

Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde

Edson Arpini Miguel^(a)
 Adriana Lenita Meyer Albiero^(b)
 Rozilda Neves Alves^(c)
 Angélica Maria Bicudo^(d)

Introdução

Os diagnósticos de doenças crônicas induziram mudanças nos cuidados de saúde nas últimas décadas, em que pacientes necessitam de atendimentos complexos realizados por equipes, estabelecendo-se demandas claras em relação à colaboração interprofissional em saúde¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², a EIP tem sido apontada por gestores, profissionais de saúde e educadores como um meio para a colaboração e a prestação de serviços em cenários de prática nos quais estudantes de diferentes profissões aprendem de forma cooperativa.

A EIP foi definida como “ocasiões em que duas ou mais profissões de saúde/assistência social aprendem de e, um sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”³, visando aprimorar as atitudes, o conhecimento, as habilidades e os comportamentos para a prática colaborativa, que, por sua vez, pode fazer melhorias na prática clínica⁴. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) assegura que deve-se “garantir o desenvolvimento do talento humano necessário para colocar a Atenção Primária em Saúde (APS) em prática com sucesso na incorporação de equipes multidisciplinares”⁵.

Segundo Reeves et al.⁶, a EIP é cada vez mais oferecida em todos os setores de saúde e assistência social aos alunos de graduação, pós-graduação, educação continuada com base em salas de aula, laboratórios de simulação e configurações clínicas ou virtuais. A evidência mostra que as habilidades para trabalhar em equipe e de forma colaborativa não são intuitivas e não são aprendidas fazendo o trabalho em si.

Entre os eixos que devem ser priorizados para os avanços na saúde integrada e em políticas de educação estão os mecanismos relacionados ao educador, como a capacitação de profissionais e apoio institucional; os mecanismos relacionados aos modelos curriculares, que modificam a logística e o cronograma; o conteúdo programático no aprendizado contextual e os modelos de avaliação². Por esta razão, Rudland⁷ propôs que a EIP “seja incorporada entre as atividades específicas de cada disciplina e do currículo” (p. 448-55).

Quanto ao referencial teórico que orienta a EIP, citam-se as teorias que sustentam as dimensões sociais da aprendizagem e do ensino interprofissional.

^(a) Departamento de Medicina; Centro de Ciências da Saúde; Universidade Estadual de Maringá (UEM). Avenida Colombo, 5790. Maringá, PR, Brasil. 87020-900. edarpini@gmail.com

^(b) Departamento de Farmácia; Centro de Ciências da Saúde; UEM. Maringá, PR, Brasil. almalbiero@uem.br

^(c) Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, UEM. Maringá, PR, Brasil. rnalves@uem.br

^(d) Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. angelicabicudo@gmail.com

A teoria do capital social é utilizada para descrever, compreender e medir as vantagens obtidas pelos indivíduos que fazem parte de uma rede social⁸.

Hammick et al.⁹ reconheceram que qualquer tentativa de escrever sobre teorias de educação interprofissional deve ter o cuidado de não excluir teorias que ajudem a compreensão de práticas colaborativas, pois não se poderia separar o inseparável. As teorias devem ampliar a compreensão da educação interprofissional, pois é um assunto bastante negligenciado.

Carpenter¹⁰, em 2003, referiu que as teorias do construtivismo social e do capital social na EIP não podem ser alcançadas no isolamento profissional ou social, abrindo espaço para a teoria do contato, na qual a educação interprofissional reúne estudantes de diferentes grupos profissionais em cenários de ensino aprendizagem, possibilitando que estas trocas de informação e conhecimento proporcionem de forma coletiva o crescimento desses grupos.

Para a Sociologia, o ensino interprofissional possibilita que o conhecimento seja construído socialmente, ou seja, desenvolvido, codificado e transmitido por meio de processos e organizações sociais, incluindo currículos profissionais, regulação profissional e instituições de ensino superior⁹.

