “Trabalho em Equipe - Q7.2” e novamente realizando a Análise Fatorial, pode-se verificar na tabela 5 abaixo, que todos os itens do constructo Trabalho em equipe e cooperação, não possuem cargas fatoriais significativamente abaixo de 0,60. Satisfazendo o critério de validação convergente.

Tabela 5-Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas ao Trabalho em equipe e Colaboração – modelo 2.

Itens	Cargas Fatoriais
Trabalho em Equipe - Q7.13	0,71 [0,607 - 0,794]
Trabalho em Equipe - Q7.15	0,71 [0,608 - 0,792]
Trabalho em Equipe - Q7.9	0,69 [0,561 - 0,79]
REV (Trabalho em Equipe - Q7.11)	0,69 [0,538 - 0,786]
Trabalho em Equipe - Q7.3	0,68 [0,554 - 0,779]
Trabalho em Equipe - Q7.6	0,67 [0,561 - 0,76]
Trabalho em Equipe - Q7.14	0,66 [0,553 - 0,755]
REV (Trabalho em Equipe - Q7.10)	0,65 [0,463 - 0,76]
Trabalho em Equipe - Q7.1	0,62 [0,46 - 0,747]
Trabalho em Equipe - Q7.5	0,62 [0,47 - 0,718]
Trabalho em Equipe - Q7.12	0,62 [0,494 - 0,732]
Trabalho em Equipe - Q7.8	0,55 [0,399 - 0,678]
Trabalho em Equipe - Q7.4	0,54 [0,375 - 0,672]
Trabalho em Equipe - Q7.7	0,51 [0,353 - 0,624]

Verificando as questões sobre dimensionalidade e confiabilidade do constructo, foram verificadas as estatísticas da Análise Paralela e o Alfa de Cronbach. Na tabela 6 se pode verificar que para os dois modelos pelo método da Análise Paralela o indicador foi unidimensional e o Alfa de Cronbach foi acima de 0,70 para os dois modelos.

Tabela 6- Dimensionalidade e Alfa de Cronbach do constructo Trabalho em equipe e Colaboração.

Modelos	Dimensionalidade	Alfa de Cronbach		
	Nparallel	Alfa	L.I.	L.S.
Modelo 1	1	0,8857	0,8312	0,9206
Modelo 2	1	0,8865	0,8335	0,9184

Após retirar o item “Trabalho em Equipe - Q7. 2”, verificou-se através das análises acima que o índice criado para representar o constructo “Trabalho em equipe e colaboração” satisfaz os critérios de validação convergente, unidimensionalidade e confiabilidade.

Na tabela 7 , pode-se verificar a média e intervalo de confiança de todos os itens e do índice criado para representar o constructo “Trabalho em equipe e cooperação”.

Dessa forma, pode-se destacar que o índice “Trabalho em equipe e cooperação” foi estatisticamente (intervalo de confiança não interceptou o valor zero) maior do que zero, indicando que entrevistados tendem a concordar com os quesitos que representam esse constructo. Como o índice apresentou sua média estatisticamente acima de 0.5, pode-se afirmar que os entrevistados tendem em média a concordarem totalmente com os itens desse constructo. Os itens “Trabalho em Equipe - Q7.8” e “Trabalho em Equipe - Q7.7” apresentaram médias estaticamente maiores que a média do índice “Trabalho em Equipe e cooperação”, logo, pode-se afirmar que esses itens tendem a possuir um maior nível de concordância quando comparado aos demais. Já os itens “Trabalho em Equipe - Q7.6” e “Trabalho em Equipe - Q7.5” apresentaram médias estaticamente menores que a média do índice “Trabalho em Equipe e colaboração”, logo, pode-se afirmar que esses itens tendem a possuir um menor nível de concordância quando comparado aos demais.

Tabela 7- Média e Intervalo de 95% de confiança para os itens e índice do constructo *Trabalho em equipe e colaboração*

Itens	Média	IC - 95%	
		L.I.	L.S.
Trabalho em Equipe - Q7.8	0,923	0,892	0,951
Trabalho em Equipe - Q7.7	0,918	0,892	0,944
REV (Trabalho em Equipe - Q7.10)	0,882	0,84	0,918
REV (Trabalho em Equipe - Q7.11)	0,843	0,804	0,884
Trabalho em Equipe - Q7.3	0,843	0,805	0,877
Trabalho em Equipe - Q7.1	0,841	0,802	0,877
Trabalho em Equipe - Q7.15	0,838	0,792	0,879
Trabalho em Equipe - Q7.9	0,819	0,780	0,857
Trabalho em Equipe - Q7.14	0,804	0,758	0,845
Trabalho em Equipe - Q7.12	0,782	0,732	0,824
Trabalho em Equipe - Q7.13	0,778	0,729	0,824
Trabalho em Equipe - Q7.4	0,766	0,724	0,809
Trabalho em Equipe - Q7.6	0,739	0,693	0,785
Trabalho em Equipe - Q7.5	0,729	0,679	0,782
Índice: Trabalho em Equipe	0,822	0,793	0,846

No gráfico 6, pode-se visualizar as informações apresentadas na tabela acima.

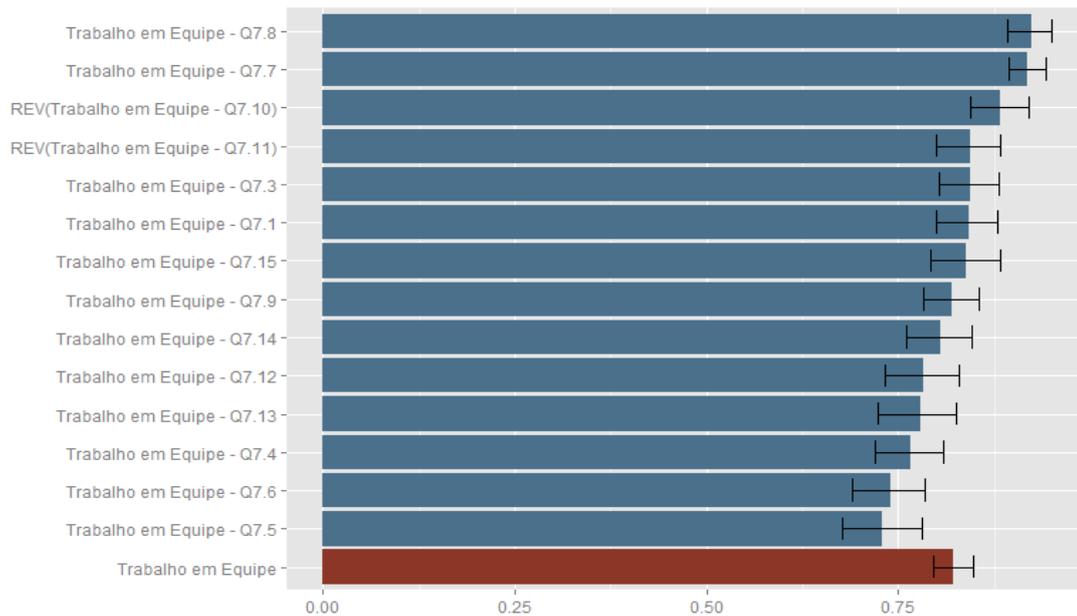


Gráfico 6- Gráfico de Barras com erro representando à média e os intervalos de 95% de confiança para os itens e índice do *constructo Trabalho em Equipe e Cooperação*.

5.2.2.2 Constructo: Identidade Profissional

Para o constructo “identidade profissional” nota-se, na tabela 8, que existe a presença de cargas fatoriais significativamente abaixo de 0,60 nos itens “Identidade Profissional - Q7.21” e “Identidade Profissional - Q7.19”.

Tabela 8-Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas a Identidade Profissional – modelo 1.

Itens	Cargas Fatoriais
Identidade Profissional - Q7.20	0,76 [0,699 - 0,813]
Identidade Profissional - Q7.16	0,66 [0,516 - 0,747]
Identidade Profissional - Q7.17	0,60 [0,439 - 0,721]
Identidade Profissional - Q7.18	0,45 [0,256 - 0,604]
Identidade Profissional - Q7.21	0,45 [0,287 - 0,584]
Identidade Profissional - Q7.19	0,32 [0,092 - 0,495]

Após excluir do constructo o item, “Identidade Profissional - Q7.19”, pode-se observar na tabela 9 que o último item, “Identidade Profissional - Q7.21”, apresentou carga fatorial significativamente abaixo de 0,60.

**Tabela 9 -Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas a
*Identidade Profissional – modelo2.***

Itens	Cargas Fatoriais
Identidade Profissional - Q7.20	0,76 [0,697 - 0,811]
Identidade Profissional - Q7.16	0,67 [0,535 - 0,771]
Identidade Profissional - Q7.17	0,65 [0,526 - 0,740]
Identidade Profissional - Q7.18	0,44 [0,211 - 0,601]
Identidade Profissional - Q7.21	0,43 [0,271 - 0,554]

Após excluir do constructo o item, “Identidade Profissional - Q7.21.”, na tabela 10 pode-se verificar que os intervalos de confiança contém o valor de 0,60, indicando que não se tem evidência suficiente para afirmar que a carga fatorial 0,46 do item “Identidade Profissional - Q7.18” foi significativamente abaixo de 0,60. Porém, o último item “Identidade Profissional - Q7.18”, não apresentou resultado satisfatório, pois o limite superior do intervalo de confiança ficou muito próximo do valor limite de 0,60.

**Tabela 10- Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas a
*Identidade Profissional – modelo3.***

Itens	Cargas Fatoriais
Identidade Profissional - Q7.20	0,75 [0,669 - 0,809]
Identidade Profissional - Q7.16	0,71 [0,596 - 0,793]
Identidade Profissional - Q7.17	0,68 [0,566 - 0,762]
Identidade Profissional - Q7.18	0,46 [0,210 - 0,610]

Retirando o item “Trabalho em Equipe - Q7.18” e novamente realizando a Análise Fatorial, pode-se verificar na tabela 11, que todos os itens do constructo “Identidade Profissional”, não possuem cargas fatoriais significativamente abaixo de 0,60. Satisfazendo o critério de validação convergente.

**Tabela 11- Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas a
*Identidade Profissional – modelo4.***

Itens	Cargas Fatoriais
Identidade Profissional - Q7.20	0,73 [0,614 - 0,789]
Identidade Profissional - Q7.16	0,77 [0,693 - 0,825]
Identidade Profissional - Q7.17	0,72 [0,655 - 0,792]

Na tabela 12 se pode verificar que:

- Para os quatro modelos para representar o conceito de “Identidade Profissional”, todos foram unidimensionais.
- No quarto modelo proposto para representar o conceito de “Identidade Profissional” o Alfa de Cronbach foi de 0,569 [0,467 – 0,661], ou seja, não se tem evidências suficientes para afirmar que o valor de Alfa de Cronbach foi significativamente abaixo de 0,60. O valor do Alfa de Cronbach é influenciado pela quantidade de itens, com um pequeno número de itens é mais difícil alcançar valores satisfatórios. Considerando a quantidade de itens do quarto modelo proposto e que o valor do Alfa de Cronbach não foi significativamente abaixo de 0,60, consideraremos o critério de confiabilidade satisfeito para o quarto modelo proposto para representar o conceito “Identidade Profissional”.

Tabela 12. Dimensionalidade e Alfa de Cronbach do Constructo *Identidade Profissional*.

Modelos	Dimensionalidade	Alfa de Cronbach		
	Nparallel	Alfa	L.I.	L.S.
Modelo 1	1	0,539	0,4532	0,6113
Modelo 2	1	0,548	0,4618	0,6175
Modelo 3	1	0,551	0,458	0,628
Modelo 4	1	0,569	0,467	0,661

Considerando o modelo 4, foi verificado que o índice criado para representar o constructo “Identidade Profissional” satisfaz os critérios de validação convergente, unidimensionalidade e confiabilidade.

Na tabela 13, pode-se verificar a média e intervalo de confiança de todos os itens do constructo “Identidade Profissional”. Dessa forma, pode-se destacar que o índice “Identidade Profissional” foi estatisticamente menor do que zero, indicando que entrevistados tendem a discordar com os quesitos que representa esse indicador. Verifica-se que o item “Identidade Profissional – Q7.16” apresentou maior índice de discordância, sendo que pode-se afirmar que em média os entrevistados tendem a discordarem totalmente desse item.

Tabela 13. Média e Intervalo de 95% de confiança para os itens do constructo *Identidade Profissional*.

Itens	Média	IC - 95%	
		L.I.	L.S.
Identidade Profissional - Q7.17	-0,242	-0,329	-0,165
Identidade Profissional - Q7.20	-0,333	-0,403	-0,263
Identidade Profissional - Q7.16	-0,734	-0,785	-0,677
Índice: Identidade Profissional	-0,442	-0,486	-0,399

No gráfico 7, pode-se visualizar as informações apresentadas na tabela acima.

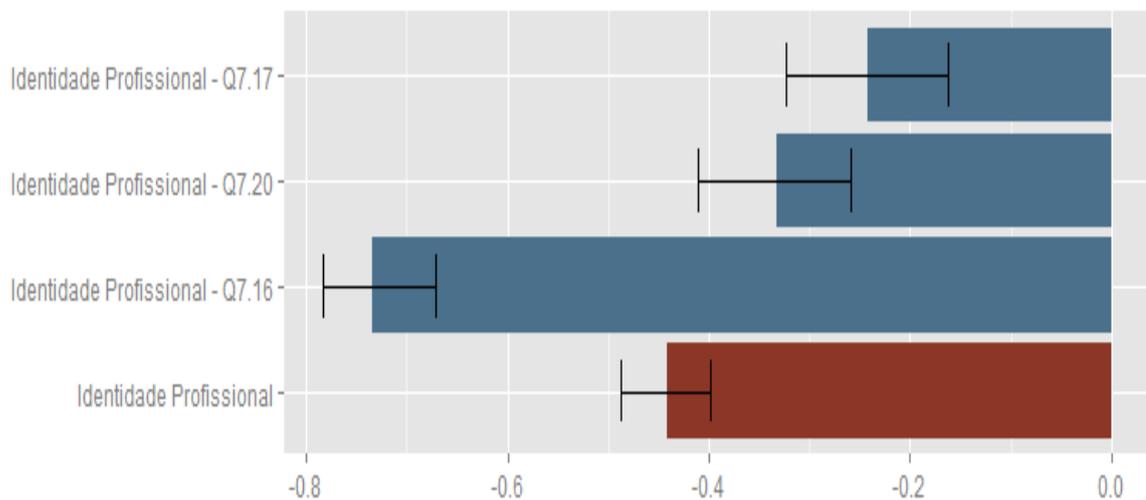


Gráfico 7- Gráfico de Barras com erro representando a média e os intervalos de 95% de confiança para os itens do constructo *Identidade Profissional*

5.2.2.3 Constructo: Atenção Centrada no Paciente

Para o constructo “Atenção centrada no paciente” nota-se, na tabela 14, que existe a presença de um item (“Atenção centrada no paciente - Q7.24”) com carga fatorial significativamente abaixo de 0,60.

**Tabela 14- Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas a
*Atenção centrada no paciente – modelo1.***

Itens	Cargas Fatoriais
Atenção centrada no paciente - Q7.23	0,87 [0,77 - 0,922]
Atenção centrada no paciente - Q7.25	0,82 [0,66 - 0,897]
Atenção centrada no paciente - Q7.26	0,77 [0,534 - 0,893]
Atenção centrada no paciente - Q7.22	0,67 [0,543 - 0,777]
Atenção centrada no paciente - Q7.24	0,35 [0,189 - 0,508]

Após excluir do constructo o item, “Atenção centrada no paciente - Q7.24”, pode-se verificar, na tabela 15, que todas as cargas fatoriais ficaram acima de 0,60, satisfazendo o critério de validação convergente.

**Tabela 15-Análise Fatorial para o conjunto de itens relacionadas a
*Atenção centrada no paciente- modelo2.***

Itens	Cargas Fatoriais
Atenção centrada no paciente - Q7.23	0,88 [0,784 - 0,931]
Atenção centrada no paciente - Q7.25	0,83 [0,625 - 0,901]
Atenção centrada no paciente - Q7.26	0,78 [0,576 - 0,896]
Atenção centrada no paciente - Q7.22	0,68 [0,542 - 0,775]

Na tabela 16 verifica-se que para o segundo modelo proposto para representar o conceito “Atenção centrada no paciente” os critérios de unidimensionalidade e confiabilidade foram satisfeitos.

Tabela 16-Dimensionalidade e Alfa de Cronbach do constructo

Atenção centrada no paciente

Modelos	Dimensionalidade	Alfa de Cronbach		
	Nparallel	Alfa	L.I.	L.S.
Modelo 1	1	0,631	0,455	0,747
Modelo 2	1	0,782	0,564	0,872

Considerando o modelo 2, foi verificado que o índice criado para representar o constructo “Atenção centrada no paciente” satisfaz os critérios de validação convergente, unidimensionalidade e confiabilidade.

Na tabela 17, pode-se verificar a média e intervalo de confiança de todos os itens do constructo “Atenção centrada no paciente”. Dessa forma, pode-se destacar que o índice “Atenção centrada no paciente” foi estatisticamente maior do que zero, indicando que entrevistados tendem a concordar com os quesitos que representam esse constructo. Como o índice apresentou sua média estatisticamente acima de 0,5, pode-se afirmar que os entrevistados tendem em média a concordarem totalmente com os itens desse constructo.

O item “Trabalho em Equipe - Q7.22” apresentou sua média estaticamente menor que a média do índice “Atenção centrada no paciente”, logo, pode-se afirmar que esses itens tendem a possuir um menor nível de concordância quando comparado aos demais.

**Tabela 17-Média e Intervalo de 95% de confiança para os itens do constructo
*Atenção centrada no Paciente.***

Variável	Média	IC - 95%	
		L.I.	L.S.
Atenção centrada no paciente - Q7.23	0,940	0,910	0,968
Atenção centrada no paciente - Q7.26	0,928	0,891	0,956
Atenção centrada no paciente - Q7.25	0,915	0,882	0,942
Atenção centrada no paciente - Q7.22	0,795	0,751	0,834
Índice: Atenção Centrada no Paciente	0,895	0,867	0,919

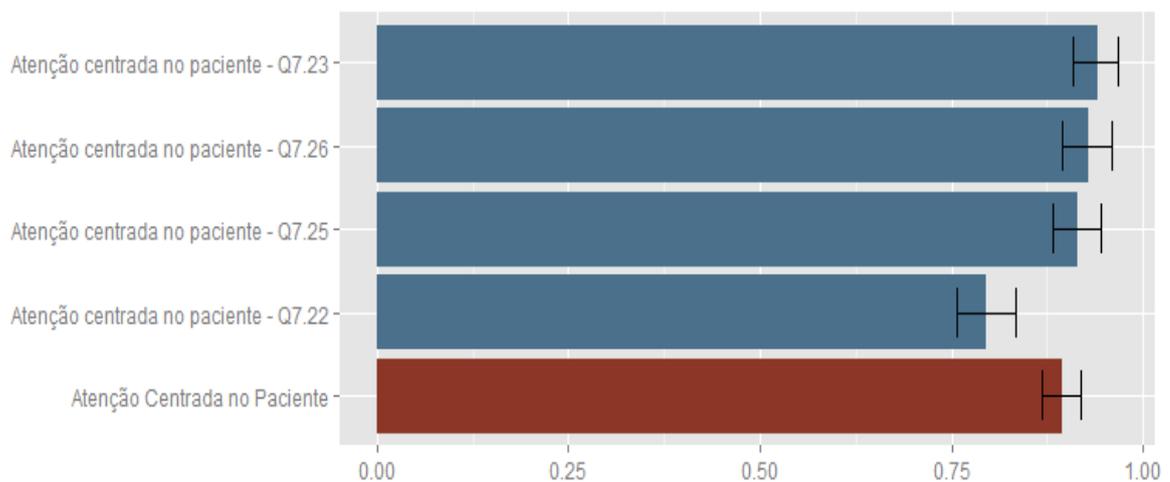


Gráfico 8- Gráfico de Barras com erro representando a média e os intervalos de 95% de confiança para as variáveis e fator *Atenção centrada no Paciente.*

5.2.2.4-Resumo dos Índices

Na tabela 18 se tem um resumo dos índices criados para representar o conceito de cada constructo, com a carga fatorial mínima, o alfa de Cronbach e a dimensionalidade. Ficam definidos os três Indicadores a serem trabalhados na análise estatística.

Tabela 18 -Carga fatorial mínima, Alfa de Cronbach e Dimensionalidade para os indicadores.

Fatores	Carga Fatorial Mínima	Alfa	Dimensio nalidade
Índice: Trabalho em Equipe	0,51 [0,353 - 0,624]	0,886 [0,833 - 0,918]	1
Índice: Identidade Profissional	0,72 [0,655 - 0,792]	0,569 [0,467 - 0,661]	1
Índice: Atenção Centrada no Paciente	0,68 [0,542 - 0,775]	0,782 [0,563 - 0,871]	1

A partir dos dados apresentados na tabela 19 pode-se verificar que:

- Embora os índices “Trabalho em equipe” e “Atenção centrada no paciente” foram estatisticamente acima de 0.5, indicado que os entrevistados tendem em média a concordarem totalmente com os itens dos constructos, pode-se afirmar que os entrevistados tendem a concordarem mais com os itens do constructo “Atenção Centrada no Paciente” que do constructo “Trabalho em Equipe”, uma vez que não existe a sobreposição dos intervalos de confiança.
- O índice “Identidade Profissional” apresentou uma média significativamente abaixo de zero, indicando que os entrevistados tendem em média a discordarem dos itens desse constructo. Avaliando o desvio padrão, tem-se que nesse constructo houve a maior variabilidade entre as respostas dos entrevistados.

Tabela 19- Medidas descritivas dos índices *Trabalho em Equipe, Identidade Profissional e Atenção centrada no paciente.*

Fatores	N	Média	D.P.	L.I.	L.S.
Índice: Trabalho em Equipe	293	0,822	0,230	0,796	0,848
Índice: Identidade Profissional	293	-0,442	0,392	-0,489	-0,398
Índice: Atenção Centrada no Paciente	293	0,895	0,228	0,867	0,918

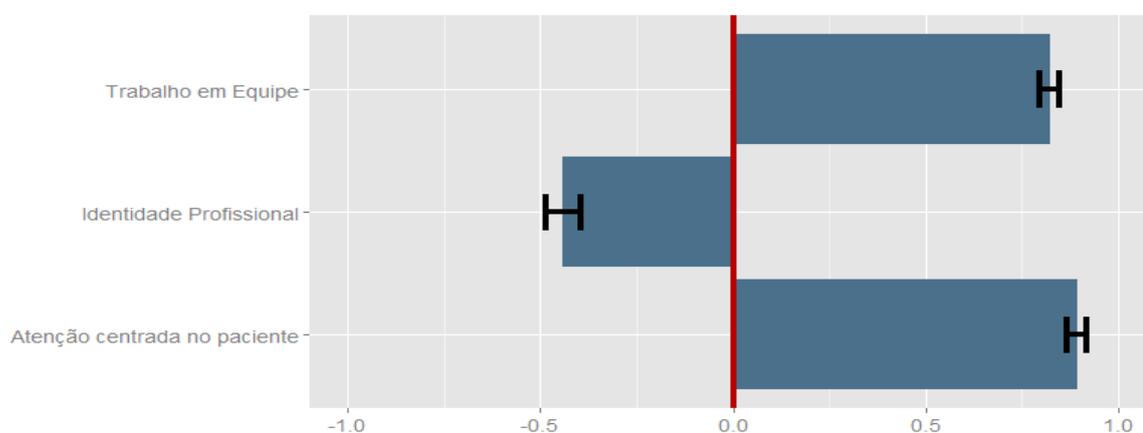


Gráfico 9- Média e intervalo de confiança dos índices *Trabalho em Equipe, Identidade Profissional e Atenção centrada no paciente.*

5.2.3. Influência das Demais Variáveis Sobre os Índices

5.2.3.1. Constructo: Trabalho em Equipe e Colaboração

Para verificar se o nível de concordância atribuído ao índice “Trabalho em Equipe e Colaboração” varia significativamente conforme as variáveis “Sexo”, “Participação no PET-Saúde”, “Curso de Graduação” e “Tempo de Participação no PET-Saúde”, foi realizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Dessa forma, verifica-se que:

- Existem evidências de diferença significativa do índice “trabalho em equipe e colaboração” entre os sexos, sendo que o sexo feminino apresentou maior mediana, 0,929 em relação ao sexo masculino, 0,768. Ou seja, respondentes do sexo feminino tenderam a concordar mais com os itens do constructo trabalho em equipe e colaboração.
- Existem evidências de diferença significativa do índice “trabalho em equipe e colaboração” entre os respondentes que participaram e não do projeto PET-Saúde, sendo que o grupo que participou do projeto apresentou maior mediana, 0,929 em relação aos respondentes que não participaram do projeto, mediana igual a 0,821. Ou seja, respondentes que participaram do projeto PET-Saúde tenderam a concordar mais com os itens do constructo trabalho em equipe e colaboração.
- Existem evidências de diferença significativa do índice “trabalho em equipe e colaboração” entre pelo menos um dos cursos de graduação. Com o teste de comparações

múltiplas pós Kruskal-Wallis, tem-se que o curso de medicina foi o que mais se difere dos demais, apresentando menor mediana que todos os outros cursos, ou seja, estudantes do curso de medicina tendem a concordarem menos com os itens do constructo “trabalho em equipe e colaboração” quando comparado aos demais cursos. Têm-se também maiores valores do índice “trabalho em equipe e colaboração” no curso de nutrição quando comparado ao curso de medicina veterinária e psicologia.