Sob a perspectiva da teoria da complexidade, pretende-se superar a compreensão de que a realidade é linear e estável, entendendo-a como um sistema composto por muitos componentes ou dimensões que interagem entre si. A característica principal de sistemas complexos é a de que o todo exibe propriedades que não podem ser deduzidas das partes individuais¹¹, sendo que isso não garante estabilidade ou certezas. Os fenômenos podem exibir comportamentos caóticos e imprevisíveis, os sistemas complexos são sensíveis às mudanças e são compreendidos como sistemas abertos e o observador é parte do sistema e esses sistemas interagem e sofrem influências do ambiente¹².

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e de 2014 apontam para o desafio de uma formação mais qualificada, voltada para a prática, a fim de abordar os sujeitos, a família e a comunidade dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, respeitando os valores, hábitos e costumes, o que exige mudança na forma do exercício da docência. As DCN para os cursos de graduação na área de Saúde preconizam três grandes áreas: Atenção em Saúde; Gestão em Saúde e Educação na Saúde. Na gestão em Saúde, entre os descritores, devem ser valorizados os processos de ensino-aprendizagem, a aprendizagem interprofissional, a mobilidade e a formação de redes¹³.

Nas profissões da saúde, vem ocorrendo mudanças significativas, não apenas em função das DCN mas também das políticas públicas de promoção e prevenção, em especial as redes de Atenção à Saúde¹⁴.

Batista¹⁵ mencionou que, no Brasil, a EIP apresenta-se como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde.

Nesse contexto nacional, o fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade e as experiências decorrentes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) ofereceram a oportunidade para a criação de componentes curriculares, com o intuito de formar acadêmicos que exercitem práticas interprofissionais e o trabalho em equipe e que colaborem para fortalecer a rede de atenção, bem como que participem de uma formação mais compatível com a necessidade da população.

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído por meio da Portaria Interministerial¹⁶ nº 421, de 3 de março de 2010, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da Saúde, com a perspectiva da qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino¹⁷.

Ao abordar a formação em saúde, autores constroem uma trajetória do PET-Saúde sobre quatro eixos analíticos: as raízes históricas, explorando origens; o Pró-Saúde e o PET-Saúde no conhecimento de trajetórias; a integração ensino-serviço como uma ideia estruturante; e o desejo de mudanças das práticas de integração e aprendizagem interprofissional^{18,19}.

No ano de 2009, em discussões realizadas no evento “A construção de uma práxis interdisciplinar em Saúde”, os estudantes, trabalhadores da Saúde e professores/tutores da UEM indicaram que um dos problemas mais graves era a dissonância entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da população e do serviço. Como produto desse encontro, a “Carta de Maringá” sustentou as iniciativas de integração dos cursos da área de saúde.

Na UEM, o PET-Saúde iniciou, em 2009, com o tema “PET-Saúde UEM: fortalecendo a Atenção Básica em Maringá (PR)”, com os objetivos de promover a integração dos alunos e profissionais que atuam na Atenção Básica nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Psicologia, Farmácia e Biomedicina.

A sustentação dessa proposta trouxe perspectiva de mudanças, pois foi idealizada em um modelo horizontal, centrado no aluno, orientado por competências e interprofissional, reforçando conceitos de horizontalidade e interdisciplinaridade. Para a Organização Mundial da Saúde, uma das principais justificativas para que a interprofissionalidade seja introduzida durante o período da graduação é a de que a prática colaborativa pode melhorar: o acesso aos serviços de saúde (e sua) coordenação; o uso adequado de recursos clínicos especializados; os resultados na saúde de usuários com doenças crônicas; a assistência e segurança dos pacientes², assim como a otimização e racionalização de recursos a serem utilizados nos sistemas de saúde⁹.

Os cursos da área de Saúde apresentam currículos estruturados com disciplinas, hierarquizados, verticais e centrados no professor. O movimento de mudança justifica-se pela busca de uma formação na graduação e pela necessidade de participação junto com o Sistema Único de Saúde, com criação de vínculos institucionais e pessoais, por meio de uma ação direta na qual o estudante possa visualizar a atuação interprofissional criando perspectivas de resolução dos problemas mais importantes e da prática diária das equipes de saúde.

A despeito de terem se destacado nos *rankings* classificatórios do Ministério da Educação (MEC), os cursos mantêm em suas bases teóricas os eixos de concordância com as DCN quanto ao perfil, às habilidades e às competências dos egressos. Porém, a manutenção de estruturas disciplinares, a formação de matrizes rígidas e a ausência de interdisciplinaridade comprometem o modelo, os tornando centrados no professor e nas áreas clínicas com perfil especialista e hospitalocêntrico, especialmente o curso de Medicina. Nesse curso, poucas foram as ações que buscaram capacitação para utilização de metodologias ou técnicas de ensino-aprendizagem que mudem este modelo. As tentativas de introdução de estudo de problemas ou de aprendizagem por times ou grupos foram pontuais e por curto período de duração.

Por sua vez, o curso de Educação Física não mostra um perfil de promoção em saúde como uma prioridade e os cursos de Farmácia e Biomedicina apresentam perfil tecnicista, com uma formação voltada ao mercado com poucas intervenções curriculares inovadoras.

O curso de Psicologia não está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde, o que, por si só, torna-se uma dificuldade para a elaboração de estratégias conjuntas na saúde e os cursos de Odontologia e de Enfermagem apresentam disciplinas de Saúde Coletiva nas séries iniciais do curso, com introdução ao sistema de saúde ainda com um viés de formação específico.

As práticas de metodologias ativas têm ganhado espaço na Enfermagem. A residência multiprofissional e as residências médicas têm se tornado um estímulo para a carreira ligada a educação e serviços para os sete cursos mencionados.

Tanto as DCN quanto o PET-Saúde abriram espaço para que as mudanças paradigmáticas começassem a ocorrer, colocando a possibilidade da consolidação de um perfil de egresso em sintonia com a realidade, com perspectiva crítico-reflexiva e fortalecendo o conceito de cidadania.

Este trabalho pretende descrever a experiência da Universidade Estadual de Maringá na implantação de mudanças curriculares dos cursos das áreas da Saúde, com a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária em Saúde e que ocorreram após a implementação dos projetos vinculados ao PET-Saúde, estimulando o ensino interprofissional e as práticas colaborativas.

Percorso metodológico

Processo de trabalho

Apoiada pela Pró-Reitoria de Ensino e Conselhos acadêmicos dos cursos e pela Secretaria Municipal de Saúde, a criação dessas disciplinas envolveu a participação de professores, tutores do PET-Saúde, estudantes, preceptores dos serviços de saúde e a gestão do município de Maringá durante os anos de 2012 a 2014 para a execução do edital do Programa PET-Saúde com vistas à reorientação da formação profissional na UEM.

A partir deste momento, foram realizadas reuniões quinzenais, nas quais foram definidas a orientação pedagógica e a metodologia de ensino-aprendizagem que balizou o processo de implantação. Além disso, os coordenadores (ou seus representantes) dos cursos da área de Saúde vivenciaram dinâmicas realizadas com a participação de estudantes do PET-Saúde em simulações das atividades com a aplicação da metodologia.

A sensibilização dos docentes interessados em tornarem-se tutores dos novos componentes curriculares/das novas disciplinas ocorreu em momentos diferentes na participação nas reuniões de elaboração, na divulgação/comunicação dos resultados alcançados pelos grupos do PET-Saúde e na realização de módulos tutoriais de desenvolvimento docente.

Esses componentes curriculares/disciplinas passaram a integrar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de cada um dos sete cursos, após aprovação nas diversas instâncias administrativas e deliberativas. Para a criação dos novos componentes curriculares, foi necessária a criação de horários livres comuns aos sete cursos da Saúde, para possibilitar a matrícula e a formação de turmas interprofissionais. Houve também a necessidade de redistribuição de carga horária para os docentes lotados em nove diferentes departamentos sem novas contratações, somente com a reordenação de carga horária docente.

Uma última etapa implicou na realização de quatro oficinas de trabalho de 12 horas de duração cada, com a participação de 28 docentes e 22 preceptores da rede municipal de Saúde, nas quais foram consolidados os objetivos, os conceitos da metodologia e a discussão e elaboração do mapa mental das disciplinas (Figura 1) e dos processos de avaliação, e ainda a elaboração de dois tutoriais (quadro 1) a serem utilizados como guia estruturado de atividades para condução das turmas interprofissionais. Inicialmente, foram 430 estudantes organizados em quarenta turmas, matriciadas pelo curso de Medicina, que detém o menor número de alunos matriculados por série.