- Dentre os entrevistados que participaram do projeto PET-Saúde o tempo de participação não influencia significativamente o valor do índice “trabalho em equipe e colaboração”.

Tabela 20- Medidas Descritivas, Teste estatísticos para o Trabalho em equipe e colaboração conforme o sexo, participação no PET-Saúde, curso de graduação e tempo de participação

Variáveis	Fatores	N	Média	E.P	1° Q	2° Q	3° Q	-Valor ^P
Sexo	Feminino	237	0,847	0,014	0,786	0,929	1,000	< 0,001 ^a
	Masculino	56	0,716	0,035	0,607	0,768	0,875	
Você participou do PET-Saúde	Não	96	0,735	0,031	0,661	0,821	0,964	< 0,001 ^a
	Sim	197	0,864	0,012	0,786	0,929	1,000	
Curso de Graduação	Educação Física	14	0,906	0,028	0,857	0,893	1,000	< 0,001 ^b
	Enfermagem	29	0,873	0,024	0,750	0,929	1,000	
	Farmácia	22	0,873	0,036	0,821	0,946	1,000	
	Fisioterapia	33	0,902	0,024	0,893	0,964	1,000	
	Fonoaudiologia	18	0,903	0,024	0,821	0,929	1,000	
	Gestão de Serviços de Saúde	9	0,837	0,052	0,786	0,857	0,964	
	Medicina	78	0,669	0,038	0,500	0,750	0,964	
	Medicina veterinária	19	0,810	0,036	0,714	0,821	0,929	
	Nutrição	23	0,958	0,011	0,929	0,964	1,000	
	Odontologia	9	0,869	0,039	0,750	0,893	1,000	
Tempo de participação no PET-Saúde	Psicologia	16	0,786	0,046	0,679	0,821	0,929	0,133 ^b
	Terapia Ocupacional	23	0,870	0,024	0,786	0,893	0,964	
	Menos de 3 meses	11	0,812	0,062	0,786	0,893	0,911	
	3 a 6 meses	22	0,828	0,036	0,714	0,857	0,964	
Tempo de participação no PET-Saúde	6 a 12 meses	108	0,854	0,017	0,786	0,929	1,000	0,133 ^b
	Acima de 12 meses	56	0,908	0,015	0,839	0,964	1,000	

- ^a teste de Mann-Whitney; ^b teste de Kruskal-Wallis

Nos gráficos abaixo, pode-se visualizar as informações apresentadas nas tabelas acima.

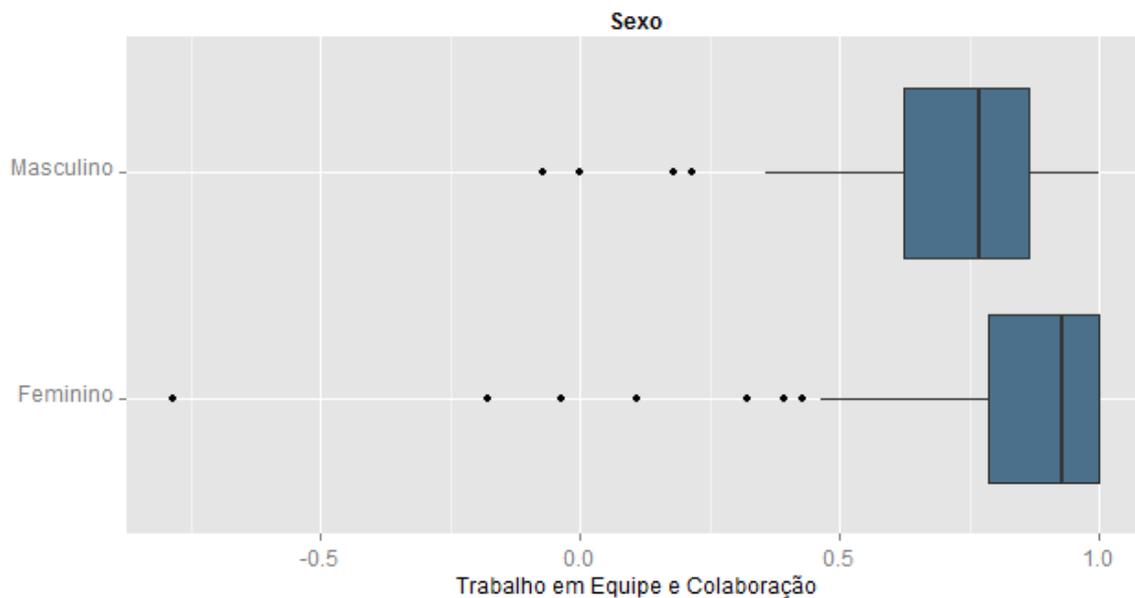


Gráfico 10 - Boxplot para o índice *Trabalho em equipe e colaboração* conforme o sexo

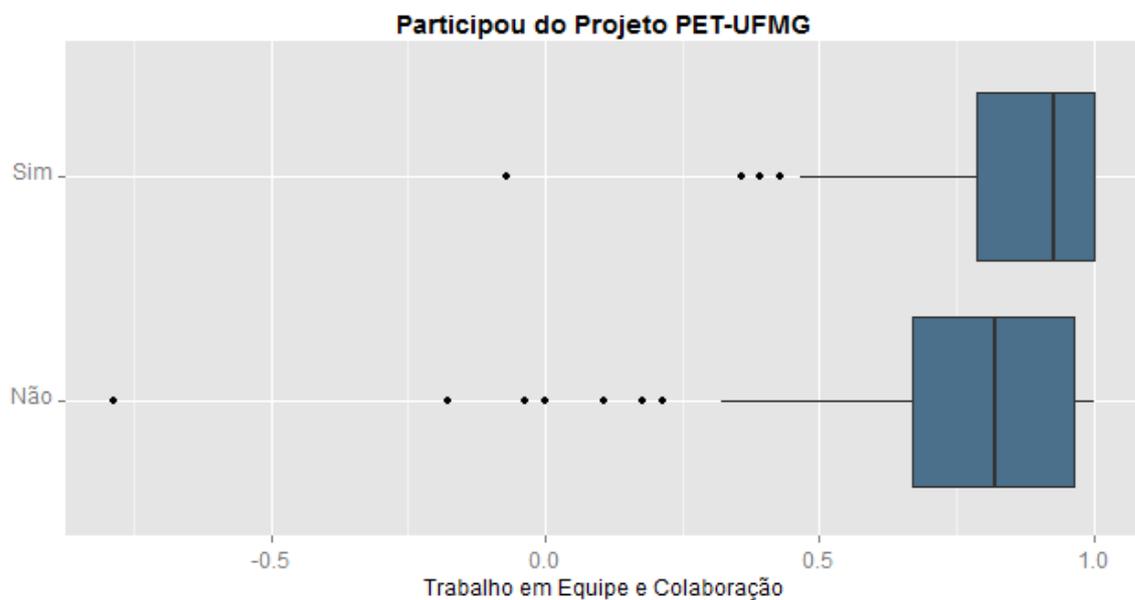


Gráfico11 - Boxplot para o índice *Trabalho em equipe e colaboração* conforme participação no PET-Saúde

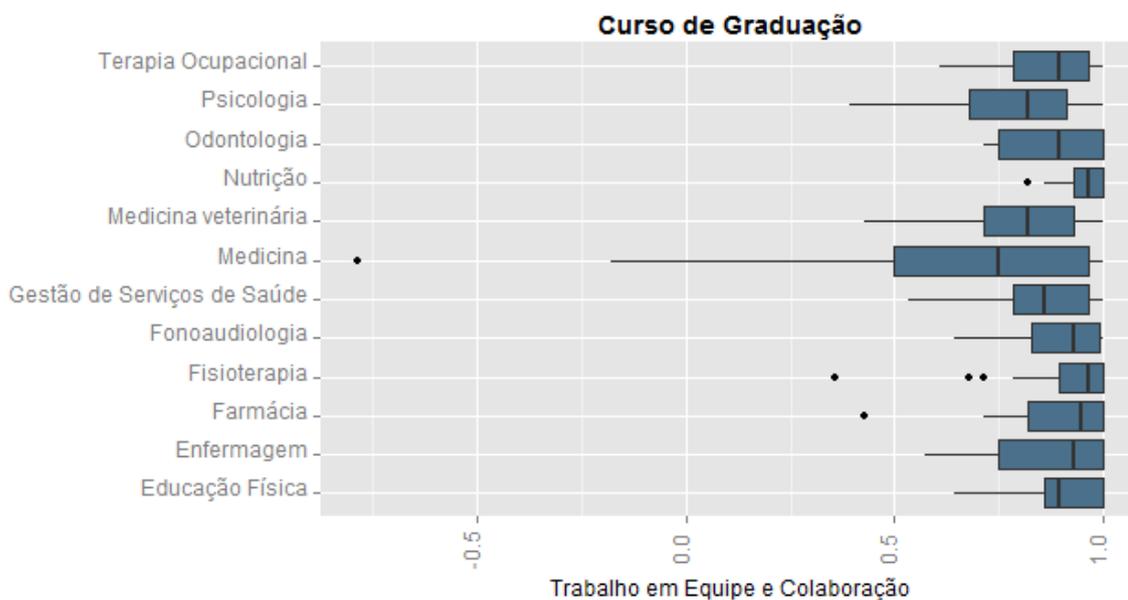


Gráfico 12 - Boxplot para o índice *Trabalho em equipe e colaboração* conforme o curso de graduação

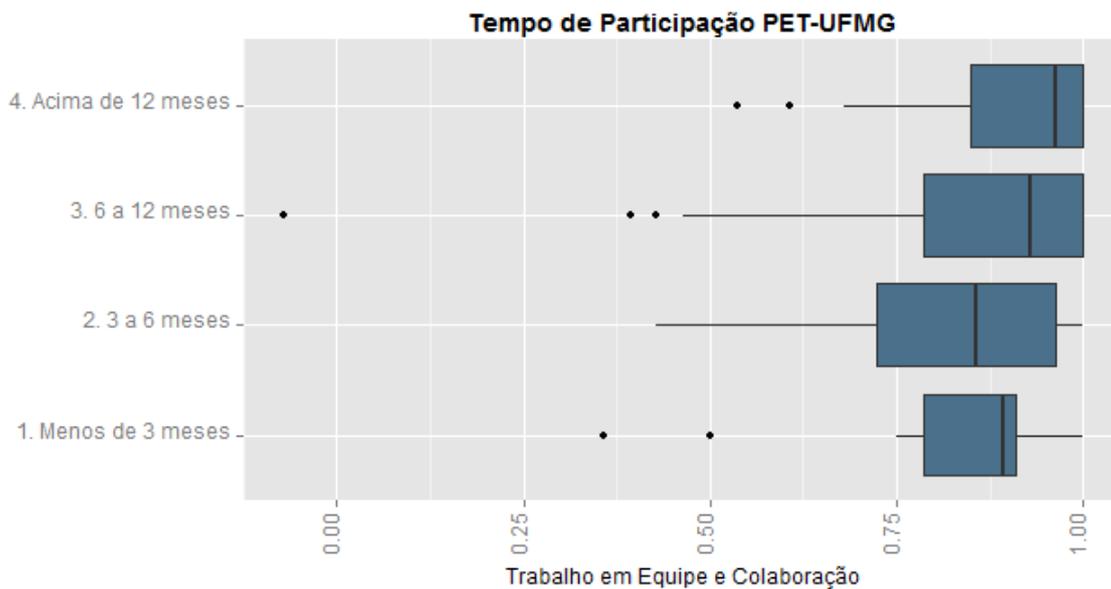


Gráfico 13 - Boxplot para o índice *Trabalho em equipe e colaboração* conforme o tempo de participação no PET-Saúde.

Segue na tabela 21 os p-valores das comparações múltiplas que foram significativas para o índice Trabalho em Equipe e Colaboração entre os cursos de graduação.

Tabela 21- Comparações múltiplas de Nemenyi para o índice Trabalho em Equipe e Colaboração entre os cursos de graduação.

Comparações Múltiplas	P-Valor
Medicina - Educação Física	< 0,001
Medicina – Enfermagem	0,001
Medicina – Farmácia	< 0,001
Medicina – Fisioterapia	< 0,001
Medicina – Fonoaudiologia	< 0,001
Medicina - Gestão de Serviços de Saúde	< 0,001
Medicina - Medicina veterinária	0,015
Medicina - Nutrição	< 0,001
Medicina – Odontologia	< 0,001
Medicina – Psicologia	0,012
Medicina - Terapia Ocupacional	0,002
Medicina veterinária – Nutrição	0,030
Psicologia – Nutrição	0,015

Na tabela 22 se observa o teste de correlação de Spearman entre o índice Trabalho em Equipe e Colaboração e a variável idade. Tem-se que não existe correlação significativa entre o índice e a idade dos respondentes.

Tabela 22- Teste de correlação de Spearman entre o índice do Trabalho em equipe e colaboração e a variável Idade.

Variável	Índice do Trabalho em Equipe e Colaboração	
	r	P-Valor
Idade	-0,012	0,8263

Na tabela 23 têm-se as medidas descritivas do índice Trabalho em Equipe e Colaboração para cada um dos grupos tutoriais do PET-Saúde. Dentre outros aspectos, pode-se destacar que:

- O grupos de trabalhos que obtiveram maior média do índice “trabalho em equipe e colaboração” foram Primeiro de Maio, Mariano de Abreu, Santos Anjos e Milionários, enquanto o grupo de trabalho com menor média foi do bairro Cafezal.

Tabela 23- Medidas Descritivas para o índice do *Trabalho em equipe e colaboração* conforme o local de participação no PET-Saúde.

Variáveis	N	Média	E.P	1º Q	2º Q	3º Q
Grupo Tutorial do Primeiro de Maio	9	0,952	0,024	0,964	0,964	1,000
Grupo Tutorial do Mariano de Abreu	16	0,951	0,018	0,929	0,964	1,000
Grupo Tutorial do Santos Anjos	8	0,933	0,020	0,893	0,929	0,982
Grupo Tutorial do Milionários	18	0,925	0,026	0,857	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Heliópolis	8	0,906	0,035	0,821	0,929	1,000
Grupo Tutorial do Nova York	12	0,878	0,035	0,821	0,911	0,964
Grupo Tutorial do Padre Fernando Melo	16	0,877	0,036	0,786	0,929	0,982
Grupo Tutorial do Cachoeirinha	12	0,875	0,034	0,786	0,911	0,982
Grupo Tutorial do Jardim Guanabara	8	0,875	0,046	0,786	0,911	0,982
Grupo Tutorial do Jardim Montanhês	13	0,871	0,048	0,821	0,964	1,000
Grupo Tutorial do Barreiro de Cima	10	0,857	0,054	0,786	0,893	0,964
Grupo Tutorial do Santa Mônica	26	0,852	0,033	0,750	0,911	1,000
Grupo Tutorial do Jardim Alvorada	11	0,834	0,062	0,732	0,964	1,000
Grupo Tutorial do São Bernardo	21	0,823	0,041	0,679	0,893	1,000
Grupo Tutorial do São Gabriel	13	0,799	0,051	0,714	0,857	0,893
Grupo Tutorial do São Marcos	10	0,789	0,051	0,679	0,786	0,929
Grupo Tutorial do Cafezal	13	0,788	0,081	0,786	0,893	0,964

5.2.3.2. Constructo: Identidade Profissional

Para verificar se o nível de concordância atribuído ao índice da Identidade Profissional variava conforme as variáveis “Sexo”, “Participação no PET-Saúde”, “Curso de Graduação” e “Tempo de Participação no PET-Saúde”, foi realizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A tabela 24 apresenta os resultados do teste. Observa-se que para a variável participação no PET-Saúde, constata -se diferença significativa do índice identidade profissional entre os respondentes que participaram e não do PET-Saúde, sendo que o grupo que participou do projeto apresentou menor mediana, -0,500 em relação aos respondentes que não participaram do projeto, mediana igual a -0,438. Ou seja, respondentes que participaram do PET-Saúde tenderam a discordar mais com os itens do constructo identidade profissional

Existem evidências de diferença significativa do índice “identidade profissional” entre pelo menos um dos cursos de graduação. Com o teste de comparações múltiplas pós Kruskal-Wallis, tem-se que os cursos de medicina e odontologia foram os que apresentaram menores valores medianos do índice, sendo que o curso de medicina de diferente dos demais e o curso de odontologia dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional. O sexo e o tempo de

participação no PET-Saúde são influenciadas significativamente o índice identidade profissional.

Tabela 24- Medidas Descritivas e testes estatísticos para o índice *Identidade Profissional*, conforme o sexo, participação no PET-Saúde, curso de graduação e tempo de participação

Variáveis	Fatores	N	Média	E.P	1° Q	2° Q	3° Q	P-Valor
Sexo	Feminino	237	-0,454	0,025	-0,750	-0,500	-0,250	0,309 ^a
	Masculino	56	-0,395	0,053	-0,750	-0,500	-0,062	
Você participou do PET-Saúde	Não	96	-0,358	0,042	-0,750	-0,438	0,000	0,013 ^a
	Sim	197	-0,484	0,027	-0,750	-0,500	-0,250	
Curso de Graduação	Educação Física	14	-0,455	0,072	-0,750	-0,500	-0,250	< 0,001 ^b
	Enfermagem	29	-0,556	0,061	-0,750	-0,625	-0,375	
	Farmácia	22	-0,438	0,094	-0,875	-0,438	-0,125	
	Fisioterapia	33	-0,686	0,047	-0,875	-0,750	-0,500	
	Fonoaudiologia	18	-0,417	0,095	-0,625	-0,562	-0,250	
	Gestão de Serviços de Saúde	9	-0,389	0,111	-0,500	-0,375	-0,250	
	Medicina	78	-0,252	0,050	-0,625	-0,250	-0,125	
	Medicina veterinária	19	-0,421	0,083	-0,688	-0,500	-0,125	
	Nutrição	23	-0,473	0,059	-0,625	-0,500	-0,312	
	Odontologia	9	-0,153	0,126	-0,500	-0,125	-0,250	
	Psicologia	16	-0,562	0,092	-0,875	-0,688	-0,188	
	Terapia Ocupacional	23	-0,652	0,053	-0,875	-0,750	-0,500	
Tempo de participação no PET-Saúde	Menos de 3 meses	11	-0,466	0,089	-0,688	-0,500	-0,250	0,100 ^b
	3 a 6 meses	22	-0,307	0,097	-0,625	-0,312	-0,125	
	6 a 12 meses	108	-0,484	0,035	-0,750	-0,625	-0,250	
	Acima de 12 meses	56	-0,556	0,049	-0,875	-0,625	-0,375	

^a teste de Mann-Whitney; ^b teste de Kruskal-Wallis

Segue na tabela 25 os p-valores das comparações múltiplas que foram significativas para o índice “identidade profissional” entre os cursos de graduação.

Tabela 25 -Comparações múltiplas de Nemenyi para o índice *Identidade Profissional* entre os cursos graduação.

Comparações Múltiplas	P-Valor
Medicina - Medicina veterinária	0,020
Medicina - Educação Física	0,007
Medicina – Enfermagem	0,001
Medicina – Farmácia	0,013
Medicina – Fisioterapia	0,000
Medicina – Fonoaudiologia	0,014
Medicina - Gestão de Serviços de Saúde	0,007
Medicina – Nutrição	0,017
Medicina – Odontologia	0,042
Medicina – Psicologia	0,001
Medicina - Terapia Ocupacional	< 0,001
Fisioterapia - Educação Física	0,037
Fisioterapia - Gestão de Serviços de Saúde	0,008
Fisioterapia – Odontologia	< 0,001
Fisioterapia - Medicina veterinária	0,046
Terapia Ocupacional – Odontologia	0,031

Nos gráficos abaixo, pode-se visualizar as informações apresentadas nas tabelas acima.

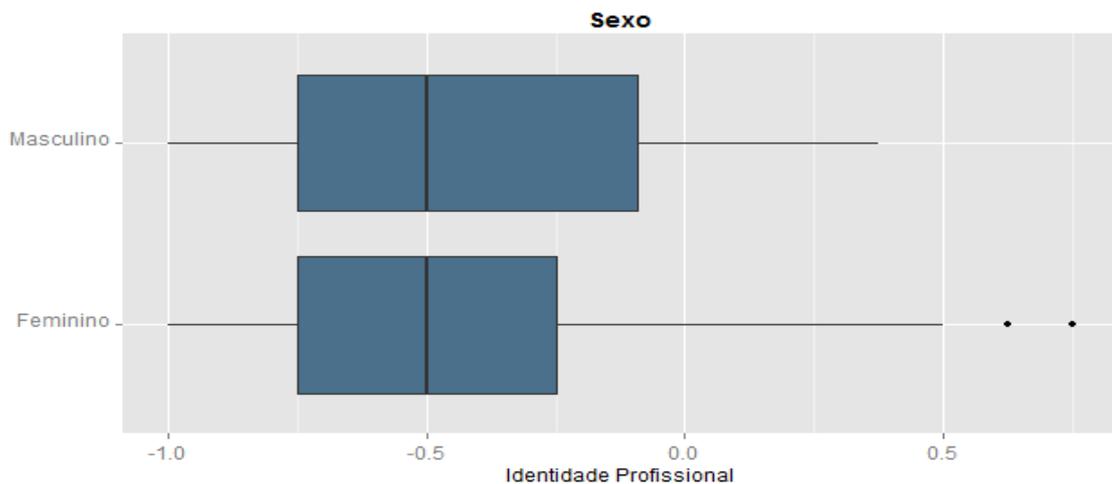


Gráfico 14 Boxplot para o índice *Identidade Profissional* conforme o sexo

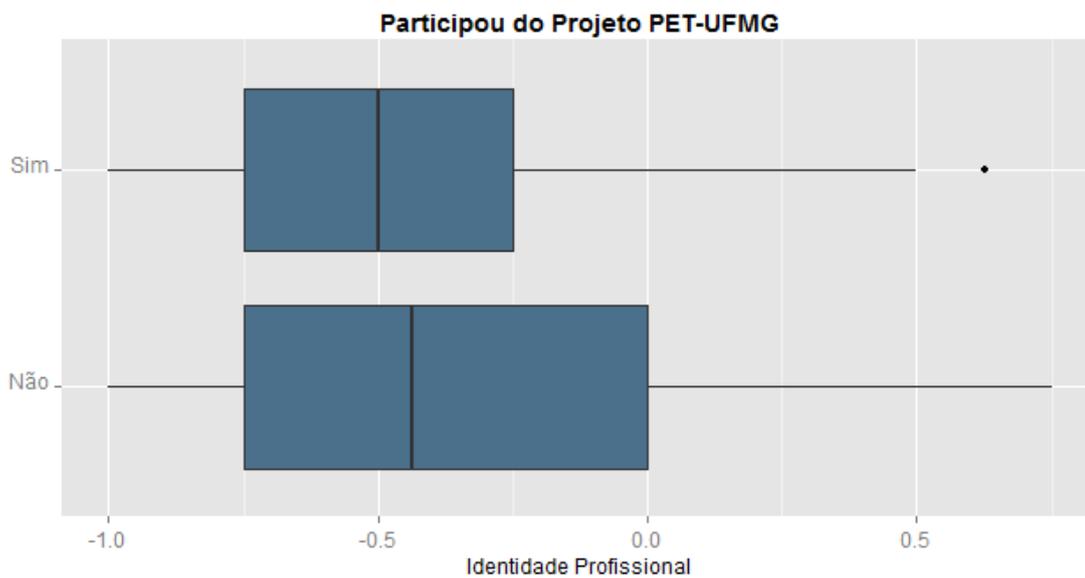


Gráfico 15- Boxplot para o índice *Identidade Profissional* conforme participação no PET-Saúde

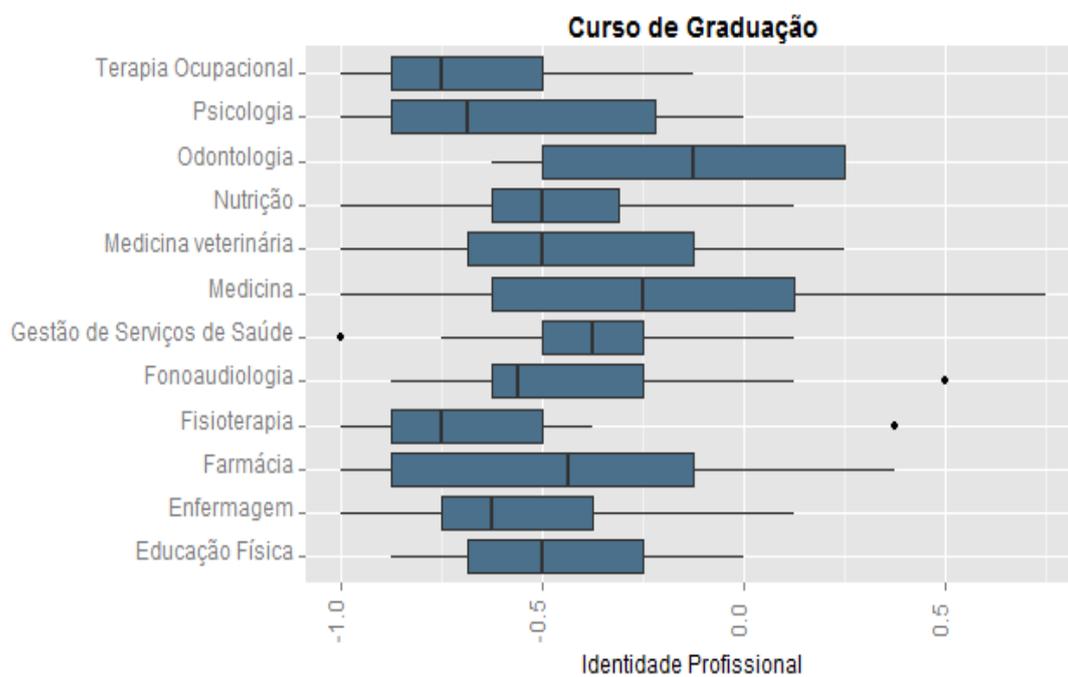


Gráfico 16- Boxplot para o índice *Identidade Profissional* conforme o curso de Graduação

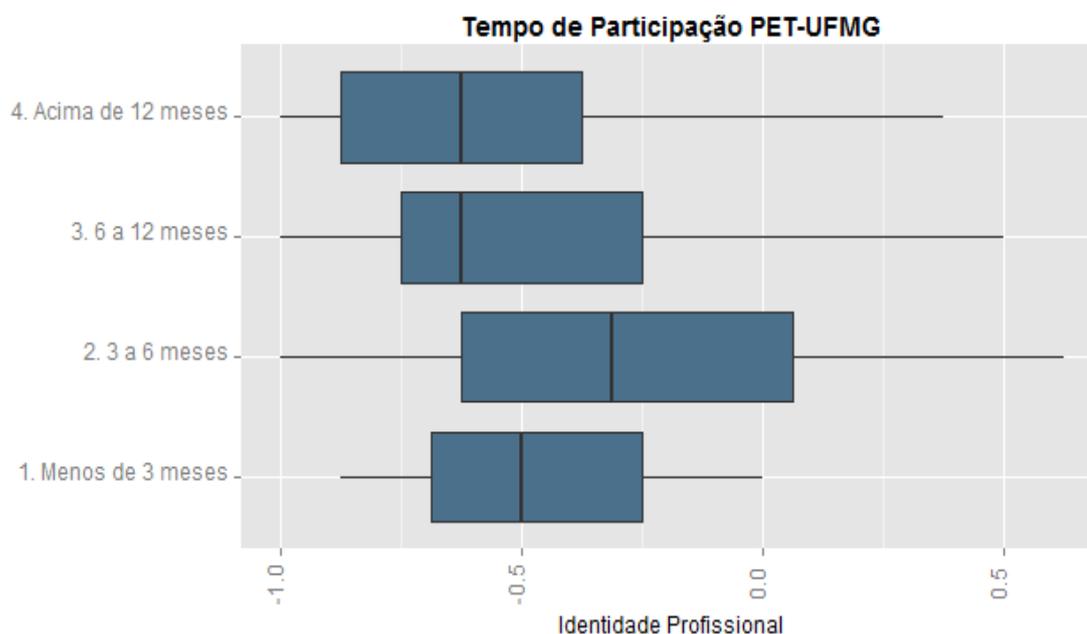


Gráfico 17- Boxplot para o índice *Identidade Profissional* conforme o tempo de participação

Com o teste de correlação de Spearman entre o índice *Identidade Profissional* e a variável idade, se tem que não existe correlação significativa entre o índice e a idade dos respondentes.

Tabela 26. Teste de correlação de Spearman entre o Índice da *Identidade Profissional* e a variável Idade.

Variável	Índice da Identidade Profissional	
	r	P-Valor
Idade	-0,003	0,9535

Na tabela 27, pode-se verificar as medidas descritivas de cada um dos grupos tutoriais do trabalho do PET-Saúde. Dentre outros aspectos, pode-se destacar que o grupo de trabalho que obteve maior média do indicador identidade profissional foi o do bairro Heliópolis, com média -0,250 enquanto os grupos de trabalho com menor média foram Cachoeirinha, Santos Anjos, Mariano de Abreu e Padre Fernando de Melo.

Tabela 27. Medidas Descritivas para o Indicador: *Identidade Profissional* conforme o local de participação no PET-Saúde

Variáveis	N	Média	E.P	1° Q	2° Q	3° Q
Grupo Tutorial do Heliópolis	8	-0,250	0,174	-0,625	-0,250	0,188
Grupo Tutorial do São Bernardo	21	-0,298	0,089	-0,625	-0,250	-0,125
Grupo Tutorial do Cafezal	13	-0,423	0,124	-0,750	-0,500	-0,250
Grupo Tutorial do São Gabriel	13	-0,462	0,127	-0,750	-0,625	-0,375
Grupo Tutorial do Jardim Alvorada	11	-0,466	0,138	-0,750	-0,625	-0,250
Grupo Tutorial do Santa Mônica	26	-0,476	0,077	-0,750	-0,562	-0,125
Grupo Tutorial do Nova York	12	-0,479	0,078	-0,625	-0,562	-0,312
Grupo Tutorial do Primeiro de Maio	9	-0,500	0,093	-0,625	-0,500	-0,500
Grupo Tutorial do São Marcos	10	-0,500	0,118	-0,750	-0,562	-0,250
Grupo Tutorial do Milionários	18	-0,507	0,073	-0,750	-0,500	-0,375
Grupo Tutorial do Jardim Montanhês	13	-0,510	0,092	-0,750	-0,500	-0,250
Grupo Tutorial do Barreiro de Cima	10	-0,538	0,122	-0,875	-0,562	-0,375
Grupo Tutorial do Jardim Guanabara	8	-0,562	0,136	-0,812	-0,625	-0,438
Grupo Tutorial do Padre Fernando Melo	16	-0,570	0,106	-0,938	-0,688	-0,250
Grupo Tutorial do Mariano de Abreu	16	-0,594	0,065	-0,812	-0,688	-0,375
Grupo Tutorial do Santos Anjos	8	-0,594	0,127	-0,875	-0,625	-0,438
Grupo Tutorial do Cachoeirinha	12	-0,635	0,101	-0,875	-0,812	-0,438

5.2.3.3. Constructo: Atenção Centrada no Paciente

Para verificar se o nível de concordância atribuído índice atenção centrada no paciente varia significativamente conforme as variáveis “Sexo”, “Participação no PET-Saúde”, “Curso de Graduação” e “Tempo de Participação no PET-Saúde”, foi realizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Dessa forma, na tabela 28 pode-se verificar que existem evidências de diferença significativa do índice da atenção centrada no paciente entre os sexos, sendo que o sexo feminino apresentou maior mediana, 1,000 em relação ao sexo masculino, 0,938. Ou seja, respondentes do sexo feminino tenderam a concordar mais com os itens do constructo atenção centrada no paciente.

**Tabela 28-Medidas Descritivas e testes estatísticos para o índice
Atenção centrada no paciente, conforme o sexo, participação no PET-Saúde, curso de
graduação e tempo de participação no PET-Saúde**

Variáveis	Fatores	N	Média	E.P	1° Q	2° Q	3° Q	P-Valor
Sexo	Feminino	237	0,909	0,014	0,875	1,000	1,000	0,005 ^a
	Masculino	56	0,833	0,034	0,750	0,938	1,000	
Você participou do PET-Saúde	Não	96	0,852	0,025	0,750	1,000	1,000	0,023 ^a
	Sim	197	0,916	0,015	0,875	1,000	1,000	
Curso de Graduação	Educação Física	14	0,866	0,048	0,750	0,938	1,000	< 0,001 ^b
	Enfermagem	29	0,888	0,062	0,875	1,000	1,000	
	Farmácia	22	0,869	0,046	0,875	1,000	1,000	
	Fisioterapia	33	0,936	0,034	1,000	1,000	1,000	
	Fonoaudiologia	18	0,958	0,018	0,875	1,000	1,000	
	Gestão de Serviços de Saúde	9	0,611	0,113	0,375	0,750	0,750	
	Medicina	78	0,923	0,017	0,875	1,000	1,000	
	Medicina veterinária	19	0,822	0,034	0,750	0,875	0,938	
	Nutrição	23	0,951	0,017	0,875	1,000	1,000	
	Odontologia	9	0,847	0,110	0,875	1,000	1,000	
	Psicologia	16	0,961	0,025	1,000	1,000	1,000	
	Terapia Ocupacional	23	0,826	0,088	0,875	1,000	1,000	
Tempo de participação no PET-Saúde	Menos de 3 meses	11	0,932	0,031	0,875	1,000	1,000	0,993 ^b
	3 a 6 meses	22	0,926	0,027	0,875	1,000	1,000	
	6 a 12 meses	108	0,898	0,027	0,875	1,000	1,000	
	Acima de 12 meses	56	0,942	0,014	0,875	1,000	1,000	

^a teste de Mann-Whitney; ^b teste de Kruskal-Wallis

Para verificar se o nível de concordância atribuído índice atenção centrada no paciente apresentava variações conforme as variáveis “Sexo”, “Participação no PET-Saúde”, “Curso de Graduação” e “Tempo de Participação no PET-Saúde”, foi realizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A tabela 28 apresenta que existem evidências de diferença significativa do índice da atenção centrada no paciente entre os sexos, sendo que o sexo feminino apresentou maior mediana, 1,000 em relação ao sexo masculino, 0,938. Ou seja, respondentes do sexo feminino tenderam a concordar mais com os itens do constructo atenção centrada no paciente.

Para a variável participação no PET-Saúde, observou-se diferença significativa do índice atenção centrada no paciente entre os respondentes que participaram ou não do PET-

Saúde, sendo que o grupo que participou do projeto apresentou maiores valores em relação aos respondentes que não participaram do projeto. Apesar da igualdade das medianas entre os dois grupos, pela da média e do 1º Quartil nota-se que o grupo que participou do PET-Saúde tendeu a concordar mais com os itens do constructo atenção centrada no paciente.

Observou-se diferença significativa do índice atenção centrada no paciente entre pelo menos um dos cursos de graduação. Com o teste de comparações múltiplas verifica-se que os cursos de gestão de serviços da saúde e medicina veterinária apresentaram o índice “atenção centrada ao paciente” estatisticamente menor que dos cursos psicologia e veterinária, ou seja, estudantes dos cursos de gestão de serviços da saúde e medicina veterinária tendem a concordar menos com os itens do constructo atenção centrada no paciente que os demais cursos. Dentre os que participaram do PET-Saúde observou-se que o tempo de permanência não influencia o valor do índice “Atenção centrada no paciente”.

Segue na tabela 29 os p-valores das comparações múltiplas que foram significativas para o índice “atenção centrada no paciente” entre os cursos de graduação.

Tabela 29- Comparações múltiplas de Nemenyi para o índice *atenção centrada no paciente* entre os cursos graduação.

Comparações Múltiplas	P-Valor
Gestão de Serviços de Saúde – Fisioterapia	0,021
Gestão de Serviços de Saúde – Psicologia	0,037
Medicina veterinária – Fonoaudiologia	0,050
Medicina veterinária – Fisioterapia	0,009
Medicina veterinária – Psicologia	0,016

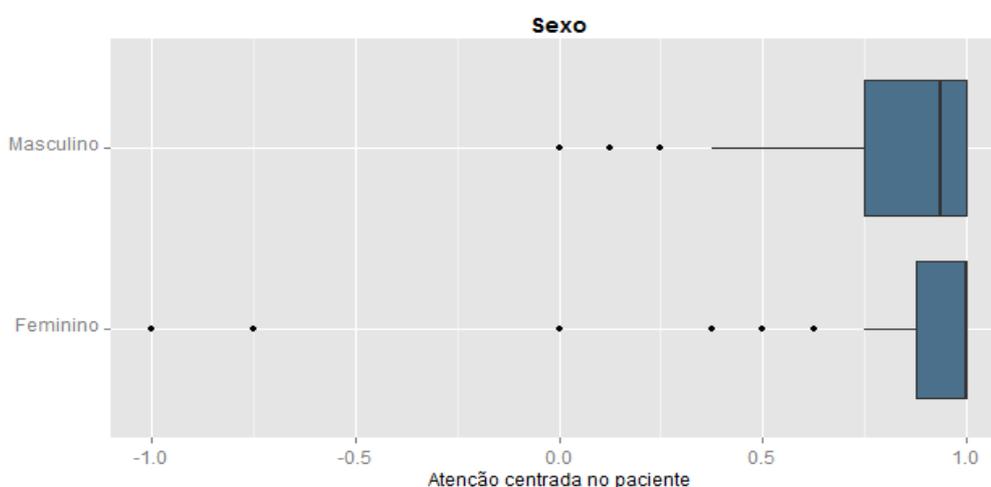


Gráfico 18-Boxplot para o índice *Atenção Centrada no Paciente* conforme o sexo

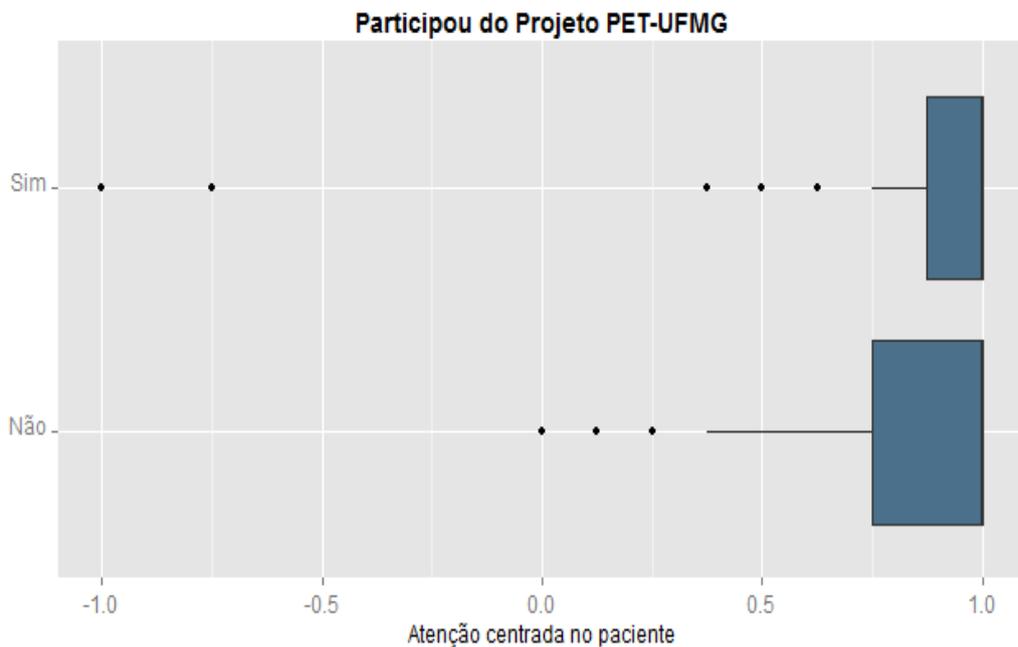


Gráfico 19-Boxplot para o índice *Atenção Centrada no Paciente* conforme participação no PET-Saúde.

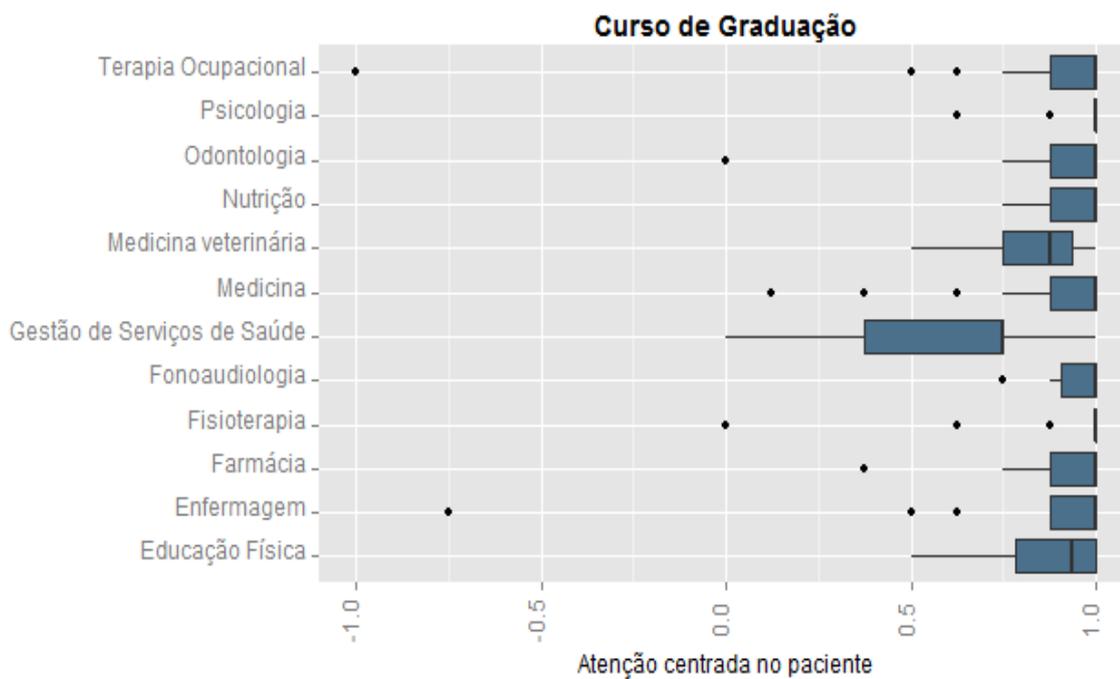


Gráfico 20-Boxplot para o índice *Atenção Centrada no Paciente* conforme o curso de Graduação

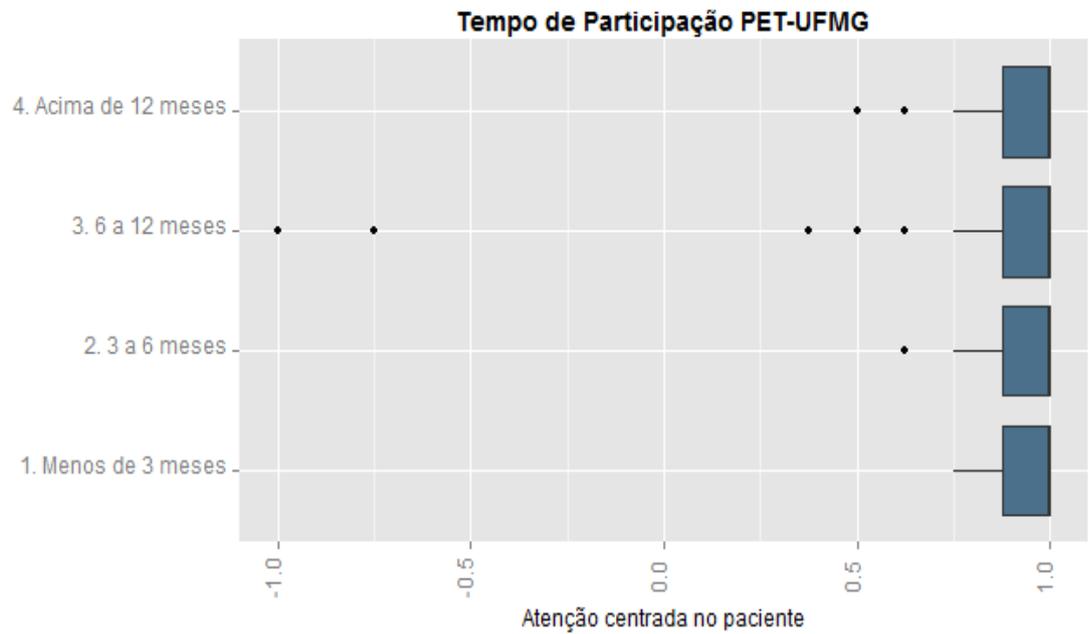


Gráfico 21- -Boxplot para o índice *Atenção Centrada no Paciente* conforme o tempo de participação no PET-Saúde

Com o teste de correlação de Spearman entre o índice atenção centrada ao paciente e a variável idade, observa-se que não existem evidências de correlação significativa entre o índice e a idade dos respondentes.

Tabela 30- Teste de correlação de Spearman entre o índice *Atenção centrada no paciente* e a variável *Idade*

Variável	Índice Atenção centrada no paciente	
	R	P-Valor
Idade	0,05	0,3535

Na tabela 31 são apresentadas as medidas descritivas de cada um dos grupos tutoriais do PET-Saúde. Dentre outros aspectos, pode-se destacar que o grupo de trabalho que obteve maior média do indicador Atenção centrada no paciente foi o do bairro Primeiro de Maio, com média 0,986 enquanto o grupo de trabalho com menor média foi do bairro Jardim Alvorada, com média 0,795.

Tabela 31- Medidas Descritivas para o Indicador *Atenção centrada no paciente* conforme o local de participação no PET-Saúde

Variáveis	N	Médi	E.P	1° Q	2° Q	3° Q
Grupo Tutorial do Primeiro de Maio	9	0,986	0,014	1,000	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Heliópolis	8	0,984	0,016	1,000	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Milionários	18	0,972	0,016	1,000	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Mariano de Abreu	16	0,969	0,014	0,938	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Santa Mônica	26	0,957	0,015	0,875	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Jardim Guanabara	8	0,953	0,047	1,000	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Santos Anjos	8	0,953	0,033	0,938	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Cafezal	13	0,942	0,034	1,000	1,000	1,000
Grupo Tutorial do São Marcos	10	0,938	0,038	0,875	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Padre Fernando Melo	16	0,914	0,041	0,875	1,000	1,000
Grupo Tutorial do São Gabriel	13	0,913	0,026	0,875	0,875	1,000
Grupo Tutorial do Barreiro de Cima	10	0,900	0,067	1,000	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Nova York	12	0,896	0,037	0,812	0,938	1,000
Grupo Tutorial do São Bernardo	21	0,893	0,026	0,875	0,875	1,000
Grupo Tutorial do Jardim Montanhês	13	0,885	0,046	0,875	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Cachoeirinha	12	0,823	0,144	0,875	1,000	1,000
Grupo Tutorial do Jardim Alvorada	11	0,795	0,181	1,000	1,000	1,000

5.3. INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir da identificação dos grupos tutoriais que apresentaram maior média em cada constructo, foi feita uma integração destes dados com as entrevistas e com informações registradas no Relatório Técnico Final de Atividades do PET-SAÚDE⁽¹⁰⁴⁾. Segundo este relatório

O projeto PET-Saúde da UFMG foi organizado, desde seu início em 2009, em grupos tutoriais de composição mista, de modo que o maior número possível de cursos estivesse envolvido com o trabalho em uma mesma Unidade Básica de Saúde. Esta talvez tenha sido a maior riqueza e a maior herança deixada pelo PET-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde na UFMG: demonstrou a viabilidade e o potencial do trabalho interprofissional e interdisciplinar. Foram inúmeras as experiências criadas a partir deste contato entre atores de profissões tão variadas. [p.14]

Os grupos eram interprofissionais, compostos por estudantes de diferentes cursos da área de saúde e preceptores de diferentes profissões, que buscavam a constante troca de conhecimento e forneciam apoio aos demais colegas a partir das especificidades de cada saber, desde a concepção das atividades até a sua execução e avaliação..

Estes grupos tutoriais se organizaram responsabilizando cada preceptor por uma dupla de estudantes. Assim, cada preceptor acompanhou o desenvolvimento de dois estudantes com mais cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento e feedback semanal e pela avaliação do portfólio. Ademais, houve intercâmbio das diferentes áreas da saúde na definição dos subgrupos tutoriais, com o desenvolvimento integrado de capacitações teóricas sobre diversos temas relacionados à saúde. Foi possível notar que as atividades desenvolvidas com profissionais da UBS e usuários - como oficinas, salas de espera, bem como o acompanhamento pelos estudantes das atividades dos diferentes profissionais - revelaram para os integrantes do PET-Saúde a importância de distintas profissões e saberes para a efetivação das práticas voltadas aos modos saudáveis de vida e integralização do cuidado ao usuário. Segundo os docentes, os preceptores e agentes comunitários de saúde foram estratégicos na condução de atividades de educação em saúde e educação popular.