A estrutura das disciplinas

Os componentes curriculares denominados Atenção em Saúde I e II foram introduzidos na matriz curricular no segundo semestre do primeiro ano e no primeiro semestre do segundo ano dos cursos, matriculados, respectivamente, no mesmo dia da semana e horário, com carga horária de 34 e 68 horas semestrais.

A disciplina de Atenção em Saúde I foi planejada com o objetivo de preparar o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional e desenvolvendo competências para este fim. Na disciplina de Atenção em Saúde II, a prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências trabalham com usuários, por meio da elaboração e aplicação de um projeto de intervenção, que poderá envolver pacientes, famílias, cuidadores e a comunidade.

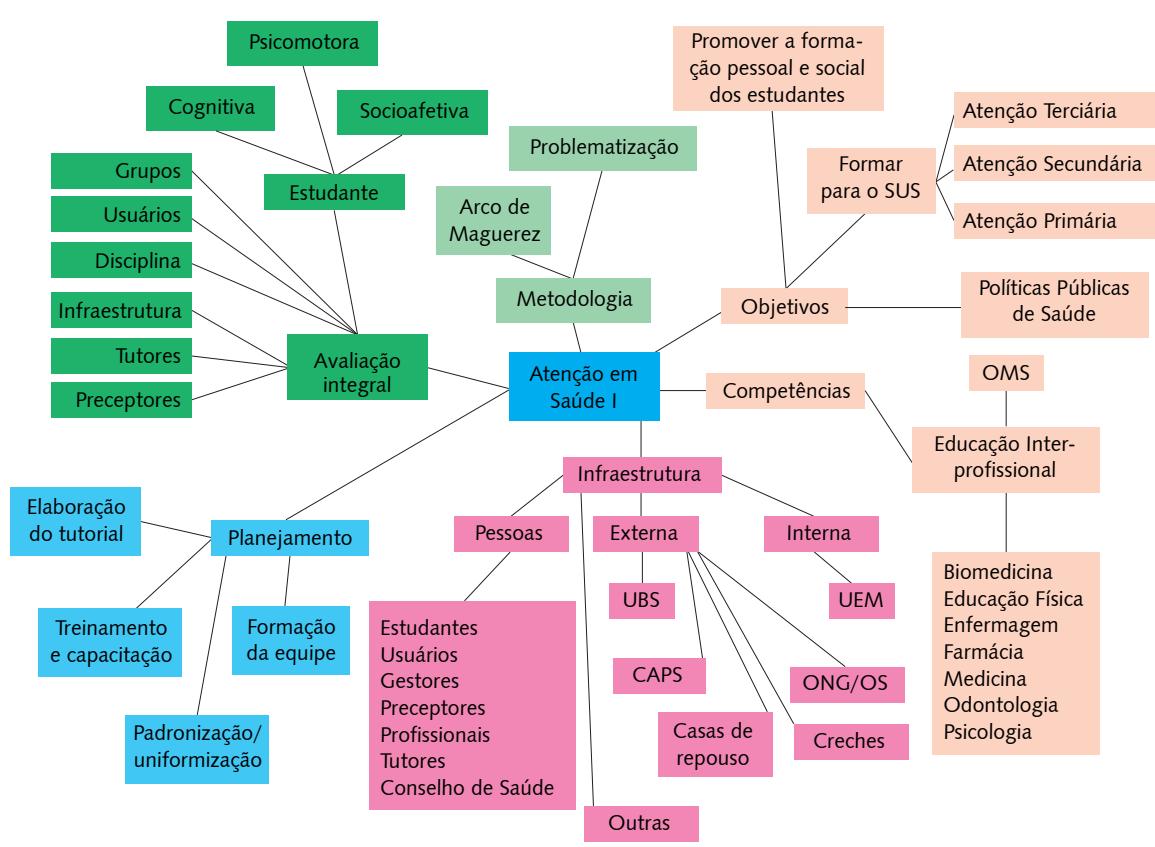


Figura 1. Mapa mental da Atenção em Saúde I

Quadro 1. Exemplo da sequência de atividades da disciplina Atenção em Saúde I

SEMANA 3 – Data: ___/___				Orientações para o professor
Objetivos	Horário	Local	Atividade	Descrição
No fim da aula, o estudante deverá ser capaz de: conhecer o território e identificar pontos de atenção em saúde disponíveis; explicar as ações e os serviços realizados na UBS e em demais entidades que compõem a rede de atenção básica do SUS; e demonstrar a infraestrutura e o modelo de organização de uma UBS.	13:30-14:30	UBS	Discussão em grupo/avaliação	Discutir infraestrutura e a organização das UBS.
	14:30-15:30	UBS	Observação da realidade	Conhecer o território/territorialização.
	15:30-16:30	UBS	Observação da realidade	Conhecer o território/territorialização.
	16:30-17:30	UBS	Discussão em grupo	Identificação dos pontos-chave e levantamento das questões orientadoras de estudo. Avaliação da aprendizagem.

Os objetivos

A disciplina de Atenção em Saúde I foi criada na perspectiva de um modelo de ensino-aprendizagem que visa à educação interprofissional e à formação em práticas colaborativas, integrando atividades de ensino-extensão por meio da metodologia ativa de problematização apoiada no Arco de Maguerez²⁰. É uma atividade de interação ensino-comunidade que tem como objetivo orientar e auxiliar o estudante da Saúde na sua formação pessoal, social e profissional, contribuindo para o seu crescimento como cidadão ético e comprometido com a saúde e o bem-estar da humanidade.

Os objetivos específicos da disciplina Atenção em Saúde I são: compreender a organização, as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); explicar as ações e os serviços realizados da Unidade Básica de Saúde (UBS) e demais entidades integrantes do SUS; identificar modelos de Atenção Primária e ações de promoção de saúde centradas no usuário; entender as contribuições das diversas profissões de Saúde em atividades de Atenção Básica; compreender a aplicação dos conceitos de educação interprofissional e de práticas colaborativas em atividades de educação e promoção de saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida; estabelecer um convívio saudável nas atividades em equipe multiprofissional, respeitando as diferenças das diversas profissões envolvidas; e demonstrar comportamento proativo, ético, respeitoso e afetivo nas relações com a equipe, indivíduos e comunidade.