A maioria dos estudantes participou de todas as fases, porém alguns estudantes entraram para o projeto já em fase mais avançada da pesquisa, e portanto, não vivenciaram todas as etapas. Os estudantes primeiramente passaram por todos os setores da UBS para reconhecimento do funcionamento local. Os estudantes participaram do planejamento metodológico das intervenções, coleta de dados e discussão dos resultados. A partir dos resultados elaboraram propostas de intervenção e redação dos artigos. Propuseram e desenvolveram outros projetos de pesquisa a partir da demanda da UBS e apresentaram trabalhos em eventos científicos.

Com relação à assistência, os estudantes participaram das atividades de promoção da saúde, de grupos de prevenção de agravos, acompanhamento de atendimentos, visitas domiciliares e acompanharam as ações da gestão dos serviços (participaram de reuniões de equipe entre os profissionais do NASF e as Equipes de Saúde da Família, participaram das reuniões comissão local de saúde e do colegiado gestor do centro de saúde). Todos os grupos relataram a importante contribuição dos agentes comunitários de saúde que foram responsáveis pela acolhida destes estudantes na unidade do serviço e na comunidade local.

Todas as atividades desenvolvidas foram compartilhadas com todos profissionais do serviço. Muitas das atividades desenvolvidas foram incorporadas ao serviço permanentemente e outras modificaram o processo de trabalho na unidade (modificação de registro e procedimentos da sala de vacina; identificação do perfil dos usuários da área de abrangência, acompanhamento dos diabéticos insulino-dependentes, grupos de educação em saúde).

Todos os envolvidos na pesquisa (tutores, acadêmicos e profissionais) participaram de reuniões de capacitação para a coleta de dados. Quanto às atividades desenvolvidas, todas foram pensadas, elaboradas e/ou avaliadas por todo o grupo tutorial (tutor, preceptores e alunos). nas rodas de conversa quinzenais. Além disso, a maioria dos preceptores participou do curso de capacitação de preceptores, oferecido pelo PET-Saúde.

O portfólio foi a estratégia de avaliação individual e acompanhamento de cada estudante, sendo avaliado pelo seu preceptor de referência. Os preceptores também construíram seus portfólios, registrando a experiência de preceptoria como oportunidade de aprendizado e desenvolvimento profissional. O docente tutor acompanhou o desenvolvimento de cada preceptor do seu grupo tutorial, acompanhando o registro de seu portfólio e promovendo temas de capacitação.

A cada 6 meses o grupo foi avaliado por questionários e se reunia para definição de novas estratégias para superar as dificuldades e desafios identificados.

Os Gráficos 22, 23 e 24 representam os resultados, com seus respectivos intervalos de confiança, para os índices Trabalho em equipe e Colaboração, Identidade Profissional e Atenção Centrada no Paciente identificando os grupos tutoriais que apresentaram maior média. De maneira interessante o GT Primeiro de Maio, o GT Heliópolis, o GT Mariano de Abreu e o GT Milionários são os que apresentaram os maiores índices nos três constructos.

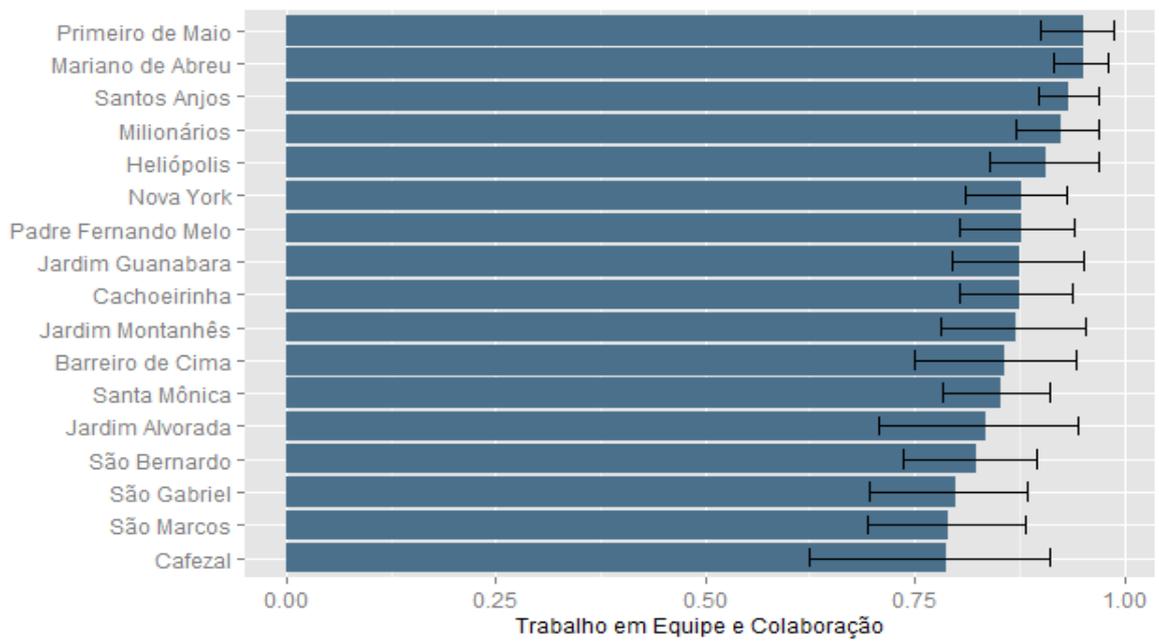


Gráfico 22- Gráfico de Barras com erro representando à média e os intervalos de 95% de confiança o índice *Trabalho em equipe e Colaboração* conforme o local de participação no PET-Saúde.

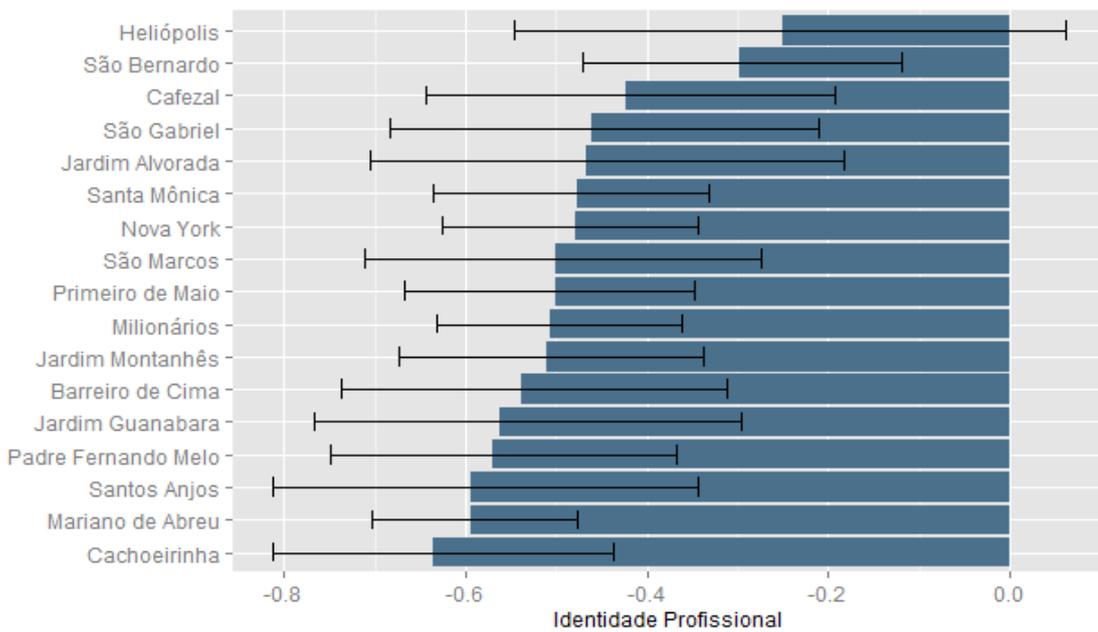


Gráfico 23- Gráfico de Barras com erro representando à média e os intervalos de 95% de confiança o índice *Identidade Profissional* conforme o local de participação no PET-Saúde

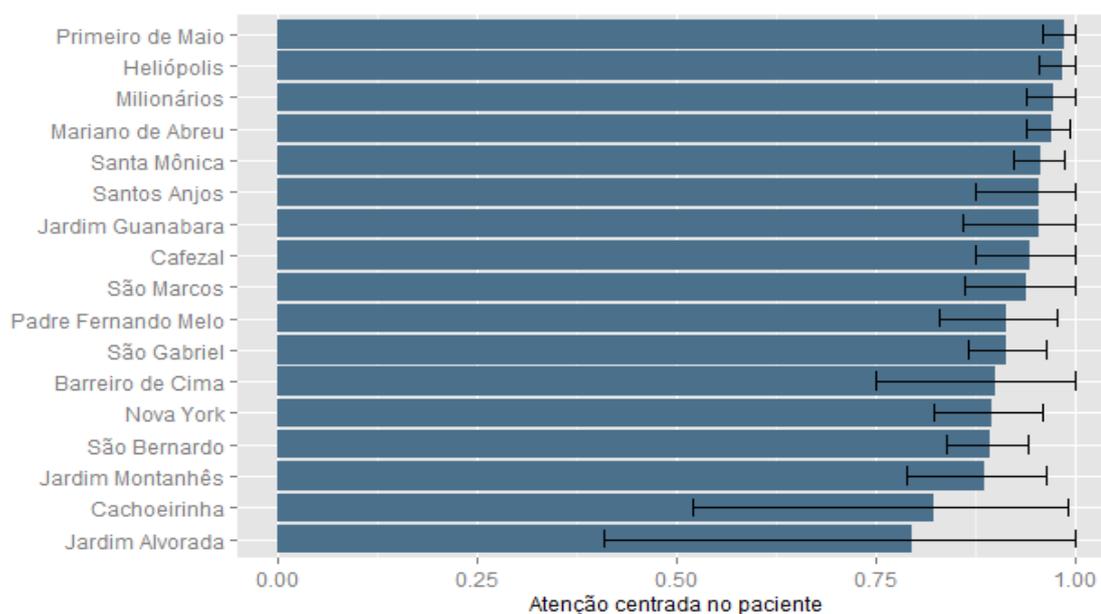


Gráfico 24- Gráfico de Barras com erro representando a média e os intervalos de 95% de confiança o índice Atenção centrada no paciente conforme o local de participação no PET-Saúde.

Nas entrevistas estes docentes relatam experiência na atenção primária e na condução de atividades coletivas de educação em saúde e citam a metodologia de Paulo Freire como referencial teórico para suas ações e práticas pedagógicas. As metodologias utilizadas foram: método da roda e exposição dialogada. O cuidado aos usuários foi potencializado por meio da corresponsabilização entre os serviços. O que engloba o maior conhecimento entre os envolvidos no trabalho em saúde.

Uma análise descritiva do PET-Saúde a partir do modelo de avaliação de programa educacional 3Ps^(84,85) (*Presage-Process-Product*) está sintetizada no Quadro 5.

O estudo identificou resultados em 3 níveis:

Nível 1. Atitude positiva dos participantes

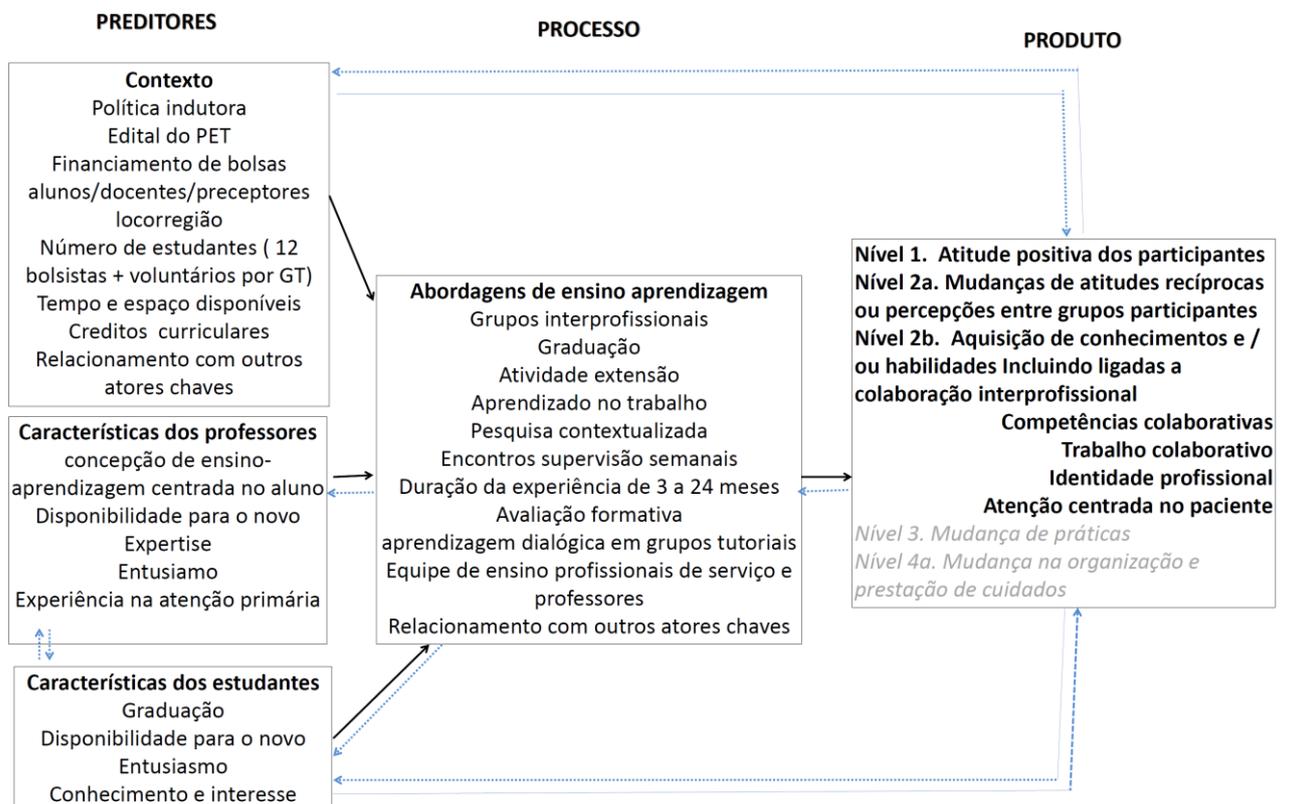
Nível 2a. Mudanças de atitudes recíprocas ou percepções entre grupos participantes

Nível 2b. Aquisição de conhecimentos e / ou habilidades Incluindo ligadas a colaboração interprofissional.

Competências colaborativas

- Trabalho colaborativo
- Identidade profissional
- Atenção centrada no paciente

A narrativa dos docentes e os dados dos relatórios do PET-Saúde registram também uma mudança no nível 3, na prática de docentes e profissionais de serviço, assim como no nível 4 mudanças na organização e no processo de trabalho dos centros de saúde participantes.



**Quadro 5– Uma análise descritiva do PET-Saúde a partir do modelo 3Ps
(Presage-Process-Product)**

6. DISCUSSÃO

Este estudo alcançou os objetivos propostos e possibilitou a reflexão sobre a educação interprofissional no contexto do PET-Saúde da UFMG. A percepção dos docentes tutores sobre a experiência de tutoria de grupos interprofissionais inseridos no serviço apresenta importantes elementos do processo de formação e educação permanente. O aprendizado pelo trabalho integrado ao serviço e o uso de práticas pedagógicas dialógicas foram potentes para sensibilizar os estudantes envolvidos para o trabalho em equipe, identidade profissional e atenção centrada no paciente, elementos importantes para a superação das limitações dos profissionais para o trabalho colaborativo além de ser um espaço de educação permanente para docentes e profissionais.

A literatura^(9,29,31,34,71,76,85) aponta que há uma série de fatores que podem agir como barreiras ou ativadores de sucesso na educação interprofissional. Estes fatores podem ser subdivididos em questões relacionadas diretamente ao aluno, ao ambiente de ensino e ao ambiente institucional. São decorrentes de concepções de mundo que se encontram em disputa: no nível micro (processos de socialização), nível meso (desafios administrativos para alunos e professores que afetam o ambiente de ensino) e nível macro (apoio político do governo, suporte de políticas indutoras e propostas de sustentabilidade). A disponibilidade parece ser a mais difícil de se alterar. É por isso que os fins e objetivos da educação interprofissional são geralmente aceitos como primeiramente, a limitar ou reduzir os preconceitos que possam existir entre os profissionais e o segundo, para reduzir a ignorância dos papéis e funções dos outros profissionais, aumentando assim o conhecimento e compreensão e terceiro, para melhorar o trabalho em equipe e as competências colaborativas.

O estudo identificou que o PET-Saúde da UFMG possibilitou o enfrentamento de alguns deste fatores considerados desafios, assim como revelou elementos ativadores de sucesso. A proposta de grupos tutoriais interprofissionais integrados aos profissionais de diferentes profissões inseridos no serviço, tendo a pesquisa como eixo condutor das ações e uma aprendizagem dialógica facilitou o processo de socialização e a prontidão para o trabalho em equipe, a identidade profissional e a atenção centrada no paciente. Questões administrativas, como o desafio da compatibilidade de horário dos alunos e dos profissionais

de serviço foi enfrentada com muito diálogo e negociação entre os integrantes dos grupos mas ainda é um desafio para a implementação da educação interprofissional.

Em que pesem alguns fatores que dificultaram o desenvolvimento do PET-Saúde, por exemplo, precariedade do espaço físico nas unidades de saúde, falta de equipamentos para acessar as informações e o excesso de trabalho dos profissionais preceptores no atendimento das demandas de saúde, foi grande a motivação dos preceptores, gerentes e profissionais envolvidos com o projeto.

Outro fator de sucesso foi o fato do projeto PET-Saúde da UFMG ter sido elaborado por um grupo de docentes e profissionais experientes, que já tinham participado de outras políticas de reorientação da formação dos profissionais da saúde.

A percepção dos tutores/docentes (atitude e disponibilidade)

Os docentes foram favoráveis ao processo de ensino-aprendizagem em grupos interprofissionais no serviço na atenção básica, mesmo considerando a experiência desafiadora, trabalhosa e difícil. Relataram que ela foi uma oportunidade de aprendizado e aproximação entre os docentes dos cursos, profissionais do serviço e estudantes o que gerou satisfação, sentimento de realização, reflexão sobre sua prática docentes, crescimento pessoal e profissional.

Este processo de interação, promoveu uma transformação, tanto no docentes como nos alunos, que foram estimulados a participarem ativamente no processo de construção de conhecimento.

Ao abordar esta questão, Antonio Nóvoa⁽¹¹⁶⁾ ressalta que o professor, ao deslocar a atenção exclusiva dos saberes que ensina para as pessoas a quem esses saberes vão ser ensinados, sente a necessidade imperiosa de refazer uma reflexão sobre o sentido do seu trabalho. Para o autor, seria necessário que essa reflexão tivesse, simultaneamente, uma dimensão individual (autorreflexão) e uma dimensão coletiva (reflexão compartilhada).

Estes resultados positivos frente a EIP são consistentes com outros estudos que exploram a temática interprofissionalidade⁽¹¹⁷⁻¹²⁰⁾.

Por outro lado a insegurança frente ao novo e ao desconhecido, e a visão corporativa do trabalho no campo da saúde provocou desconforto. A perspectiva de um trabalho coletivo e interdisciplinar, presente nos primeiros editais do PET-Saúde era nova para a maioria dos docentes, e remetem a falta de clareza sobre a compreensão dos construtos, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade. Assim o desenvolvimento docente para a educação interprofissional se revela importante e necessário, com a compreensão da sua proposta educacional: como se organiza, os pressupostos teóricos e metodológicos, os objetivos e resultados esperados.

A falta de uma direção clara e objetiva nos primeiros editais do PET-Saúde (2008 e 2009) e dúvidas sobre a efetividade do projeto, da sua capacidade de promover os resultados pretendidos foram, na percepção dos participantes o estudo, pontos críticos no processo e no projeto.

O início do projeto foi muito trabalhoso e difícil, principalmente para conciliar as inúmeras atividades do projeto com outras demandas acadêmicas, sendo um desafio também observado na literatura para a captação de docentes para educação interprofissional⁽¹¹⁹⁻¹²¹⁾, o que nos faz refletir sobre a lógica do ensino universitário brasileiro, em suas estruturas e processos, e o mérito acadêmico.

No que se refere ao apoio institucional para estimular a educação interprofissional, as atuais políticas de reorientação têm caminhado neste sentido, ampliando oportunidades para todas as profissões, na graduação e na pós-graduação. Embora todas as categorias profissionais tenham chances de participar das atuais políticas, e o foco estar nas alterações curriculares e nas práticas pedagógicas de cada curso, pouco se avançou. A estrutura física das universidades legitima a separação entre as diferentes áreas da saúde, assim como, a estrutura burocrática que dificulta uma agenda conjunta de atividades e disciplinas compartilhadas. Estes ainda se mostram como o grande obstáculo a ser enfrentado na implementação da educação interprofissional.

A necessidade de uma boa liderança, tanto no projeto quanto nos grupos, foi identificada como essencial para a condução da proposta. Este compromisso precisa ser sob a forma de modelos para a mudança, autoridade para desafiar a resistência, estratégias de acompanhamento e avaliação permanentes, assim como a manutenção da motivação e coesão

do grupo, e alguns estudos^(117,120-122) apontam que se faz necessário a presença de docentes experientes nesta condução, com habilidades sociais e gerenciais.

Para Pereira⁽¹²³⁾ o preparo do docente tem núcleo central na postura ética e de respeito ao estudante e ao processo educativo, pois aspectos que precisam ser cuidados não são só os aspectos intelectuais, mas os emocionais, os éticos, os políticos e os culturais.

A gestão compartilhada do projeto foi um aspecto, na percepção dos docentes tutores, que possibilitou a capacitação e integração de docentes tutores, preceptores e estudantes que atuaram no projeto, desde a concepção até a análise dos resultados. Este modelo horizontal de gestão aproximou os membros do grupo e favoreceu a reflexão durante todo o processo.

Alguns autores^(23,47,56,60) salientam a importância da igualdade de status dos membros dos grupos, sustentando que é a percepção de igualdade (de poder, de prestígio, de recursos) entre grupos pode facilitar a atração entre os seus membros e reduzir os preconceitos mútuos negativos. Outro aspecto observado nos estudos, refere-se aos efeitos do contato entre grupos quando o status destes é assimétrico no contexto social envolvente, mas, idêntico na situação do contato. A percepção de semelhança entre os indivíduos num domínio socialmente valorizado (exemplo: idêntico nível de estudos) sobrepor-se-ia à percepção de dissemelhança entre eles por causa da sua pertença a um grupo socialmente desfavorecido, facilitando o aumento da atração e a redução das atitudes preconceituosas, reduzindo o grau de conflito ou de tensão entre dois grupos.

Adaptação e validação da escala para avaliar a disponibilidade para EIP

Quanto a adaptação e validação de instrumentos da EIP, os nossos resultados acompanham os de outros estudos de validação do RIPLS⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾. Na validação da 'Escala de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional' para o contexto do PET-Saúde da UFMG houve uma redução no número de itens, de 3 constructos e 26 itens, para 3 constructos e 21 itens, sendo que o constructo Identidade Profissional foi o mais frágil, com apenas 3 itens validados. Estudos anteriores que fizeram a validação da versão ampliada da RIPLS^(124,125) também resultaram em instrumento composto dos mesmos três fatores

(Trabalho em equipe e colaboração, Identidade Profissional e Atenção Centrada no Paciente), contudo com número de itens distintos. Reid et al⁽¹²⁴⁾ resultou em 3 constructos e 23 itens e El-Zubeir et al⁽¹²⁵⁾ em escala de 3 constructos e 20 itens. No entanto, a distribuição diferente dos itens nos resultados de validação da versão ampliada da RPLS no Reino Unido e nos Emirados Árabes, bem como a presente validação no Brasil, mostra a necessidade de futuros estudos e desenvolvimento da escala, em especial do construto “identidade profissional”.

As expressões de materialidade da EIP: competências e estratégias pedagógicas

Nossos resultados indicam que os estudantes dos cursos de saúde da UFMG que participaram do PET-Saúde, foram sensibilizados para o trabalho em equipe e colaboração, atenção centrada no paciente e identidade profissional. O Pet-Saúde se configura como potente para a educação interprofissional.

É interessante observar que estudantes de medicina apresentaram menor disponibilidade para "trabalho em equipe e colaboração" em comparação com estudantes dos demais cursos que participaram do PET-Saúde. Estes achados concordam com outros estudos em que estudantes da graduação em saúde tiveram uma percepção positiva para educação interprofissional, em especial disponibilidade para o “trabalho em equipe e colaboração”^(124,125) e em pelo menos em outros dois estudos^(52,74), os estudantes de medicina pareciam ter a atitude menos favorável. Alguns autores^(120-122,126,127) identificaram que durante a prática clínica, os estudantes de medicina raramente interagem de forma colaborativa com alunos de outros cursos, há tendência de conviverem somente com colegas da mesma profissão. Esses resultados colocam em evidência que, o atual modelo de ensino clínico pode limitar o desenvolvimento de relações positivas entre os alunos de diferentes profissões e restringe a compreensão e o respeito para os papéis dos outros. O ambiente educacional deve reconhecer e valorizar as diferenças entre profissões e estabelecer laços de confiança e respeito, preparando o futuro profissional para o trabalho colaborativo.

A atividade do PET-Saúde, realizada no cenário de prática e integrada ao serviço, por grupo interprofissional envolvido na resolução de problemas e a ação coletiva para alcançar o objetivo comum, se revela uma potente estratégia de educação interprofissional, uma vez que

conseguiu sensibilizar os estudantes de medicina da UFMG participantes, para o trabalho em equipe e colaboração.

Os resultados apontam que os estudantes dos cursos de medicina e odontologia tem mais forte ‘identidade profissional’, sendo que os do curso de medicina apresentaram diferença estatística dos demais estudantes, assim como, os do curso de odontologia quando comparados com os de fisioterapia e terapia ocupacional. O sexo e o tempo de participação no projeto PET-Saúde não influenciaram significativamente nos resultados do índice “identidade profissional”.

Cabe destacar que os participantes dos dois estudos foram predominantemente do sexo feminino. Observou-se diferença significativa nos índices “trabalho em equipe e colaboração” e “atenção centrada no paciente” entre os sexos, sendo que os participantes do sexo feminino tenderam a concordar mais com os itens destes construtos. A teoria da socialização sugere que a identidade de gênero resultará em escolhas profissionais que se encaixem e suportem os estereótipos de gênero. Tal como os observadores do trabalho das mulheres⁽¹²⁶⁾ evidenciaram, às mulheres tendem a ser atribuídos os “trabalhos com as pessoas”⁽¹²⁷⁾ e o “trabalho emocional” devido à sua suposta “competência natural” para este tipo de trabalhos .

As dimensões que favorecem a EIP como estratégia para a prática colaborativa.

A análise descritiva do PET-Saúde a partir do modelo de avaliação de programa educacional 3Ps nos permite visualizar, de maneira integrada, os elementos preditores de um programa educacional de EIP (contexto, características dos docentes e alunos) e as interações com o processo e os produtos. Aqueles que afetam os participantes, usuários de serviços e organizações foram todos considerados. É interessante observar que o processo é dinâmico e se retroalimenta, uma vez que o processo interage com características de professores e alunos, assim como o produto interage com eles e com o contexto.

O estudo identificou resultados em 3 níveis e os resultados são coerentes com os relatados por estudos⁽⁸⁵⁻⁹⁰⁾ que avaliaram a EIP em estudantes de graduação a partir deste modelo. A maioria dos resultados⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾ em níveis 1 e 2a e também relataram resultados em

mais do que um nível. Resultados no nível 1, as reações dos participante, geralmente estão associados a resultados no nível 2b, as mudanças na habilidade ou conhecimento. Estes estudos também tendem a relatar o nível 2a, mudanças na atitude ou percepção. Em muitos casos, a mesma ferramenta de investigação (por exemplo, um questionário ou entrevista semi-estruturada) foi usada para coletar informações sobre estas questões.

Em nosso estudo, há indicativo também de resultado de nível 3 e 4, a partir do relato dos tutores e dados dos relatórios finais do projeto há registro de mudanças na prática profissional dos docentes e profissionais de serviço, assim como mudanças organizacionais no processo de trabalho do cenário de prática (UBS).

O PET-Saúde ofereceu de modo muito especial a oportunidade para que a UFMG e SMSA desenvolvessem os objetivos do PROSAUDE, sem perder o indispensável contato com os cenários reais de prática na Atenção Básica à Saúde, destacando seus elementos determinantes: territorialidade, intersetorialidade, interprofissionalidade e interdisciplinaridade. O desenho proposto no PET-Saúde da UFMG para a condução dos grupos tutoriais foi particularmente importante para o desenvolvimento daqueles dois últimos elementos, considerados permanentes desafios na atuação das equipes e também nas propostas de desenvolvimento curricular.

O PET-Saúde conseguiu levar às UBS estudantes de todos os cursos em períodos mais iniciais do que geralmente acontece em suas grades curriculares, sensibilizando o cenário para o acolhimento de estudantes de todas as áreas, interação proposta nas DCNs.

O projeto propiciou que professores de cursos sem disciplinas curriculares na Atenção Básica atuassem como tutores, como foi o caso dos professores dos cursos de Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia e Medicina Veterinária. No entanto, o pequeno número de bolsas oferecidas a professores pelo Edital limitou a participação mais intensiva de outros departamentos e mesmo de um maior número de professores em cada curso. Ainda assim, embora individualmente, os professores acumularam uma experiência de trabalho na Atenção Básica, de caráter interdisciplinar e interprofissional, e de interação com os serviços, poderão futuramente contribuir com o desenvolvimento curricular de seus respectivos cursos/departamentos. No caso da UFMG, dadas as suas dimensões, seria importante a incorporação de um número maior de professores para a incorporação das práticas pedagógicas desenvolvidas neste cenário de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação.

A estruturação dos grupos tutoriais com estudantes e preceptores com áreas de formação diferentes e variadas, além do tipo de inserção destes nas UBS e a orientação pedagógica de construção coletiva do trabalho, propiciou uma rica experiência interdisciplinar e interprofissional para todos os envolvidos. O envolvimento dos bolsistas com atividades e profissionais do NASF foi particularmente importante para as profissões que não são tradicionalmente inseridas na Atenção Básica, pois possibilitou a vivência deste novo modelo assistencial.

Especificamente em relação aos preceptores, o relato dos docentes revela que as capacitações para atividades de pesquisa e preceptoria promovidas pelo PET-Saúde foram reconhecidas como fundamentais para a função de tutoria e preceptoria. Isto contribuiu para fortalecer a integração ensino-serviço, bem como a produção do conhecimento voltado para as necessidades do SUS.

O PET-Saúde representou uma oportunidade de formação em serviço para os profissionais envolvidos e os resultados das investigações desenvolvidas contribuíram para a qualificação da assistência e do processo de trabalho nas UBS. Muitos preceptores se interessaram pela pós-graduação *stricto sensu*, tendo como foco os desafios da Atenção Básica. A integração do ensino, pesquisa e extensão por meio de ações interdisciplinares e interprofissionais foi destacada como um dos pontos fortes do projeto pelos tutores, preceptores e alunos.

Todos os projetos de pesquisa, propostos no PET-Saúde, enfocaram ações de promoção da saúde e prevenção de agravos como eixo norteador da investigação e também da atuação dos bolsistas. No entanto, as ações foram muito heterogêneas em função da temática proposta, das práticas desenvolvidas em cada UBS, da experiência de tutores e preceptores com este tipo de ação e das situações-problema que se apresentaram em cada grupo tutorial. Ainda assim, observa-se que as práticas educativas/preventivas e coletivas tiveram peso muito maior no cotidiano dos participantes do que as práticas curativas/reabilitadoras e individuais, que são desenvolvidas comumente nas disciplinas curriculares da maioria dos cursos.

Em relação às mudanças curriculares, a UFMG apresenta uma situação muito heterogênea entre os cursos envolvidos no diz respeito, por exemplo, ao seu tamanho, experiências prévias de disciplinas curriculares, momentos da reforma curricular bem como sua adequação às diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da Saúde. Entende-se

que este é um objetivo de médio/longo prazo e cuja execução extrapola a governabilidade do PET-Saúde, embora sua potencial contribuição seja indiscutível.

Quanto ao desenho do projeto, constatou-se que os estudantes em pequenos grupos interprofissionais, a responsabilização do preceptor pelos bolsistas, a metodologia dialógica, a avaliação formativa e a interação com profissionais de serviço e usuários o tornaram uma experiência inovadora. A partir dos relatos temas importantes emergiram identificando na proposta do PET-Saúde da UFMG indicadores de inovação educacional que corroboram os achados de estudos nacionais e internacionais^(128 – 130).

Para Carbonell Sebarroja⁽¹³⁰⁾ a inovação educativa está vinculada à mudança e caracteriza-se pelo conjunto de intervenções, processos e decisões que buscam modificar atitudes, ideias, culturas, modelos e práticas pedagógicas, introduzindo novos projetos curriculares, programas e estratégias de ensino-aprendizagem, uma outra forma de gerir o currículo, a escola e a dinâmica da sala de aula. Ainda segundo o autor, o desenvolvimento da inovação, pelo professor, tende a acontecer quando este exerce sua prática motivado e com compromisso pelo magistério.

No Brasil, os estudos sobre inovações educacionais ganharam maior incidência com Garcia⁽¹³¹⁾. No âmbito da universidade, destacam-se Cunha^(128,132) com estudos sobre inovação e prática docente que estimulam a reconfiguração de saberes relacionados com o ensinar e o aprender.

Uma experiência de aprendizagem transformadora e da educação interprofissional

O PET-Saúde estimulou a reconfiguração de saberes relacionados com o ensinar e o aprender; a reorganização da relação teoria/prática, rompendo com a clássica proposição de que a teoria precede a prática; a necessidade da aprendizagem constante e da reflexão sobre a realidade, com cidadania e solidariedade social; além de se constituir em espaço de pesquisa, como espaço de construção de conhecimento interdisciplinar, como espaço de desenvolvimento de aprendizagem e como espaço e tempo de uso das tecnologias de informação e comunicação.

Os docentes tutores não possuíam conhecimento sobre os pressupostos teóricos da educação interprofissional e utilizaram estratégias pedagógicas com as quais já tinham alguma familiaridade. Paulo Freire foi a referência para muitos docentes, que se apoiaram na sua obra para o planejamento e desenvolvimento de suas ações junto ao grupo tutorial.

O objetivo da educação interprofissional é preparar o aluno para a prática colaborativa, que resultará na melhoria da assistência e cuidado do paciente. Os resultados sugerem uma série de estratégias pedagógicas que podem facilitar a aprendizagem de colaboração interprofissional e ultrapassar barreiras estruturais e funcionais encontradas nos ambientes educacionais e na prática clínica: ensino no cenário real de prática, a prática reflexiva em pequenos grupos tutoriais, avaliação formativa, e principalmente as rodas de conversa e a gestão compartilhada. Estas foram importantes para a construção de um ambiente de segurança afetiva, estimulando as relações e propondo situações de comunicação entre os estudantes, favorecendo as atividades destes, permitindo o acesso às referências culturais necessárias à aprendizagem e, enfim, subordinando o didático ao modo como os estudantes atribuem um sentido às coisas e aos fatos.

Os estudantes tiveram a oportunidade de realizar projetos de pesquisa-ação. Foram frequentemente contestados para identificar e analisar os pressupostos, incluindo o seu próprio. Estudos de situação problema, uso de mapas conceituais e narrativas, entre outros também foram utilizados, e são métodos que também incentivam a reflexão crítica e experiência no diálogo⁽⁵⁶⁻⁶⁰⁾.

De fato, os resultados obtidos indicam que a motivação aliada ao cenário real possibilitou uma aprendizagem crítica e reflexiva, com momentos ricos de problematização e reflexão sobre a prática profissional, se constituindo assim em um espaço de diálogo entre o trabalho e a educação, podendo o estudante perceber o cotidiano do cuidado. Facilitou a construção de perspectivas ampliadas sobre a complexidade do campo da saúde, que exige um modo de organização mais centrado no usuário e não somente na técnica e no procedimento.

O PET-Saúde favorece a formação crítica dos futuros profissionais pela oportunidade da pesquisa. A capacitação para o trabalho em equipe é alcançada pelo desenho do grupo tutorial onde estão representantes das diversas profissões da saúde, trabalhando colaborativamente. Quanto aos serviços de saúde existe a valorização do conhecimento gerado pelo trabalho, pela oportunidade de participação na pesquisa e no desenvolvimento de

competências relacionadas à educação em saúde. No caso específico do PET-Saúde da UFMG percebe-se o avanço na integração ensino- -serviço com sinais promissores de respostas a antigos impasses que dificultam a melhora da assistência.

Avançar na implementação do PET-Saúde como estratégia de formação profissional para o SUS exige conhecimento e análise aprofundados do processo e demandas da educação pelo trabalho, da reconfiguração do modelo assistencial, do dinamismo dos conceitos e práticas de educação profissional/ interprofissional, das ações propostas de integração ensino-serviço e das oportunidades para a formulação e ampliação das iniciativas para o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados empíricos deste estudo identificam alguns aspectos que obstaculizam o alcance de melhores resultados a partir das experiências vividas no PET-Saúde, convocando as instituições envolvidas com os programas ministeriais a assumirem responsabilidades maiores com a sustentabilidade dos mesmos. A percepção dos tutores sob esta questão parece ser estratégica para recuperar a relação do PET-Saúde com o projeto formativo dos cursos.

O PET-Saúde se configura como uma prática educacional inovadora que pode reduzir os preconceitos que possam existir entre os profissionais e reduzir a ignorância dos papéis e funções dos outros profissionais e uma estratégia de integração ensino-serviço-comunidade.

Pesquisas futuras devem também se concentrar tanto no desenvolvimento do corpo docente para a EIP, e como no acompanhamento dos egressos das atividades de EIP. Estudos sobre a complexidade da comunicação e liderança também merecem atenção, pois a importância da coordenação e problemas de comunicação foram revelados neste estudo.

Uma limitação encontrada foi a dificuldade do diálogo sobre a EIP em função de poucos estudos brasileiros sobre a temática ; a singularidade da UFMG.

O PET-Saúde tem mostrado que a formação interprofissional fortalece os vínculos e a co-responsabilidade nas práticas dos serviços de saúde. Para a política de reorientação da formação dos profissionais da saúde a experiência do PET-Saúde indica alguns desafios a serem superados. O primeiro deles é ampliar, nos fóruns das instituições de ensino, o debate e a formulação de estratégias, para que a formação interprofissional seja assumida como parte integrante dos planos de curso. O segundo é trabalhar no sentido de que o conhecimento gerado sobre a educação na saúde, nas experiências dos grupos tutoriais, não fique restrito aos sujeitos mais diretamente envolvidos, mas que seja internamente impactante nas instituições de ensino. O terceiro seria dar maior visibilidade e espaço para o que as DCN's recomendam de forma cristalina no que tange à necessidade de serem desenvolvidas durante a formação profissional as seis competências comuns a todos os profissionais da saúde.

REFERENCIAS

1. Boff L. *A Águia e a Galinha- uma metáfora da condição humana*. 46 ed.-Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
2. Feuerwerker LCM. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev Bras Educ Médica*. 2007; 31(1): 3-4.
3. Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbaroi*. 2013; 38(1): 97-125.
4. Souza PA, Da Ros MA, Zeferino AMB. Medical schools that received the PROMED (program for the encouragement of curricular changes in medical courses) - Preconditions and change process. *Health*. 2012; 4(5): 279-84.
5. Alves CRL, Belisário SA, Lemos JMC, Abreu DMXd, D'Ávila LdS, Goulart LMHF. Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. *Rev Bras Educ Médica*. 2013; 37(2): 157-66.
6. Pierucci LAM. Reformas curriculares no ensino superior: proposta de análise das origens do programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (Promed). *Revista Espaço do Currículo*. 2011; 3(2): 609-25.
7. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde*. 2004; 18(1): 87-98.
8. Pereira IDaF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. Curriculum guidelines for training healthcare professionals: skills or praxis? *REVETS*, 2013; 11(2): 319-3
9. Costa M V. *A Educação Interprofissional como abordagem para a Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Natal – RN, 2014,142 p.4
10. Carvalho YM de, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva [internet]. 2006. [Acesso em 10 dez 2013]. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e

- da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. REDE UNIDA. *VER-SUS Brasil: cadernos de textos* [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. – (Coleção VER-SUS/Brasil).
 13. González AD, Almeida MJ Ativação de Mudanças na Formação Superior em Saúde: Dificuldades e Estratégias. *Rev.Bras.Educ.Med.* 2010;239, 34 (2) : 238 – 246.
 14. . Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MdA, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(suppl 1): 03-4
 15. . Brasil. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.* Brasília-DF: Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2007. 16.
 16. Brasil. Portaria *Interministerial n 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - Diário Oficial da União para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.* Brasília-DF; 2005.
 17. . Ferreira JR, Campos FE, Haddad AE, Cury G. The challenge of improving health and medical care through undergraduate medical education "PRO-SAUDE". *Educ Health* (Abingdon). 2007; 20(2): 75.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)
 19. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação: *Portaria Interministerial n° 1802, de 26 de agosto de 2008, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família.* Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/14427-1802.html>
 20. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação: *Portaria Interministerial n° 917, de 6 de maio de 2009, Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do*

- Ministério da Educação. Disponível em <http://www.prosaude.org/leg/portarias-maio2009/PortariaInterministerial-917-6maio2009.pdf>
21. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3): 383-91.
 22. Tanaka EE, Ortiz DA, Neves G, Penteadó MM, Dezan CC, Codato LAB, et al. Projeto PET-Saúde: ferramenta de aprendizado na formação profissional em saúde. *Anais I Congresso Brasileiro do PROSAUDE*, 2012, 36(1 supl 2): 136-40.
 23. Brasil. *Portaria 1.262 de 15 de Outubro de 1999. Cria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE*. In: Saúde Md, editor. Brasília: Diário Oficial da União 199-E, 18/10/1999; 1999.
 24. LAPPIS- Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS disponível em <http://www.lappis.org.br/site/quem-somos/sobre/92-institucional/quem-somos>
 25. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc*. São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.
 26. Programa mais Médicos. Disponível em <http://www.maismedicos.gov.br/>
 27. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda D, Serwadda D, Zurayk H, Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010. Dec 4; 376 (9756): 1923-58.
 28. WHO. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva/Switzerland: World Health Organization, 2010.
 29. Thistlethwaite, J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education* 2013, 46: 58-70.
 30. World Health Organization. *Learning Together to Work Together for Health*. Geneva: WHO 1988.
 31. Gocan S, Laplante MA, Woodend K, Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature. *Journal Research in Interprofessional Practice and Education*. January, 2014 3(3):1-19.
 32. Salas E, DiazGranados D, Weaver SJ, King H. Does Team Training Work? *Princ Health Care*. 2008; 15(11): 1002-9.

33. Safran, DG. Defining the future of primary care: What can we learn from patients? *Annals of Internal Medicine* 2003;138(3), 248–255.
34. Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ* , 2014: 48 (3), 236-246.
35. Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., & Godwin, M. *CHSRF synthesis: Interprofessional collaboration and quality primary healthcare*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation. 2007.
36. Sicotte C, D'Amour D, & Moreault M. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Soc Sci Med*. 2002 Sep;55(6):991-1003.
37. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Sau Pub*. 2001; 35(1): 103-9.
38. Peduzzi M, Ciampone M, Kurcgant P. Trabalho em equipe. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.108-24.
39. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas-SP: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.
40. CAIPE, Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education*. United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE; 2013.
41. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional Education. *J Cont Educ Health Professions*, 2009; 29(3):178–184.
42. Borges L, Batista de Albuquerque F. Socialização Organizacional. em Zanelli JC, Borges-Andrade JE e Bastos AVB (Eds.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004; 331-356.
43. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001; Sep 15; 323(7313): 625–628.
44. Morin E. *O Método 6- Ética*. 4ª Ed. Editora Sulina, 2005; 224p.
45. Trindade R. *Experiências educativas e situações de aprendizagem: novas práticas pedagógicas*. São Paulo: Leya, 2011, 152p.
46. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19(1):8–20.
47. Van Knippenberg D, De Dreu C, Homan AC. Work group diversity and performance: An integrative model and research agenda. *Journal of Applied Psychology*, 2004; 89, 1008 – 1022.

48. Jackson SE. The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In: WEST, M. A. (Ed.), *Handbook of work group psychology, 1996* (pp. 53-75). Chichester: John Wiley; Sons Ltda.
49. Freidson E. *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1994.
50. Ginsburg L, Tregunno D. New approaches to interprofessional education and collaborative practice: Lessons from the organizational change literature. *J Interprof Care*. 2005;19(1):177–187.
51. Furtado J P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface* , 2007;11(22): 239-255.
52. Whitehead C. The doctor dilemma in interprofessional education and care: How and why will physicians collaborate? *Med Educ*. 2007;41(10):1010–1016.
53. Lave J, Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. New York, NY: Cambridge University Press; 1991.
54. Wenger EC, Snyder WM. Communities of practice: The organizational frontier. *Harv Bus Rev*. 2000;78(1):139–145.
55. Vygotsky LS *Mind in Society: the development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
56. Cranton P. *Understanding and promoting transformative learning: a guide for educators of adults*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.
57. Mezirow J Transformative Learning: Theory to Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, Jossey-Bass Publishers, 1997; 97:2-12.
58. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro:Ed. Tempo Brasileiro, 1989.
59. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 55ª edição rev.e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013,253p.
60. Freire P. *Conscientização. Teoria e Prática da Libertação. Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire*. 3ª edição [trad. Kátia de Mello e Silva; ver. Benedito Eliseu Leite Cintra], São Paulo: Moraes, 1980.
61. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire*. –25ª Ed. – (Coleção Leitura) São Paulo: Paz e Terra, 2012.
62. Freire P. *Educação e Mudança*. 12ª Ed. – São Paulo: Paz e Terra, 1979.
63. Gomes AP, Rego S.. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2014;38(3), 299-307.

64. Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2012; 27(1): 4-9.
65. Bleakley A. Working in “teams” in an era of “liquid” healthcare: What is the use of theory? *J. Interprof. Care*. 2013; 27(1): 18-26.
66. Wackerhausen S. Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *J Interprof Care*. 2009; 23(5): 455-73.
67. Mickan S, Hoffman SJ, Nasmith L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *J Interprof Care*. 2010;24(5):492-502.
68. Waggie F, Laattoe N. Interprofessional exemplars for health professional programmes at a South African university. *J Interprof Care*. 2014.
69. Barr H. Engaging with the global challenge. *J Interprof Care*. 2011; 25(5): 319-20.
70. MacIntosh J, McCormack D. Partnerships identified within primary health care literature. *Inter Journal Nurs Studies*. 2001; 38(5): 547-55.
71. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005; 19: 21-38.
72. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, et al .Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2011;17(4), 554–564.
73. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*, 2005; 19(Suppl 1):39–48.
74. Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and postlicensure collaborative interventions. *J Interprof Care* 2005;19 (Suppl 1):148–165.
75. Davidson M, Smith RA, Dodd KJ, Smith JS, O’Loughlan MJ. Interprofessional pre-qualification clinical education: a systematic review. *Aust Health Rev* 2008;32 (1):111–20.
76. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford: Blackwell with CAIPE, 2005.
77. Carpenter J, Dickinson H. *Interprofessional Education and Training*, Bristol:Policy Press, 2008, 152p.
78. Luecht R, Madson M, Taugher M and Petterson J .Assessing perceptions: design and validation of an interdisciplinary education perception scale *Journal of Allied Health*, 1990;19: 181- 191.

79. Hayward K, Powell L and McRoberts J .Changes in student perceptions of interdisciplinary practice in the rural setting *Journal of Allied Health*, 1996; 25: 315-27.
80. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS) *Medical Education* , 1999;33, 095±100.
81. Peduzzi M. *Validação da versão adaptado do questionário de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional e identidade profissional de estudantes da saúde.* Relatório Científico (FAPESP – Processo 2011/11772-9). USP- São Paulo, 2012.
82. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE* 2000; 25(24):3186-3191.
83. Biggs J. From theory to practice: a cognitive systems approach *Higher Education Research and Development*, 1993; 12: 73-85.
84. Freeth D and Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities *Journal of Interprofessional Care* . 2004; 8: 3-56.
85. Freeth D, Hammick M, Barr H, Koppel I. and Reeves S. A critical review of evaluations of interprofessional education .*LTSN Health Sciences and Practice London.2002*
<http://www.health.heacademy.ac.uk/publications/occasionalpaper/occasionalpaper02.pdf>
86. Banks S and Janke K . Developing and implementing interprofessional learning in a faculty of health professions *Journal of Allied Health*, 1998; 27: 132-36.
87. Bond M. A learning team in the making. *Journal Interp Care* , 1997;11: 89-98.
88. Falconer J, Roth E, Sutin J, Strasser D and Chang R. The critical path method in stroke rehabilitation: lessons from an experiment in cost containment and outcome improvement *Quarterly Review Bulletin*, 1993; 19: 8-16.
89. Kristjanson L, Dudgeon D, Nelson F, Hentelleff P and Balneaves L. Evaluation of an interdisciplinary training program in palliative care: addressing the needs of rural and northern communities *Journal of Palliative Care*, 1997; 13: 5-12.
90. DePoy E, Wood C and Miller M. Educating allied health professionals: an interdisciplinary effort *Journal of Allied Health*, 1997; 26: 127-32.
91. Brasil .Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES nº 67, de 11 de março de 2003.* *Aprova Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN - dos Cursos de Graduação e propõe a revogação do ato homologatório do Parecer CNE/CES 146/2002.*

92. Câmara AMCS; Amaral JHL, Alves CRL.O FNEPAS e o PET-Saúde da UFMG/SMSa/PBH: a educação multiprofissional desenvolvendo competências para o trabalho em equipe. *Caderno FNEPAS*, 2011; 1:44-50.
93. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal. [on line]. 2003 [acesso em 10 mar 2010] .Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/julho2003/organizacaooubs.html>
94. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte - 2005-2008.[online]. 2005 [acesso em 08 jan 2010]. Disponível em <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/planomunicipaldesaude20052008.Pdf>
95. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica.[online].2009 [acesso em 08 jan 2010]. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=saude>
96. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens. Brasília. [online] 2005 [capturado em 08 jan 2010].Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
97. Brasil. Edital SGTES nº 12, de 3 de setembro de 2008. Brasília; 2008.
98. Brasil. Edital SGTES nº 15, de 12 de novembro de 2008. Brasília; 2008.
99. Brasil. Resolução CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 1998.
- 100.Ministério da Saúde. Portal da Saude. [homepage]. Gerenciamento do Programa [acesso em 22 fev 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32781
- 101.Ministério da Saúde. Portal da Saude. [homepage]. Projetos [acesso em 18 abr 2011]. Disponível. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32571
- 102.Minayo, MCS *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.*/Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 380p.
- 103.Creswell JW. Understanding Mixed Methods Research. In: Creswell JW, Plano Clark VL, editors. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks-CA: SAGE; 2007.