Dessa forma, no primeiro ano os estudantes desenvolvem a capacidade de articular a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, visualizando a dimensão coletiva do problema considerando a integralidade e as dimensões psicossociais.

A disciplina Atenção em Saúde II tem por objetivos: atuar em equipe interprofissional de saúde de maneira crítica, reflexiva e humanista, respeitando as diferenças das profissões envolvidas e as necessidades da comunidade; conhecer as atividades desenvolvidas no serviço de saúde e compreender seu funcionamento; demonstrar os pontos de atenção e apoio em saúde, disponíveis na comunidade; comunicar e interagir com a comunidade e a equipe de saúde, respeitando os limites e as potencialidades de cada indivíduo ou grupo; analisar os problemas observados na comunidade e elaborar um projeto de intervenção com visão interprofissional baseado em decisões compartilhadas; executar ações de atenção em saúde visando à transformação da comunidade; e participar no controle social em Saúde, valorizando a formação ética do profissional.

Nessa disciplina, a atividade mais importante e que faz a interface com o serviço de Saúde é a elaboração e execução do projeto de intervenção, cujo tema é idealizado e discutido com a equipe.

Metodologia utilizada

No contexto da problematização, o Arco de Maguerez parte da observação da realidade e, posteriormente, dirige-se à análise, ao levantamento de hipóteses, à elaboração de propostas e à discussão de soluções para os temas e problemas encontrados²⁰.

A formação dos estudantes ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas de maneira interprofissional deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à realidade, no campo de atuação de uma equipe de saúde com visão integrada e colaborativa.

O pequeno grupo

O pequeno grupo foi designado como aquele que se constitui quando existem pessoas que compartilham o mesmo ambiente, com objetivos em comum e que trabalham coletivamente para alcançá-los, estabelecendo metas e estratégias e centrando-se na realização de tarefa. Nesse contexto, os participantes assumem papéis, permitindo a visão diversificada e o desempenho crítico diante das situações reais, bem como a construção coletiva de atitudes (des)alienantes, isto é: em um mesmo ambiente, decisões são tomadas considerando as diversidades e em meio à disposição para o trabalho grupal²¹.