104. Lindgren C *et al.* Relatório Técnico Final de Atividades PET-Saúde 2010-2011 UFMG, maio de 2012, 82p.
105. Gelman A, Hill J. *Data Analysis Using Regression and Multilevel/Hierarchical Models*. New York: Cambridge University Press, 2007.
106. Minayo MCdS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2008.
107. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos* –Porto Alegre: Artmed, 2009: 198p. (Coleção Pesquisa Qualitativa/Coordenada por Uwe Flick).
108. Schraiber LB. Pesquisa Qualitativa em Saúde: Reflexões Metodológicas do Relato Oral e Produção de Narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Bras Saúde Pública*. São Paulo. 1995; 29(1):63-74.
109. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa-Portugal: Edições 70; 2009.
110. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. Porto alegre: Bookman, 2009.
111. Horn J L. “A rationale for the number of factors in factor analysis.” *Psychometrika*, 1965.
112. Cronbach L J. “Coefficient alpha and the internal structure of tests.” *Psychometrika*, 1951.
113. Hollander M, Douglas A W. *Nonparametric Statistical Methods*. New York: John Wiley & Sons, 1999.
114. Zar, Jerrold H. *Biostatistical Analysis* . Prentice Hall, 1998.
115. Siegal S, Jr N. John Castellan. *Estatística Não Paramétrica para Ciências do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
116. Nóvoa, A. Universidade e Formação Docente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2000, Agosto (7): 129-137.
117. Bennett PN, Gum L, Lindeman I, Lawn S, McAllister S, Richards J, Kelton M, Ward H. Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse Education Today*, 2011; 31(2), 208–213.
118. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005) Supplement 1: 188 – 196.
119. Freeth D, Reeves S, Koppel I, Hammick M, Barr H. *Evaluating interprofessional education: A self-help guide*. Higher Education Academy: Health Sciences and Practice, 2005. Disponível em: www.health.heacademy.ac.uk

120. Barr H, Norrie C *Requirements Regarding Interprofessional Education and Practice. A Comparative Review for Health and Social Care*, 2010. [Www.Caipe.Org.Uk](http://www.caipе.org.uk).
121. Barker KK, Bosco C & Oandasan IF . Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care*, 2005; 1, 166–176.
122. Gilbert JH. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 2005; 1, 87–106.
123. Pereira EMA. Docência na Universidade ultrapassa preparação para o mundo do trabalho. *Docência Universitária: concepções, experiências e dinâmicas de investigação*. Cervi GM e Raush RB (orgs). Meta Ed. 2014.
124. Reid R, et al. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? *Medical Education*. 2006; 40: 415–22.
125. El-Zubeir M, Rizk DEE, Al-Khalil RK. Are senior UAE medical and nursing students read for interprofessional learning? Validating the RIPL scale in a Middle Eastern context. *J Interprof Care*. 2006; 20(6):619–632.
126. James N. Emotional labour: skill and work in the social regulation of feelings, *Sociological Review*, 1989; 37:15-41.
127. Riska E, Katarina W *Gender, Work and Medicine*, Londres, Sage Publications, 1993.
128. Cunha MI, Foster MMS. Trilhas investigativas: localizando a inovação na prática pedagógica da universidade. *Revista e Educação PUC-Campinas*, Campinas, nov.2006;21:17-27.
129. Masseto MT. Inovação na Aula Universitária: Espaço de Pesquisa, Construção de Conhecimento Interdisciplinar, Espaço de Aprendizagem e Tecnologias de Comunicação. *Perspectiva*, Florianópolis, Jul./Dez. 2011;29(2)597-620.
130. Carbonell Sebarroja, J. *A Aventura De Inovar. A Mudança Na Escola*. Porto: Porto Editora, 2001.
131. Garcia WE. (coord): *Inovação Educacional no Brasil: Problemas e perspectivas*. Campinas/BRA: Autores Associados, 1995.
132. Cunha MI. (org.). *Pedagogia universitária: energias emancipatórias em tempos neoliberais*. Araraquara/BR: Junqueira & Marin Editores, 2006. p61-96. ISBN 85-86305-37-5.

ANEXO A- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A educação interprofissional nos grupos multiprofissionais de educação pelo trabalho em saúde: percepção versus realidade

Pesquisador: Ana Maria Chagas Sette Câmara

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 03822112.3.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (Instituto de Ciências Biológicas)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.661

Data da Relatoria: 15/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, de natureza qualitativa. Será desenvolvido no período de 2 anos, de maio/2012 a abril/2014. Na primeira fase, serão realizadas entrevistas de profundidade com os docentes que foram tutores do projeto PETSaúde da UFMG (2009/2012) do Programa Educação pelo Trabalho em Saúde, do Ministério da Saúde/Brasil, por representarem docentes de 10 cursos diferentes da área da saúde, por terem orientado grupos multiprofissionais por 2 anos ou mais, pela facilidade de contato/encontro. As entrevistas serão realizadas no horário e local de conveniência do docente entrevistado, tendo como questão norteadora: "relate como foi sua experiência de tutoria de um grupo multiprofissional de educação pelo trabalho em saúde e quais as estratégias pedagógicas que você utilizou na condução do grupo?" A entrevista será gravada, transcrita e processada no software ALCESTE. Na versão original do projeto, na segunda fase, previa-se a aplicação e a validação de um instrumento 'on line'. Para isso, todos os tutores dos grupos multiprofissionais de educação pelo trabalho em saúde da UFMG do Programa Educação

pelo Trabalho em Saúde III seriam convidados a participar. A presente emenda prevê a ampliação dos sujeitos de pesquisa, incluindo todos os alunos do último ano dos cursos de graduação da área da saúde da UFMG, não apenas os tutores.

Objetivo da Pesquisa:

Há ampliação do objetivo original de "analisar a percepção, conhecimento e disponibilidade dos docentes da área da saúde para os processos de Educação Interprofissional (EI) nos grupos multiprofissionais de educação pelo trabalho em saúde", incluindo-se o seguinte:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: 3134-0945

Fax: 3134-0945

E-mail: coep@prpq.ufmg.br; coep@reitoria.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



"Avaliar a atitude dos discentes para as intervenções educativas e correlacioná-la com a avaliação docente e entre os alunos participantes e não participantes do PET-Saude."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - prevê-se que possa haver constrangimento durante a entrevista, mas há meios de contorná-lo.

Benefícios - O pesquisador destaca que o tema do projeto é atual e ainda não foi realizado no país e contribuirá para o desenvolvimento docente em EI na UFMG e para o planejamento de programas de EI no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os métodos são pertinentes com os objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dois TCLE foram apresentados: um ao grupo que será entrevistado e outro ao que responderá ao questionário. Foi apresentado, também, o questionário a que serão submetidos os participantes.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos, s.m.j., pela aprovação da emenda de ampliação dos sujeitos de pesquisa, incluindo todos os alunos do último ano dos cursos de graduação da área da saúde da UFMG.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 12 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: 3134-0945

Fax: 3134-0945

E-mail: coep@prpq.ufmg.br; coep@reitoria.ufmg.br

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: percepção versus realidade: - PETSaúde
UFMG/PBH

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre **A educação interprofissional nos grupos multiprofissionais de saúde: percepção versus realidade**

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Instituto Regional FAIMER Brasil.

O objetivo deste estudo é apreender a percepção e a disponibilidade dos docentes para os processos de educação interprofissional nos grupos multiprofissionais de saúde, assim como seu estilo de liderança.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário fechado e uma entrevista individual sobre *sua experiência de tutoria de um grupo multiprofissional e as estratégias pedagógicas que você utilizou na condução do grupo.*

A entrevista será gravada e suas respostas serão sigilosas e em nenhuma etapa da pesquisa seu nome será divulgado. Você não receberá qualquer forma de pagamento pela participação. Caso você se recuse a participar, a sua decisão será respeitada e não lhe trará qualquer prejuízo ou malefício. Quaisquer resultados desta pesquisa que possam beneficiá-lo (la) lhe serão diretamente comunicados pelos pesquisadores.

Depois de ler, ou de ter sido lido para você, as informações acima, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo.

CONSENTIMENTO:

Declaro que li, ou que foi lida para mim, e que entendi a informação contida acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Eu, _____

concordo em participar desta pesquisa.

CPF: _____

Endereço: _____

Local e data _____ Assinatura do participante _____

Nome do pesquisador / entrevistador _____

Responsáveis pelo estudo CAAE: 03822112.3.0000.5149:

- Ana Maria Chagas Sette Câmara docente do Departamento de Fisioterapia da UFMG (telefone contato:31-96241887)
- Diana Lucia Moura Pinho, docente do Departamento de Enfermagem da UnB/DF (telefone de contato: 61-31078417)
- Comitê de Ética e Pesquisa – COEP/UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha – Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 (telefone de contato: 3409-4592).

ANEXO C- MANUAL DO ENTREVISTADOR



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/Faculdade de Ceilândia/ Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

**PROJETO: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: Percepção Versus Realidade:
PROJETO EDUCAÇÃO PELO TRABALHO EM SAÚDE - PET UFMG/PBH**

PESQUISADORA Ana Maria Chagas Sette Câmara

Manual do Entrevistador

O Projeto

A proposta de Educação Interprofissional como estratégia de aprendizagem da prática colaborativa para o desenvolvimento do trabalho em equipe é uma alternativa que vários países estão implementando, uma vez que é uma abordagem que promove a integração e interdisciplinaridade.

Caracteriza-se por treinamentos conjuntos, aprendizagens compartilhadas nas quais duas ou mais profissões **aprendem juntas com e sobre as outras no sentido** de promover o trabalho em equipe, desenvolvendo parcerias e cooperações entre os profissionais e ampliando a qualidade no cuidado(1,2,3,4,5) Alguns autores(6,7,8,9)afirmam que a convivência dos estudantes de diferentes cursos e a EI modificam atitudes e percepções negativas entre os profissionais de saúde, sendo estratégia de mediação na confiança e comunicação do grupo. Possibilita a conscientização e o preparo para a prática, contribuindo para a socialização entre os profissionais de saúde e para o fortalecimento de uma relação de confiança e da identidade profissional. **Além de promover o desenvolvimento do trabalho em equipe, facilita a discussão de papéis profissionais, da liderança/protagonismo, do compromisso na solução de problemas e da negociação na tomada de decisão.** Essa estratégia está ancorada nos pressupostos teóricos da aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade); da aprendizagem baseada nas interações e da aprendizagem baseada na prática (observação, simulação, ação). Fundamenta-se na construção de competências comuns à todas as profissões, de competências complementares específicas de cada profissão e de **competências colaborativas (respeito às especificidades; planejamento participativo; redes colaborativas; tolerância e negociação).**Elementos da teoria de educação de adultos, da teoria da organização social e psicológica de grupos, têm sido consideradas e incluídas na concepção, desenvolvimento e implementação de iniciativas de EI. A partir dessas teorias e suas aplicações práticas, um número de características e condições necessárias para resultados positivos para a aprendizagem interprofissional (e trabalho) foram identificadas. Eles podem ser agrupados em quatro dimensões fundamentais da seguinte forma: 1. **relações entre os diferentes grupos profissionais** (valores e crenças pessoais); 2. **colaboração e trabalho de equipe** (conhecimentos e habilidades necessárias); 3. **papéis e responsabilidades** (o que as pessoas realmente fazem); 4. **Melhoria na assistência aos pacientes, na prática profissional e crescimento pessoal** (o que realmente acontece). Poucos estudos têm abordado a disponibilidade dos docentes e profissionais à EI. Os estudos que têm avaliado a EI alegam que as dificuldades na implementação e desenvolvimento de aprendizagem compartilhada são organizacionais, estruturais e atitudinais.(7,8,9,10,11). Essa última, a atitudinal, parece ser a mais difícil de se alterar. É por isso que os fins e objetivos da EI são geralmente aceitos como primeiramente, a limitar ou reduzir os preconceitos que possam existir entre os profissionais e o segundo, para reduzir a ignorância dos papéis e funções dos outros profissionais, aumentando assim o conhecimento e compreensão e terceiro, para melhorar o trabalho em equipe e as competências colaborativas. A atenção para os primeiros dois pontos, fazendo face a necessidade de mudar atitudes,vão ajudar a facilitar o desenvolvimento do terceiro. No Brasil, entre as estratégias para induzir essas transformações na formação em consonância com os princípios de SUS, visando o fortalecimento na integração ensino-serviço e o trabalho em equipe, destacam-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde(12,13,14,15,16,17). Embora as atividades de aprendizagem multiprofissional/interprofissional estejam sendo introduzidas para alunos de graduação de saúde, ainda não foi possível avaliar a atitude dos docentes para essas intervenções educativas da prática colaborativa.

O objetivo deste estudo é apreender a percepção e a disponibilidade dos docentes para os processos de educação interprofissional nos grupos multiprofissionais de saúde, assim como seu estilo de liderança.

Serão realizadas entrevistas individuais em profundidade em horário e local de conveniência dos entrevistados- os docentes de 10 cursos da área da saúde da UFMG, tutores do PET-Saúde da UFMG (2009/2012).

Ato da entrevista (Jorge Duarte,2008)

Existem três modelos de entrevista: *o fraco*, estilo permissivo, em que o entrevistador é receptáculo passivo das informações oferecidas pela fonte. Ele seria compatível com as entrevistas inerentes à psiquiatria, por exemplo. No outro extremo, o modelo de *entrevista forte*, em que existe posição agressiva ou autoritária, mesmo subjacente, na perspectiva de que o entrevistado está propenso a dar informações falsas ou questionáveis. Ele pode ser encontrado em entrevistas do tipo interrogatório e em algumas jornalísticas. O modelo *neutro* faz do entrevistador um transmissor de estímulos positivos, buscando impessoalidade e equilíbrio na relação. É o mais aproximado do desejável nas entrevistas em comunicação e o que buscamos tratar neste texto. Isto não impede que haja transição de um modelo para outro ao longo da conversação, notadamente do modelo fraco, bastante útil, por exemplo, no início de entrevistas para o "neutro".

A seguir, sintetizamos orientações básicas referidas na literatura especializada e a partir da experiência de realizar e orientar pesquisas com o uso da técnica de entrevista.

Antes

- Pode- se surpreender como entrevistas em profundidade despertam interesse. As pessoas raramente têm oportunidade de falar abertamente e de maneira sistematizada sobre suas experiências, opiniões e percepções e tendem a ser cooperativas com entrevistadores informados e perspicazes, se percebem que as perguntas são bem fundamentadas, desafiadoras, inteligentes e oferecem a possibilidade de refletir sobre o assunto. Já fontes do tipo especialistas podem não gostar de responder a questões óbvias, irrelevantes, tratadas na literatura ou em outras entrevistas. Em ambos os casos, é fundamental ler com antecedência todo material disponível, preparando-se ao máximo para cada entrevista, já que uma entrevista malsucedida dificilmente pode ser refeita;
- o informante deve ser estimulado a escolher o local e o horário. É sempre possível negociar, mas é fundamental atender às condições do entrevistado;
- o ambiente de trabalho do informante pode ser adequado se ajudá-lo a se sentir confortável, mas não deve haver ouvintes e interrupções;
- procure saber, antes de iniciar pesquisa que dependa em demasia de poucos informantes, se estarão dispostos e em condições de colaborar;
- planeje a seqüência das entrevistas, examine detidamente o roteiro de perguntas, faça uma planilha com nomes, datas, locais e horários das entrevistas;
- se existir e for viável, escolha uma fonte conhecida para realizar a primeira entrevista. Ela pode ajudar a testar o roteiro e aperfeiçoar a condução da entrevista;
- se há garantia de que permanecerão acessíveis, os informantes principais podem ser deixados mais ao final, quando o volume de informação disponível permite aprofundar questões mais complexas;
- é um risco sempre presente o pesquisador influenciar o entrevistado involuntariamente, provocando distorções nas respostas. A instituição a que está ligado, a forma de vestir, o tipo de abordagem, a personalidade, a linguagem, a diferença de realidades culturais, o tema do questionário podem induzir o entrevistado a tentar responder de forma diferente do que pensa ou do que faria em outra ocasião. É fundamental identificar e minimizar fatores que possam causar distorções nas respostas.

Início

- comece a entrevista perguntando sobre os dados básicos do entrevistado, se não possui-los: nome, função, tempo de experiência, idade, formação, descrição das atividades ou do papel que desempenha. São informações úteis para contextualizar as informações e para relacionar os entrevistados no relatório;
- busque o estabelecimento de um ambiente de naturalidade, confiança mútua e interesse, o chamado *rapport*;
- faça uma apresentação informal e curta sobre seu trabalho e objetivo. Informe o tempo que deverá durar e se será gravada;
- a primeira pergunta, mesmo em um roteiro semi-estruturado, costuma ser a mais abrangente, indicando o tema geral.

Perguntas

- deixe o informante à vontade. Ele deve ser estimulado a fazer o relato de como percebe o assunto, a falar franca e livremente. Seja cordial, modesto, positivo, busque empatia, tenha e demonstre interesse pelo que ele sabe e pensa. Estimule a expressão e seja permissivo desde que isto facilite a obtenção de informações. Assuma o papel de ouvinte curioso e o estimule a abordar com naturalidade cada questão;
- respeite o entrevistado e desperte sua confiança, mesmo que não concorde com ele. Não tente ser astuto, nem convencer, induzir, orientar ou sugerir que está errado. O entrevistador deve obter informações e não discutir, conscientizar ou esclarecer o entrevistado. O ideal é que o entrevistado perceba seu interesse, não sua opinião;
- o entrevistador pode apresentar questionamentos e visões distintas como modo de estimular a reflexão, detalhamento ou explorar as contradições do próprio entrevistado. Para isso, frases como "Há pessoas que afirmam que... (...) o que você acha?" dão oportunidade de expor e discutir o contraditório, sem confrontá-lo;
- lembre-se de que nem sempre o entrevistado sabe responder de maneira precisa. Muitas vezes, tem que fazer uma avaliação, pensa pela primeira vez no assunto. Dê o tempo necessário e ajude a refletir;
- personalize as perguntas. Cada entrevistado é único e exige compreensão, paciência e flexibilidade;
- explique e pergunte sobre conceitos e vocábulos caso possa haver dúvida. Muitas vezes, as palavras utilizadas pelo entrevistado possuem significado diferente para o informante, gerando interpretações equivocadas;
- se o entrevistado fugir do assunto ou divagar, procure fazer com que volte ao tema. Você pode interrompê-lo sutilmente com uma nova pergunta quando a oportunidade surgir;
- faça apenas uma pergunta de cada vez e evite as longas ou complexas, que possam confundir;
- o fato de o entrevistado não saber responder já é uma resposta. Também deixe claro ao informante que não há problema se não souber algo, fazendo perguntas que não exijam afirmação de conhecimento. Em vez de perguntar quais práticas pedagógicas utilizou, pergunte primeiro se alguma vez foi informado delas. Ou seja, não deve ficar subtendido que o entrevistado possa ser responsável por não saber algo;
- não tenha pressa. Siga o tempo da fonte. Silêncios e pausas podem ser proveitosos para o entrevistado refletir ou recordar; evite perguntas indutoras de resposta, ambíguas ou que gerem respostas do tipo sim/não. Utilize à farta perguntas como "Por que ocorre...?" "Como você percebe...?", "É possível detalhar?", "Você tem um exemplo...?" "Não sei se entendi direito..., O que você quer dizer quando fala que...;" "Como assim?" "Você poderia detalhar..."; "Isso é muito interessante. Como ocorre?"; "Isto acontece sempre?";
- não aprofunde questões que você percebe que o entrevistado não domina, fica constrangido ou incomodado. Talvez seja possível tratar do assunto de outro jeito, mais ao final da entrevista;
- se tiver dúvidas se foi suficientemente compreendido, repita a pergunta em outros termos. Do mesmo modo, se a resposta não for evidente, peça esclarecimentos. Muitas vezes, as pessoas respondem com convicção sobre assuntos que não conhecem ou oferecem respostas socialmente desejáveis. Uma das vantagens das perguntas em profundidade é que é possível voltar a um assunto caso haja temor de que o entrevistado não tenha compreendido bem ou haja dúvidas sobre uma informação;
- para mudar de assunto, use frases fortes de ligação como "agora gostaria de tratar de uma outra questão...";
- procure obter exemplos, relatos de fatos e incidentes críticos que ajudem a qualificar o relato;
- o tempo esconde muitas informações da memória. Use as possibilidades disponíveis para obter as respostas mais confiáveis. Recursos como mostrar livros, gravações, documentos, fotos, fazer a entrevista em um lugar que propicie lembranças à fonte podem ser úteis;
- não se perca em detalhes apenas curiosos, nem ceda à tentação de perguntas-carona, interessantes, mas irrelevantes à questão de pesquisa. A entrevista é uma ótima situação de interação para aprendizagem mútua, mas exige rigor na condução.

Além das respostas

- observe o ambiente onde se dá a entrevista, a relação que se estabelece entre as pessoas, a forma como o entrevistado se comporta, seus movimentos, ênfases, silêncios, pausas, gestos. Os aspectos

relacionados ao comportamento do entrevistado e o contexto da entrevista ajudam a complementar a informação semântica, aquilo que se torna explícito verbalmente. As circunstâncias podem ser muito úteis para ajudar o pesquisador a descrever e analisar seu objeto de pesquisa;

- cruze todas as informações de maneira a ser convicto em seu relato de pesquisa. Verifique a consistência da argumentação e das informações das fontes durante a própria entrevista e busque sua coincidência e articulação com outros relatos e documentos no momento da redação;
- lembre-se do marco teórico de seu trabalho durante a entrevista. No relatório, será importante relacionar os resultados obtidos com os conceitos e informações apresentadas pelos diversos autores que você consultou;
- acompanhe discretamente o gravador para conferir se está gravando. Procure não interromper a conversa;
- identifique e registre imediatamente fontes citadas que possa ser útil entrevistar;
- evite a tentação de buscar e valorizar apenas informações que confirmem seus pressupostos. Na realidade, o melhor é testá-los, questioná-los, verificar se estão corretos.

Ao final

- procure deixar para o fim as perguntas mais sensíveis ou complexas. Mas evite correr o risco de que o entrevistado canse ou a entrevista seja interrompida antes;
- uma entrevista em profundidade pode durar mais de 30 minutos sem aborrecer o entrevistado. Claro que diferentes variáveis podem alterar este indicador; não conclua abruptamente a entrevista. Antes de agradecer, dê indicações de que está terminando. Você também pode perguntar se o entrevistado gostaria de complementar alguma questão ou acrescentar algo, por exemplo, função, tempo de experiência, idade, formação, descrição das atividades ou do papel que desempenha.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization, Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. The Team Approach Technical Report Series 769. Geneva: WHO, 1988.
2. World Health Organization. World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. The network ζ Towards Unity For Health ζ (TUFH), Position Paper, Interprofessional Education and Practice. disponível em: [http://www.thenetworktufh.org/publications_resources/positioncontent.asp?id=18&t=Position+Papers]
4. Disponível em [<http://www.caipe.org.uk/>]
5. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Disponível em [http://poiesisgrupo.files.wordpress.com/2010/04/who_interprofessional_education_eng.pdf]
6. CARPENTER, J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. Medical Education, Oxford, GB, n. 29, p. 265-272, 1995.
7. BARR, H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. Journal of Interprofessional Care, London, UK, v. 12, n. 2, p. 181-188, 1998.
8. AGUILAR-DA-SILVA RH, SCAPIN LT; BATISTA NB. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.
9. COOPER, H.; SPENCERDAWE, E.; MCLEAN, E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. Journal of Interprofessional Care, London, UK, v. 19, n. 5, p. 492-508, 2005.
10. G PARSELL G, BLIGH J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS) MEDICAL EDUCATION 1999, 33, 095±100.
11. REID R, BRUCE D, ALLSTAFF K, MCLERNON D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? MEDICAL EDUCATION 2006; 40: 415;422.
12. BAKER L, EGAN-LEE E, LESLIE K, SILVER I, REEVES S. Exploring an IPE faculty development program using the 3-P model. Journal of Interprofessional Care, September 2010; 24(5): 597;600.
13. COSTA RKS, MIRANDA FAN. Formação Profissional para o SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva de estratégia da Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde, v.6 n.3, p.503-517, Nov/2008/fev.2009.
14. SANTANA JP, CHRISTÓFARO MAC. Educação, Trabalho e Formação Profissional (Texto de Orientação do Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS- Eixo Temático Reforma Educacional- Disciplina R2). Disponível em [www.opas.org.br/rh/admin/documentos/Educacao_Trabalho.pdf].
15. BATISTA, NA. Oficina de Educação Interprofissional para o Trabalho em Equipe-FNEPAS/ Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia. Belo Horizonte. Set/2010.
16. SÓRIO, RER. Educação e Trabalho em Saúde: perspectivas em debate sob os marcos legais da educação profissional. (Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde-CADRHU) Disponível em [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T2.pdf]
17. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação: Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família. Disponível em [<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/14427-1802.html>]

ANEXO D- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Roteiro de entrevista

Faça o registro da entrevista na planilha, identificando o nome do entrevistado e o número da entrevista.

Questões norteadoras:

1. Relate como foi sua experiência de tutoria de um grupo multiprofissional de educação pelo trabalho em saúde.
2. Você já tinha conhecimento dos princípios da educação interprofissional e suas estratégias pedagógicas? Foi informada(o) ou procurou se informar durante o projeto?
3. Quais as estratégias pedagógicas que você utilizou na condução do grupo?

Após breve apresentação do objetivo da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento ligue o gravador e inicie a entrevista:

Inicie se identificando e registrando o nº da entrevista, e comece a entrevista perguntando sobre os dados básicos do entrevistado: nome, função, tempo de experiência, idade, formação... e solicite um relato da sua experiência de tutoria do grupo multiprofissional ... as facilidades e barreiras da experiência...

... pergunte se alguma vez foi informado sobre os princípios da educação interprofissional e suas estratégias pedagógicas ...e quais as estratégias pedagógicas que utilizou na condução do grupo...

Deixe o entrevistado falar livremente.

A entrevista deve durar no máximo 30 minutos sem aborrecer o entrevistado.

Claro que diferentes variáveis podem alterar este indicador; não conclua abruptamente a entrevista.

Antes de agradecer, dê indicações de que está terminando. Você também pode perguntar se o entrevistado gostaria de complementar alguma questão ou acrescentar algo. Desligue o gravador.

Agradeça em nome do grupo de pesquisa a colaboração.

Salve a entrevista no PC e mantenha a gravação no gravador.

ANEXO E- AUTORIZAÇÃO USO RIPLS-VERSÃO PORTIGUÊS

-----marinape@usp.br escreveu: -----

Para: Ana Maria Chagas Sette Camara

<anasette@eeffto.ufmg.br>

De: marinape@usp.br

Data: 09/11/2012 04:16 PM

Assunto: Re: autorização de uso do instrumento RIPLS

(Ver arquivo anexado: Questionário Medida disponibilidade aprendizagem interprofissional - versao Portugues RIPLS - 2012.docx)

(Ver arquivo anexado: Resumo - III Encontro Intern Pesq - Validac_a_o da RIPLS no Brasil 10 08 2012.doc)

Ola Ana Maria,

Desculpe a demora da resposta. autorizo a utilização da versão da RIPLS validada em portugue e envio o arquivo com a versão final da RIPLS adaptada ao portugues e validada no Brasil. Dos 29 itens da versão ampliada do Bligh e Mattick que utilizei foram excluidos 3 itens e resultou em uma escald e 26 itens e 3 fatores:

Fatior 1 - Trabalho em equipe e colaboração (composto por 15 itens - itens 1-10 e 12-16)

fator 2 - Identidade Profissional (composto por 6 itens - itens17, 19, 21-24)

Fator 3 - Atenção à saude centrada no paciente (composto por 5 itens - itens 25 a 29)

Envio também o arquivo resumo de trabalho apresentado no "III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem", 29 a 31 de outubro de 2012 em São paulo - SP com os resultados finais da validação.

Por favor confirme recebimento, obrigada

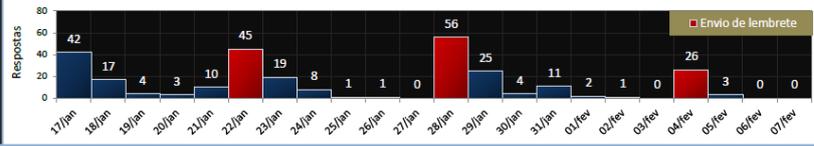
ANEXO F- QUESTIONÁRIO

Q1	Selecione seu curso de graduação da UFMG:
Q2	Selecione seu sexo:
Q3	Selecione sua idade (em anos):
Q4	Você participou do Projeto PET-Saúde UFMG?
Q5.1	Participou do Grupo Tutorial do Barreiro de Cima?
Q5.2	Participou do Grupo Tutorial do Cachoeirinha?
Q5.3	Participou do Grupo Tutorial do Cafezal?
Q5.4	Participou do Grupo Tutorial do Heliópolis?
Q5.5	Participou do Grupo Tutorial do Jardim Alvorada?
Q5.6	Participou do Grupo Tutorial do Jardim Guanabara?
Q5.7	Participou do Grupo Tutorial do Jardim Montanhês?
Q5.8	Participou do Grupo Tutorial do Mariano de Abreu?
Q5.9	Participou do Grupo Tutorial do Milionários?
Q5.10	Participou do Grupo Tutorial do Nova York?
Q5.11	Participou do Grupo Tutorial do Padre Fernando Melo?
Q5.12	Participou do Grupo Tutorial do Primeiro de Maio?
Q5.13	Participou do Grupo Tutorial do Santa Mônica?
Q5.14	Participou do Grupo Tutorial do Santos Anjos?
Q5.15	Participou do Grupo Tutorial do São Bernardo?
Q5.16	Participou do Grupo Tutorial do São Gabriel?
Q5.17	Participou do Grupo Tutorial do São Marcos?
Q5.18	Participou do Grupo Tutorial do São Tomas?
Q6	Qual o tempo de sua participação no PET-Saúde UFMG?
Q7.1	A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde
Q7.2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes
Q7.3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos
Q7.4	A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação

Q7.5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde
Q7.6	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais
Q7.7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros
Q7.8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde
Q7.9	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações
Q7.10	Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde
Q7.11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso
Q7.12	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais
Q7.13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde
Q7.14	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes
Q7.15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe
Q7.16	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos
Q7.17	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde
Q7.18	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu
Q7.19	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional
Q7.20	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional
Q7.21	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente
Q7.22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente
Q7.23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim
Q7.24	Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes
Q7.25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto
Q7.26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes

ANEXO G- RELATÓRIO APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

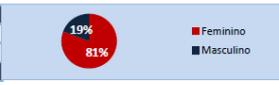
ACOMPANHAMENTO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ONLINE



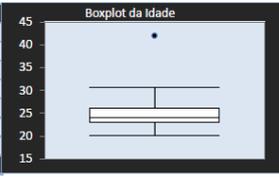
ACOMPANHAMENTO	
Tamanho do Mailing	1.259
Erro ou duplicados	129 (10,2%)
Total de Respondentes	1.130
Total de Respostas	296 (26,2%)
Respostas Incompletas	18 (1,6%)
Respostas Completas	278 (24,6%)
META DE RESPOSTAS	385



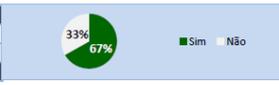
Sexo	FA
Feminino	238
Masculino	57
Total	295



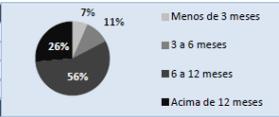
Estatísticas Descritivas da Idade	
Média	24,95
Desvio-Padrão	3,00
Mínima	20
1º Quartil	23
2º Quartil	24
3º Quartil	26
Máxima	42
Total de Respostas	295



Participou do PET?	FA
Sim	197
Não	98
Total	295



Tempo de participação	FA
Menos de 3 meses	13
3 a 6 meses	21
6 a 12 meses	111
Acima de 12 meses	52
Total	197



Curso de Graduação	FA	Frequência Relativa
Educação Física	14	4,8%
Enfermagem	29	9,9%
Farmácia	22	7,5%
Fisioterapia	32	10,9%
Fonoaudiologia	17	5,8%
Gestão de Serviços de Saúde	11	3,7%
Medicina	77	26,2%
Medicina veterinária	20	6,8%
Nutrição	24	8,2%
Odontologia	9	3,1%
Psicologia	16	5,4%
Terapia Ocupacional	23	7,8%
Total	294	

Participou do grupo:	Sim	Frequência Relativa
Barreiro de Cima	11	5,6%
Cachoeirinha	10	5,1%
Cafezal	12	6,1%
Heliópolis	9	4,6%
Jardim Alvorada	11	5,6%
Jardim Guanabara	8	4,1%
Jardim Montanhês	14	7,1%
Mariano de Abreu	19	9,6%
Milionários	17	8,6%
Nova York	12	6,1%
Padre Fernando Melo	16	8,1%
Primeiro de Maio	8	4,1%
Santa Mônica	25	12,7%
Santos Anjos	8	4,1%
São Bernardo	21	10,7%
São Gabriel	13	6,6%
São Marcos	9	4,6%
São Tomas	0	0,0%
Total de Respostas	197	

Questões de Concordância	DT	DP	NC/ND	CP	CT
A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde	0,7%	0,7%	1,8%	21,5%	75,3%
Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes	0,4%	1,1%	1,8%	13,6%	83,2%
Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos	0,0%	1,8%	3,6%	18,6%	76,0%
A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação	0,7%	1,1%	7,5%	24,7%	65,9%
Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde	1,4%	2,5%	8,6%	24,7%	62,7%
A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais	1,1%	2,5%	5,4%	29,7%	61,3%
Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros	0,0%	0,4%	1,4%	12,9%	85,3%
Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde	0,4%	1,1%	1,4%	7,5%	89,6%
A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações	0,0%	1,4%	3,9%	22,9%	71,7%
Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde	85,6%	9,7%	1,4%	2,9%	0,4%
Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso	77,7%	18,0%	0,4%	3,6%	0,4%
A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais	2,5%	0,7%	2,2%	25,9%	68,7%
Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde	2,2%	1,4%	5,0%	19,4%	71,9%
A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes	1,1%	2,9%	2,2%	21,2%	72,7%
A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe	2,2%	0,4%	2,5%	16,5%	78,4%
A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos	69,8%	17,3%	4,7%	6,5%	1,8%
Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde	32,7%	21,2%	18,0%	16,5%	11,5%
Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu	41,0%	28,4%	12,6%	16,2%	1,8%
Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional	5,8%	9,4%	22,3%	43,2%	19,4%
Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional	31,7%	33,8%	8,3%	20,5%	5,8%
Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente	5,4%	18,3%	11,2%	40,6%	24,5%
Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente	0,7%	1,4%	5,4%	23,0%	69,4%
Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim	1,1%	0,0%	1,8%	4,7%	92,4%
Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes	6,5%	9,0%	17,6%	24,1%	42,8%
Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto	0,7%	0,0%	2,5%	9,4%	87,4%
Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes	1,4%	0,0%	1,4%	5,8%	91,4%

Legenda: DT = Discordo Totalmente / DP = Discordo Parcialmente / NC/ND = Não Concordo Nem Discordo / CP = Concordo Parcialmente / CT = Concordo Totalmente

ANEXO H- ACEITE E APROVAÇÃO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Preview**From:** miriam.foresti@gmail.com**To:** anasettecamara@gmail.com**CC:****Subject:** ICSE-2014-0940.R1 Avaliação editorial de submissão: Aceitar**Body:** Prezada autora,

Informo que o manuscrito de sua autoria intitulado Educação Interprofissional no PET-SAÚDE: a percepção de tutores foi aprovado para publicação no suplemento sobre PET-Saúde, uma das possibilidades indicadas na Chamada Pública, conforme indicado abaixo:

"Os autores realizaram todas as reformulações sugeridas pelos pareceristas. Neste sentido, sugere-se a aprovação do manuscrito para publicação.

Solicito que aguarde informações complementares da secretaria da revista sobre o envio da versão final do manuscrito para publicação.

Em caso de dúvidas, envie suas questões para intface@fmb.unesp.br.

Atenciosamente,

Miriam Foresti, editora
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
miriam.foresti@gmail.com

Date Sent: 10-Mar-2015

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e **excluem-se** título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em **Word** ou **RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”¹

c) Citação literal de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – *Estilo Vancouver 2*.

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:
 Dar um espaço após ponto.
 Dar um espaço após ponto e vírgula.
 Dar um espaço após dois pontos.
 Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br.

* Quando o trabalho for consultado *on-line*, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 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, 19 Set 1990.

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação,

Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet]. 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço:
<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/> .

As normas também podem ser acessas através de nosso site:

<http://www.interface.org.br/interface.php?id=SUBMISSAO&lg=pt>

ANEXO I- ARTIGO

Educação interprofissional no Programa PET-Saúde:

a percepção de tutores

artigos

Ana Maria Chagas Sette Camara^(a)
 Suely Grosseman^(b)
 Diana Lucia Moura Pinho^(c)

Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Interprofessional education in the PET-Health Program: perception of tutors. *Interface* (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:

The Minas Gerais Federal University (UFMG) PET-Health Program was the first institutional experience for education through work with interprofessional tutorial groups in a primary health care setting that involved all health courses. It was developed in Belo Horizonte health centers from 2009 to 2011. The aim of this study was to evaluate how PET-Health teachers and tutors from UFMG understood the interprofessional educational process at PET-Health using the narratives of 14 PET-Health tutors. Majority of the teachers were pleased with the teaching-learning process in the service interprofessional groups and even considered it a challenging experience. The study identified key elements and allowed us to consider the UFMG PET-Health Program as a successful educational innovation and that primary health care was a favorable context for interprofessional education.

keywords: Health education. Teaching care integration services. Faculty. Health personnel.

O PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi a primeira experiência institucional de educação pelo trabalho em grupos tutoriais interprofissionais na atenção básica, envolvendo todos os cursos da saúde. Foi desenvolvido em centros de saúde de Belo Horizonte entre 2009 a 2011. O objetivo deste estudo foi compreender como os docentes/ tutores do PET-Saúde da UFMG perceberam a Educação Interprofissional (EIP) presente no PET-Saúde, a partir da narrativa de 14 tutores do PET-Saúde. A maioria dos docentes foi favorável ao processo de ensino-aprendizagem em grupos interprofissionais no serviço, mesmo considerando a experiência desafiadora. O estudo identificou elementos importantes e nos permite considerar o PET-Saúde na UFMG como inovação educacional exitosa, e a atenção básica um contexto favorável para a educação interprofissional.

Palavras-chave: Educação em saúde. Serviços de integração docente-assistencial. Docentes. Pessoal de saúde.

^(a) Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, campus Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil. 31270-901. anasettecamara@gmail.com

^(b) Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. sgrosseman@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde/ PPGCTS, campus Ceilândia, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. mourapinhodl@gmail.com

Introdução

A educação interprofissional (EIP), como estratégia educacional para desenvolver a prática colaborativa, está cada vez mais incorporada em programas de formação de profissionais de saúde^{1,2}, e tem sido definida como “ocasião em que duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”² (p. 237). O objetivo da EIP é qualificar os alunos para o trabalho em equipe, na perspectiva colaborativa³⁻⁵.

A EIP difere da educação profissional tradicional, pois a produção do conhecimento acontece a partir de interações com os outros profissionais e envolve atitudes e habilidades colaborativas únicas, e, portanto, ela requer um novo modo de pensar o processo de ensino-aprendizagem.

A literatura⁴⁻⁶ propõe a psicologia social e a teoria da complexidade como orientadoras para o desenvolvimento e implementação de EIP. Três estratégias de aprendizagem fornecem um arcabouço teórico para o ensino da prática colaborativa interprofissional: a aprendizagem colaborativa^{6,7}, a aprendizagem no serviço^{6,8} e a aprendizagem reflexiva^{6,9}. A aprendizagem colaborativa é eficaz para ensinar o trabalho em equipe; apresenta a independência positiva, interação face a face, responsabilidade individual, habilidades interpessoais e de pequenos grupos, e o processamento de grupo. A aprendizagem no serviço (experiential) é realizada no cenário de prática, dentro dos princípios da educação de adultos e formação profissional. Presume-se que a aprendizagem ocorra como um resultado de uma prática planejada, na qual a oportunidade de adquirir e aplicar conhecimentos, habilidades e sentimentos tem lugar em um cenário real, relevante. Kolb⁸ sugere um quadro de aprendizagem no cenário de prática com quatro fases: planejamento, observação, ação e reflexão. Os alunos planejam uma resposta à situação e, em seguida, implementam o seu plano. Por meio da observação e reflexão dessas experiências, desenvolvem-se regras, princípios e o aprendizado.

Em vários países, experiências de EIP na graduação em saúde¹⁰⁻¹⁵ indicam mudanças no perfil dos profissionais de saúde, os quais tornam-se mais aptos para uma prática colaborativa no mundo do trabalho, que resulta em melhoria na assistência e resultados de saúde^{5,16}. O papel do docente tem sido considerado determinante no êxito dessas experiências^{2,17,18}.

Estudos^{1,2,5,15,17} evidenciam que dificuldades na implementação e desenvolvimento da EIP são organizacionais, estruturais e atitudinais. O impasse atitudinal parece ser o mais difícil de se alterar. É por isso que a finalidade da EIP, em um primeiro momento, é limitar ou reduzir os preconceitos que possam existir entre os profissionais, e, em um segundo momento, buscar reduzir o desconhecimento sobre os papéis e as funções dos outros profissionais, e, assim, aumentar o conhecimento e a compreensão dos outros. Em um terceiro momento, objetiva-se melhorar o trabalho em equipe e as competências colaborativas.

Para Carbonell Sebarroja¹⁹, a inovação educativa está vinculada à mudança, e caracteriza-se como: um conjunto de intervenções, processos e decisões que buscam modificar atitudes, ideias, culturas, modelos e práticas pedagógicas, introduzindo novos projetos curriculares, programas e estratégias de ensino-aprendizagem, uma outra forma de gerir o currículo, a escola e a dinâmica da sala de aula. Segundo esse autor,¹⁹ o desenvolvimento da inovação, a partir do professor, tende a acontecer quando ele exerce sua prática com paixão e compromisso pelo magistério, e, sendo assim, a ação inovadora não é algo que ocorre involuntariamente. A relação entre a inovação educacional e a formação docente é determinante no sucesso das políticas educacionais.

No Brasil, entre os mecanismos para introduzir a EIP nos cursos de graduação em saúde, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde do Ministério da Saúde (PET-Saúde)²⁰, destinado a fomentar grupos interprofissionais de aprendizagem tutorial pelo trabalho, visando à formação dos profissionais da saúde para uma prática colaborativa, necessária para a integralidade do cuidado, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta é aproximar o estudante de processos de trabalho comuns a todos os profissionais da saúde, não só os específicos de sua área de formação, no período de um a dois anos. Esta aproximação acontece em grupos de estudantes de diversos cursos e promove experiências interprofissionais. A tutoria e preceptoria desses grupos interprofissionais é realizada por profissionais e docentes de diferentes áreas da saúde. Essa é uma política pública que

Estudos que exploram a disponibilidade dos docentes e profissionais à EIP^{2,5,12,17} sugerem uma atitude positiva e receptiva. Valorizar a complexidade das adaptações e incorporações das estratégias de EIP no processo de trabalho docente, nos parece um potente mecanismo para identificar as possíveis implicações entre os objetivos da EIP enquanto inovação educacional e a maneira como cada docente, a partir de sua experiência, os transforma na sua prática pedagógica.

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender como os docentes/tutores do PET-Saúde da UFMG perceberam a EIP na atenção básica presente no PET- Saúde.

Percurso metodológico

Optamos por utilizar os pressupostos metodológicos da pesquisa de abordagem qualitativa de cunho narrativo²²⁻²⁴ por entendermos que a narrativa possibilita dar voz e proporcionar tempo para que os docentes narrem suas próprias histórias profissional e pessoal a partir da ótica com que as percebem.

No campo da educação, as narrativas têm sido utilizadas na construção de conhecimentos sobre o desenvolvimento pessoal e profissional de capacidades e atitudes de professores^{25,26}. Segundo Reis²⁷, a narrativa dos professores é algo mais do que um relato dos acontecimentos. É momento de reflexão sobre sua experiência e uma oportunidade de reconstrução de suas práticas.

O estudo foi desenvolvido com tutores do Pet-Saúde UFMG (2009 e 2010-2011). Todos os 21 tutores foram convidados a participar do estudo por representarem todos os cursos de graduação da área da saúde e terem orientado grupos interprofissionais por 1 ano ou mais no projeto. Esta opção se deu pelo interesse nas pessoas que realmente estiveram envolvidas com a questão em estudo^{22,24,28}.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2012 e foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. As questões norteadoras foram: 1 *Como foi a experiência de tutoria dos grupos interprofissionais do Pet-Saúde?* 2 *Quais foram os desafios?* 3 *Quais foram os facilitadores?* 4 *Quais estratégias pedagógicas foram utilizadas?*

As entrevistas foram realizadas por dois entrevistadores contratados e realizadas nos espaços e horários definidos pelos docentes, no intuito de favorecer um clima favorável e ambiente natural em que realizavam suas práticas. As narrativas foram gravadas e transcritas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados colhidos foram analisados separadamente por três pesquisadores, que identificaram categorias e temas consensuais, com base na Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo²⁹, que operacionalmente desdobra-se em pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema. A partir daí, ele propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Os tutores e sua percepção sobre o processo vivenciado no PET-Saúde

O perfil dos participantes

Participaram 14 docentes, dos 21 docentes convidados (dois de enfermagem, um de fonoaudiologia, cinco de medicina, um de medicina veterinária, dois de nutrição, dois de odontologia e um de terapia ocupacional). Três homens e 11 mulheres. Todos tinham doutorado, com tempo médio de atividade docente de 14 anos.

Os demais docentes não participaram por incompatibilidade de agenda, a saber: três do curso de medicina, um de medicina veterinária, um de odontologia, um de educação física, e um do curso de fisioterapia, este por integrar o grupo de pesquisadores.

A disponibilidade dos docentes

Os docentes fizeram uma retrospectiva de suas vidas profissional e acadêmica, sua motivação, e dos fatos vivenciados no PET-Saúde, suas incertezas sobre os caminhos eleitos e até uma certa surpresa com os resultados alcançados. Alguns agradeceram a oportunidade de manifestar livremente sua opinião e impressões sobre a experiência, e outros se surpreenderam com o fato de sua prática profissional ser de interesse na produção de conhecimento.

A motivação, o conhecimento prévio e a experiência em tutoria foram fatores de envolvimento com o projeto. Para uns, o grande motivador foi o desafio ao novo, aliado à paixão pela docência e oportunidade de realização profissional, enquanto, para outros, a motivação era o próprio SUS e a sua consolidação.

A maioria dos docentes foi favorável ao processo de ensino-aprendizagem em grupos interprofissionais no serviço na atenção básica, mesmo considerando a experiência desafiadora, trabalhosa e extremamente difícil. Refletiram que ela foi uma oportunidade de aprendizado e aproximação entre os docentes dos cursos, profissionais do serviço e estudantes, o que gerou satisfação, sentimento de realização, crescimento pessoal e profissional, como ilustrado a seguir:

“[...] Olha, foi extremamente interessante. Tanto no convívio com os alunos que eram de diferentes áreas – e isso no início foi um desafio – [...] mas teve um lado também muito interessante na relação com o serviço, porque eu também convivía com preceptores de diferentes categorias... médicos, enfermeiros, e com a própria gerente da unidade. Então pra mim foi um crescimento muito grande... poder perceber o momento de cada um, os interesses de cada um e como que juntos a gente podia trabalhar em função do crescimento, tanto do serviço quanto dos profissionais como dos alunos...”. (tutor 4)

A insegurança frente ao novo e ao desconhecido, a visão ainda corporativa do trabalho no campo da saúde provocou, em um dos entrevistados, desconforto e desconfiança.

“[...] É... bom, eu vou começar com um diagnóstico final assim... não me senti confortável. É uma experiência que eu teria que rever, reestudá-la pessoal e institucionalmente, se necessário... eu deveria reestudá-la porque eu acho que ela deveria de ter outras direções... Eu não sei se foi a questão multiprofissional, mas eu tenho de colocar da dificuldade de multiprofissional, a ausência de outras diretrizes, de outras direções”. (tutor 11)

Facilitadores para o desenvolvimento do projeto

Os docentes que já tinham experiência prévia de tutoria, atuação na atenção primária e já faziam uso de metodologias ativas relataram mais facilidade na condução do projeto. A motivação de todos os envolvidos, o apoio do serviço, a receptividade dos profissionais e usuários das unidades de atenção básica, o trabalho colaborativo, o contato diário com a rede de saúde, a disponibilidade dos estudantes, os cursos de capacitação promovidos pela coordenação do projeto e a metodologia utilizada na condução dos grupos foram, também, identificados como facilitadores.

“[...] eu tinha algumas questões pedagógicas e tudo mais, mas a formação que eu tive pra ser professora foi toda prática no sentido de dar aulas no mestrado, dar aulas no doutorado, tudo prático. Acho importante falar do curso de capacitação dos preceptores que a gente participou como orientador de aprendizagem... foi onde aprendi muita coisa... Ele foi um facilitador por trazer questões que a gente vivencia, que a gente faz e nunca deu nome... não é que a gente

nunca ouviu falar, mas nunca aprofundou. Foi onde aprendi sobre tutoria, aprendizagem de adultos e metodologias ativas, que já estávamos fazendo intuitivamente”. (tutor 8)

O perfil dos estudantes também foi apontado como um facilitador, pois, além de motivados, eles eram abertos para o novo. Os estudantes mais novos eram mais disponíveis, e os mais avançados em seus cursos compartilhavam suas experiências e contribuíam muito com todo o grupo e com o serviço. Promoveram reflexões sobre o processo de trabalho dos profissionais, sobre a gestão e estrutura dos serviços de saúde. A convivência entre profissionais e estudantes de áreas diferentes promoveu uma reflexão sobre papéis profissionais, diminuindo o preconceito e as diferenças. Os docentes e preceptores aprenderam muito com os alunos, sobretudo novas tecnologias de comunicação.

“[...] Então assim, os alunos questionavam muito a rotina do trabalho, de uma forma bem tranquila, entendeu? E isso fazia com que os profissionais pudessem refletir sobre a sua prática [...] e o melhor foi a oportunidade dos alunos vivenciarem o serviço, essa integração com os profissionais e usuários, fez com que os alunos pudessem conhecer de perto o nosso sistema de saúde, a nossa rede municipal e também um pouco da atuação de profissionais de outras áreas”. (tutor 9)

O perfil do coordenador do projeto e sua forma de conduzir o grupo de tutores e as demandas de todos os envolvidos foram ressaltados como determinante do sucesso do projeto. O estilo de liderança foi a referência para os demais tutores, servindo como modelo de condução de um grupo com diversidade. As reuniões quinzenais com todos os tutores mantiveram a coesão e motivação do grupo de tutores e serviu como espaço de trocas de experiência e alinhamento metodológico dos grupos tutoriais.

“[...] foi fundamental para o sucesso do trabalho interprofissional a condução da coordenadora do PET que foi o ponto-chave para que as coisas não “desandassem” ao longo do percurso. Foi tão difícil o início do processo, foi tão trabalhoso e tão perdido, que se não fosse a presença dela, a gentileza, as suas qualidades que eu acho que têm que ser ressaltadas: gentileza, simpatia e trabalho são o sobrenome dela, ela foi muito dedicada. Então eu acho que se não fosse esse tipo de condução que ela teve, talvez o grupo teria sofrido perdas, pessoas boas e que estavam ficando desmotivadas porque realmente a gente tinha um norte muito pequenininho pra gente conseguir encontrar”. (tutor 10)

O sucesso das iniciativas do PET-Saúde tem sido atribuído ao trabalho individual e à motivação dos docentes envolvidos, que contam com pouco ou nenhum apoio institucional. Os resultados encontrados sugerem a necessidade de maior envolvimento institucional, para evitar o amadorismo ou processos assistemáticos, e para fortalecer as ações de EIP desenvolvidas nos projetos.

Fatores que dificultaram o desenvolvimento do projeto

A falta de uma direção clara e objetiva do PET-Saúde e dúvidas sobre a efetividade do projeto, da sua capacidade de promover os resultados pretendidos foram críticas ao processo e ao projeto. Também foram listadas a estrutura rígida da universidade, a pouca disponibilidade de horário dos alunos e a dificuldade de comunicação com a gestão municipal. Mesmo tendo uma Comissão Executiva, com representantes da universidade e da gestão municipal, o contato com os gestores locais foi difícil e muitos gerentes dos centros de saúde desconheciam o projeto ou não se comprometiam com as atividades, como se o projeto fosse apenas da universidade e não uma parceria ensino-serviço.

“[...] Outro dificultador, talvez o mais importante, foi a não integração com a gerência do centro de saúde... o PET acho que ele traz consigo esse problema...ele acaba sendo um projeto das pessoas, mas é um projeto da instituição, né? O gerente vai abraçar o PET de acordo com

a sua disponibilidade pessoal, mas ele não encara aquilo como um projeto da unidade... da mesma forma, os departamentos e professores da universidade também não liberam os alunos para participarem das atividades...". (tutor 1)

A burocracia universitária limitou muitas iniciativas e propostas que surgiram no desenvolvimento do projeto, dificultou a criação de disciplinas compartilhadas entre os diversos cursos e os departamentos pouco valorizaram as atividades de EIP desenvolvidas pelos docentes no projeto. A falta de recursos de financiamento para as atividades de pesquisa e intervenções propostas foi, definitivamente, um dos maiores desafios, exigindo uma mobilização da Coordenação do PET-Saúde junto às Pró-Reitorias de Graduação, de Pesquisa e de Extensão. A rede municipal de saúde não disponibilizou nenhum recurso para as atividades específicas do PET-Saúde, que foram, muitas vezes, financiadas pelos tutores, preceptores e estudantes.

Desafios vivenciados

Foram diversos os desafios vivenciados pelos docentes: participar de um projeto novo, sem roteiro específico, foi como se lançar para o desconhecido e assumir os riscos; orientar grupo interprofissional; integrar ações com o serviço; e a inexperiência de tutoria na atenção primária.

"[...] Porque na verdade eu me deparei com uma situação que eu nunca tive uma oportunidade prévia de me preparar e sem assim conhecimento do que exatamente eu iria enfrentar. E foi o tipo da coisa que eu aprendi fazendo mesmo". (tutor 3)

"[...] A tutoria multiprofissional, no início foi um desafio. Tem até um fato muito interessante no meu grupo. Escutei uma conversa entre os estudantes de medicina, logo no início do PET-Saúde quando um dos alunos falou assim: "entrei no PET, mas a minha tutora não é médica... mas graças a Deus consegui um preceptor médico. Ele era bolsista do meu grupo, e era um aluno ótimo. De maneira interessante, este aluno permaneceu no grupo por um ano e meio e fez um relato no seu portfólio que muito me emocionou: "ainda bem que fiquei com um tutor de outra área porque além de aprender coisas novas, ampliei meu olhar e pude produzir com colegas de outras áreas. Vou ser um médico melhor". (tutor 12)

O desconhecimento da EIP e de seus pressupostos teóricos, foi o superado com o apoio das reuniões quinzenais da Coordenação com o grupo de tutores, com as trocas de experiências e alinhamento metodológico sobre aprendizagem de adultos, tecnologias de trabalho em equipe e avaliação formativa. Foi um trabalho colaborativo e um espaço importante de reflexão sobre a formação e desenvolvimento de uma linguagem comum.

Oportunidades percebidas

O desafio foi disparador de novas estratégias de trabalho docente e de reflexão sobre a articulação de suas atividades e saberes com as experiências dos outros profissionais do grupo tutorial e com o contexto dos docentes de diversos cursos. Mesmo relatando dificuldade em lidar com incertezas, a maioria dos docentes encontrou um caminho e acabou considerando um processo muito produtivo e gratificante.

O PET-Saúde provocou uma mudança no olhar sobre a relação dos docentes com os seus alunos e alunos de variados cursos, com os outros profissionais, sobre o serviço, o processo de ensino-aprendizagem e o cuidado. Orientar alunos de outros cursos despertou interesse sobre outras áreas e ampliou a discussão e as possibilidades de ação.

A convivência com o serviço, a aproximação com a comunidade e com as demandas dos usuários despertou o interesse por novas estratégias, assim como a admiração pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde que se revelaram como atores estratégicos no projeto.

“[...] eu ouvi vários depoimentos dos alunos em outras disciplinas do curso dizendo que o PET foi importante porque eles conheceram de perto o NASF, os centros de saúde, as academias da cidade, sempre acompanhados pelos ACS, que traziam experiências tão distintas pra nós de vivência porque a todo instante do nosso dia a dia eles estavam presentes... e fazendo coisas diferentes... de visitas domiciliares ao acolhimento”. (tutor 8)

O aprendizado sobre o serviço, sobre o SUS e a atenção primária foi um aspecto importante registrado pelos docentes, confirmando o que já vem sendo evidenciado na literatura^{12,13,16}, ou seja, que a atenção básica é um rico cenário para a EIP. A percepção da importância do saber-fazer e do conhecimento específico do profissional do serviço estabeleceu novas formas de interação entre docentes e profissionais do serviço.

“[...] nas reuniões eu escutava e aprendi muito com os preceptores nesse primeiro ano. Muita coisa sobre o SUS que eu não sabia eu aprendi com eles. Nisso eu comecei a colocá-los também pra ensinar pra gente. Então houve as primeiras reuniões de apresentação de palestras, que hoje eu aprendi que elas chamam reuniões dialogadas, que não são palestras, mas são rodas de conversa conduzidas pelos preceptores... sobre atenção primária, sobre a rede de fluxos dentro da secretaria de saúde, sobre o próprio SUS [...] e isso tudo pra mim era novidade e eu acho que foi uma forma, uma estratégia pedagógica, pra poder nivelar o grupo e ver onde que a gente podia avançar, onde que a gente podia voltar e repetir... eu achei que foi bom”. (tutor 10)

Uma das oportunidades importantes percebidas pelos docentes foi a possibilidade de novas parcerias institucionais e continuidade das atividades iniciadas pelo PET-Saúde em novos projetos de ensino, pesquisa extensão.

“[...] Eu só queria falar da relevância também da gente ter aprendido a trabalhar em parceria com outros colegas da UFMG e com os profissionais da rede. Eu acho que isso também é um diferencial que não pode ser desconsiderado, sabe? Porque efetivamente a distância da universidade com o serviço ela é muito ruim, negativa, e quando a gente se aproxima dá pra gente notar isso de forma mais clara”. (tutor 14)

A gestão compartilhada do projeto transformou docentes, preceptores e estudantes protagonistas do projeto, desde a concepção até a análise dos resultados. Os docentes envolvidos desenvolveram competências para o trabalho com grupos e, no final do projeto, mostraram-se capacitados e polyvalentes, capazes de atuar em equipes interdisciplinares, em diferentes níveis de atenção, adequando seus saberes de acordo com diferentes situações na busca da construção coletiva do conhecimento para solução de problemas que se apresentam cada vez mais complexos.

Atividades realizadas e estratégias pedagógicas

A coordenação promoveu atividades de capacitação e aprofundamento em temas diversos no sentido de qualificar o grupo para as atividades de pesquisa, de ensino e intervenção na atenção primária. Estas atividades aconteceram, também, de acordo com a demanda de cada grupo tutorial.

A realidade vivenciada pelos estudantes nos centros de saúde foi o elemento disparador de aprendizagem e, também, da reflexão sobre a produção de cuidados. Os docentes fizeram uso de muitas estratégias de ensino- aprendizagem, ou de forma intuitiva ou a partir da construção coletiva entre os demais tutores e preceptores. Aprenderam e aplicaram metodologias ativas e muitos instrumentos de avaliação, adotando o portfólio para avaliação formativa dos estudantes e preceptores. Para os docentes inexperientes em tutoria, esse processo de construção coletiva se tornou indispensável.

As reuniões regulares entre a coordenação e tutores, e as reuniões específicas de cada grupo tutorial, foram consideradas essenciais para o projeto, sendo espaço de construção coletiva e avaliação

de todo o processo, momento de troca de experiências, saberes e reflexão. A partir da identificação das necessidades, se estabeleciam os pactos do grupo, como a negociação de espaços, horários e tecnologias adequadas para as atividades no serviço e no projeto.

"[...] Eu vejo pelos meus preceptores, os caminhos que eles foram escolhendo... e em muitas reuniões a gente fez um balanço, sobre nós... sobre nossa formação, sobre o nosso grupo. E eram momentos importantes... às vezes a gente dá muito pouca importância à essa estratégia educativa, de se avaliar, de se rever...e foram muito importantes para as pessoas reconhecerem seu potencial, suas falhas, o quê que precisa ser melhorado... então eu acho que isso também foram os momentos principais do projeto". (tutor 6)

A incorporação das "rodas de conversa" foi um dispositivo considerado fundamental e estratégico. Todos aprenderam muito, inclusive, sobre a importância de um projeto terapêutico singular e tomada de decisão compartilhada. O uso do portfólio, como instrumento de avaliação formativa promoveu um melhor acompanhamento de cada estudante, e da capacitação dos preceptores.

"[...] eu achei essa experiência riquíssima dos estudantes apresentarem o portfólio para os outros... E eles se deram conta de que de uma mesma visita eram narrados aspectos completamente diferentes... E eu não falei nada... eles disseram: nossa, mas que coisa interessante! Olha o quê que você falou, nada disso eu prestei atenção!! E como é que tudo isso que você está falando é importante, interessante e relevante!!!". (tutor 14)

Os tutores demonstraram consciência profissional à medida que reconheceram a oportunidade de troca de conhecimentos e crescimento profissional, identificando, ainda, a possibilidade de conhecer outras realidades formativas e outras práticas clínicas. O projeto favoreceu o conhecimento sobre outras profissões e discussão sobre papéis profissionais, o que é um dos elementos centrais da prática colaborativa, objetivo final da EIP.

Um olhar sobre as experiências

A literatura^{1,2,5,12} indica que o sucesso de iniciativas de EIP pode depender de uma cultura que reflete e promove uma prontidão para a mudança e educação permanente e a capacidade de identificar melhorias nas relações interprofissionais, no processo de trabalho e em melhores resultados para os pacientes^{2,4,30,31}. Os resultados encontrados indicam, assim, que o PET-Saúde é um contexto favorável, uma vez que o envolvimento do docente e sua capacidade de criação e adaptação frente à adversidade, e a melhoria na colaboração entre os atores envolvidos são os que mais se destacaram. O desenho do projeto, os estudantes em pequenos grupos, a interação com profissionais de serviço e usuários tornaram o programa em uma experiência única e desafiadora. A partir dos relatos, temas importantes emergiram, identificando, na proposta de EIP do PET-Saúde, indicadores de inovação educacional que corroboram os achados de estudos nacionais e internacionais^{2,5,32,33}.

Albuquerque et al.³⁴ definem como integração ensino-serviço: "o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços" (p. 357); e propõem os espaços de integração ensino-serviço como cenários privilegiados de formação dos profissionais da saúde. De fato, nossos resultados indicam que estar no cenário real possibilitou uma aprendizagem espontânea, constante e crítica, possibilitando momentos ricos de problematização e reflexão sobre a prática profissional, constituindo-se, assim, um espaço de diálogo entre o trabalho e a educação, podendo o estudante perceber o cotidiano do cuidado. Facilitou a construção de perspectivas ampliadas sobre a complexidade do campo da saúde, que exige um modo de organização mais centrado no usuário, e não somente na técnica e no procedimento.

Assim como identificado nos estudos de Olson e Bialocerkowski² e Bennett et al.¹⁷, é importante e necessária uma liderança presente, coordenando os projetos com um estilo de liderança apreciativa, pois a complexidade da atividade requer acompanhamento e avaliação permanentes.

Os resultados sugerem uma série de estratégias pedagógicas potentes, para facilitar a aprendizagem de colaboração interprofissional e ultrapassar barreiras estruturais e funcionais, encontradas nos ambientes educacionais e na prática clínica, que também foram identificadas em outros estudos^{2,5,17}: ensino no cenário real de prática, pequenos grupos tutoriais, metodologias ativas e rodas de conversa.

As barreiras identificadas para a incorporação de atividades de EIP nos cursos foram: a pouca disponibilidade de horários dos alunos, a burocracia universitária e a comunicação precária entre docentes do próprio curso e de outras disciplinas, reforçando os resultados de Olson e Bialocerkowski², Bennett et al.¹⁷ e Barnsteiner et al.³⁵. O mérito acadêmico centrado na produtividade em pesquisa também tem sido identificado como desafio para a captação de outros docentes para iniciativas de EIP^{15,36}, o que nos faz refletir sobre a lógica do ensino universitário brasileiro, em suas estruturas e processos, e o mérito acadêmico.

Os resultados evidenciam aspectos importantes para o debate: por um lado, a estrutura das IES; e, por outro, a frágil legitimidade do programa pelos serviços de saúde. Ambas estão assentadas na lógica do apoio institucional, mas são cenários distintos, com diferentes possibilidades de enfrentamento dos desafios. O apoio institucional é de fundamental importância para o êxito da EIP, pois a integração ensino-serviço-comunidade e mudanças na estrutura universitária são ainda grandes desafios.

O estudo identificou elementos importantes de inovação educacional apontados na literatura^{19,32,33}, e nos permite considerar a proposta de EIP do PET-Saúde como inovação educacional exitosa. O desenvolvimento do projeto em grupos interprofissionais envolveu um conjunto de intervenções, processos e decisões que buscaram modificar atitudes, ideias, culturas, modelos e práticas pedagógicas. A motivação e compromisso dos docentes foram características importantes, assim como o protagonismo, compreendido como a participação dos docentes, estudantes e profissionais nas decisões pedagógicas, e a valorização da produção pessoal, original e criativa, estimulando processos intelectuais mais complexos e não repetitivos.

O projeto estimulou: a reconfiguração de saberes relacionados com o ensinar e o aprender; a reorganização da relação teoria/prática, rompendo com a clássica proposição de que a teoria precede a prática; a necessidade da aprendizagem constante e da reflexão sobre a realidade, com cidadania e solidariedade social; além de se constituir em espaço de pesquisa, como espaço de construção de conhecimento interdisciplinar, como espaço de desenvolvimento de aprendizagem e como espaço e tempo de uso das tecnologias de informação e comunicação.

A proposta de EIP no PET-Saúde na atenção primária se configura como uma prática educacional inovadora, potente para sensibilizar os envolvidos para a redução dos preconceitos que possam existir entre os profissionais, e reduzir a ignorância dos papéis e funções dos outros profissionais, assim como promover o desenvolvimento de competências colaborativas, objetivos centrais da EIP.

O estudo tem algumas limitações, entre elas, a seleção da amostra. Ela foi intencional, porque nos interessava docentes diretamente envolvidos. No entanto, somente alguns professores do corpo docente demonstraram interesse em participar do projeto PET-Saúde, havendo uma notável resistência de professores à integração da EIP no currículo. Há evidências de viés de gênero na amostra, prevalecendo docentes do sexo feminino. Pesquisas futuras devem também se concentrar tanto no desenvolvimento do corpo docente para a EIP, como na avaliação do desenvolvimento das competências colaborativas nos estudantes participantes das atividades de EIP. Estudos sobre a complexidade da comunicação e liderança devem ser desenvolvidos, pois a importância da coordenação e problemas de comunicação foram revelados neste estudo.

Enfim, os achados empíricos deste estudo identificam alguns aspectos que obstaculizam o alcance de melhores resultados a partir das experiências vividas no PET-Saúde, convocando as instituições envolvidas com os programas ministeriais a assumirem responsabilidades maiores com a sustentabilidade dos mesmos. A percepção dos tutores sob essa questão parece ser estratégica para recuperar a relação do PET-Saúde com o projeto formativo dos cursos.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on multiprofessional education of health personnel: the team approach. Geneva: World Health Organization; 1988. (Technical report series, vol. 769).
2. Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48(3):236-46. <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12290>
3. Cooper H, Spencer-Dawe E, Mclean E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. *J Interprof Care*. 2005;19(5):492-508. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500215160>
4. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ*. 2012;46(1):58-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>
5. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care*. 2011;25(3):167-74. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2010.529960>
6. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):178-84. <http://dx.doi.org/10.1002/chp.20033>
7. Johnson DW, Johnson RT, Smith KA. Cooperative learning returns to college: what evidence is there that it works? *Change*. 1998;30(4):26-35. <http://dx.doi.org/10.1080/00091389809602629>
8. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984 [acesso em 4 jan 2015]. Disponível em: <http://academic.regis.edu/ed205/kolb.pdf>
9. Schön DA. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
10. Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones S. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care*. 2003;17(1):21-34. <http://dx.doi.org/10.1080/1356182021000044120>
11. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford: Blackwell; 2005.
12. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: argument, assumption, evidence*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
13. McNair R, Stone N, Sims J, Curtis C. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. *J Interprof Care*. 2005;19(6):579-94. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500412452>
14. Goelen G, De Clercq G, Huyghens L, Kerckhofs E. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. *Med Educ*. 2006;40(6):555-61. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02478.x>
15. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teacher*. 2007;29(8):735-51. <http://dx.doi.org/10.1080/01421590701682576>

16. Humphris D. Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward? *Contemp Nurse*. 2007;26(1):48-55. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2007.26.1.48>
17. Bennett PN, Gum L, Lindeman I, Lawn S, McAllister S, Richards J et al. Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse Educ Today*. 2011;31(6):571-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.09.00>
18. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. The effectiveness of interprofessional education in University-Based health professional programs: a systematic review. *JBI Library Syst Rev*. 2011;9(46):1917-70.
19. Carbonell Sebarroja J. *A aventura de inovar: a mudança na escola*. Porto: Porto; 2001.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. *Diário Oficial União*. 25 jun 2007.
21. Câmara AMCS, Amaral JHL, Alves CRL. O FNEPAS e o PET-Saúde da UFMG/SMSA/PBH: a educação multiprofissional desenvolvendo competências para o trabalho em equipe. *Cad FNEPAS - Forum Nacional de Educação em Saúde*. 2011;1(1):44-50.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 12a ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.
23. Josso MC. *Experiências de vida e formação*. São Paulo: Cortez; 2004.
24. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>
25. Clandinin DJ, Connelly FM. Teacher's professional knowledge landscapes: teacher stories, stories of teachers, school stories, stories of schools. *Educ Res*. 1996;25(3):24-30. [10.3102/0013189X025003024](http://dx.doi.org/10.3102/0013189X025003024)
26. Lüdke M, Boing L. Caminhos da profissão e da profissionalidade docente. *Educ Soc*. 2004;25(89):1159-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302004000400005>
27. Reis PR. As narrativas na formação de professores e na investigação em educação. *Nuances Est Educ*. 2008;15(16):17-34.
28. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009. (Coleção pesquisa qualitativa).
29. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2002.
30. Sunguya BF, Hinthong W, Jimba M, Yasuoka J. Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(5):e96724. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0096724>
31. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD002213. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
32. Cunha MI, Foster MMS. Trilhas investigativas: localizando a inovação na prática pedagógica da universidade. *Rev Educ*. 2006;(21):17-27.
33. Maseto MT. Inovação na aula universitária: espaço de pesquisa, construção de conhecimento interdisciplinar, espaço de aprendizagem e tecnologias de comunicação. *Perspectiva*. 2011;29(2):597-620. <http://dx.doi.org/10.5007/2175-795X.2011v29n2p597>

34. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):356-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>
35. Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Moore SM. Promoting interprofessional education. *Nurs Outlook.* 2007;55(3):144-50.
36. Curran VR, Sharpe D, Flynn K, Button P. A longitudinal study of the effects of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *J Interprof Care.* 2010;24(1):41-52. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820903011927>

Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. La Educación interprofesional en PET-Salud: la percepción de los tutores. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 Supl 1:

El PET-Salud de la Universidad Federal de Minas Gerais fue la primera experiencia institucional de trabajo para la enseñanza de la educación en grupos interprofesionales tutoriales en la atención primaria, involucrando la participación de todas las carreras en el área de la salud. El objetivo de este estudio era comprender cómo los docentes / tutores PET-Salud percibieron la educación interprofesional (EIP) actual en el PET-Salud, a partir de la narrativa de 14 tutores del PET-Salud. La mayoría de los profesores fueron favorables a los elementos clave del proceso de enseñanza-aprendizaje en grupos interprofesionales en el servicio. El estudio identifica y nos permite considerar el PET-Salud en la UFMG como innovación educativa exitosa y que la atención primaria es un contexto favorable para la educación interprofesional

Palabras clave: Educación en salud. Servicios de integración docente asistencial. Docentes. Personal de salud.

Recebido em 03/11/14. Aprovado em 11/03/15.