A descrição desses “papéis” desenvolvidos por cada um está documentada em Pichon-Rivière²², em especial quando “denuncia os conteúdos latentes da grupalidade”, embora tenham sido, inicialmente, os estudos Bion que trouxeram à tona a noção de cultura de grupo, considerando os conflitos existentes entre a mentalidade de grupo e os desejos individuais, afirmando que pode haver uma “mudança catastrófica” quando ideias novas promovem uma ruptura na mentalidade do grupo prevalente para constituir uma nova verdade²³.

Bastos²⁴ descreveu os grupos operativos voltados para a promoção de saúde, caracterizando-os como possibilidade de intervenção em diferentes processos de aprendizagem. Finalmente, Pichon-Rivière²⁵ afirma que é na confluência das experiências individuais e coletivas que nasce o conteúdo que será manifestado pelo porta-voz do grupo²⁶.

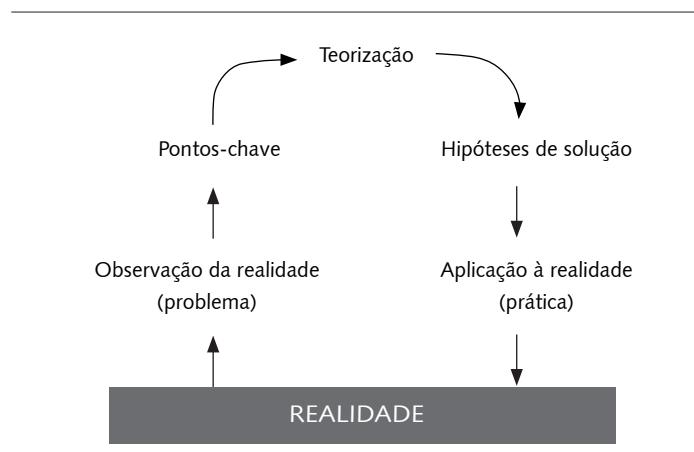


Figura 2. O Arco de Maguerez (Fonte: Bordenave, 2001). (citar no texto a Figura 2)

O processo de avaliação

O sistema de avaliação coerente com uma proposta de metodologia ativa de aprendizagem tem como objetivo mensurar as competências nos eixos cognitivos, psicomotor e afetivo de modo articulado, contínuo e sistemático, correlacionado e integrando-se com todas as variáveis envolvidas no processo de ensino e aprendizagem²⁷.

A avaliação nos pequenos grupos acontece a cada encontro, no qual o estudante é avaliado a partir de critérios predeterminados. O modelo de avaliação do módulo de Atenção em Saúde I está baseado em um modelo de avaliação integral, distribuídos conforme Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição percentual das avaliações da disciplina Atenção em Saúde I*

Domínio de avaliação	Estratégia	Percentual
Cognitivo	Avaliação por portfólio	40%
Psicomotor	Avaliação psicomotora*	30%
Socioafetivo	Avaliação socioafetiva*	20%
"	Avaliação dos pares*	10%
	Autoavaliação*	---

*Instrumentos próprios.

O trabalho desenvolvido, de maneira individual, ajuda a colocar em evidência as competências adquiridas por cada estudante. Seu objetivo é encorajar a reflexão e o estabelecimento de metas e objetivos registrados em um portfólio – uma coleção de vários documentos, de natureza textual ou não, que revela o desenvolvimento e o progresso na aprendizagem, explicitando os esforços relevantes realizados pelo estudante para alcançar os objetivos definidos no tutorial das disciplinas²⁸.

O desenvolvimento de habilidades e aspectos práticos relacionados à formação dos estudantes como observação ativa; participação colaborativa; análise; adequação às normas; comunicação adequada; procedimentos e técnicas profissionais; liderança; busca de informação; avaliação crítica da literatura; e raciocínio profissional refere-se à avaliação psicomotora.

A avaliação socioafetiva baseia-se na observação de pontos como a capacidade de reconhecer e lidar com sentimentos do outro e de si próprio; a capacidade de ouvir, observar e utilizar linguagem adequada; o respeito; a postura; as atitudes; a ética; a assiduidade; a pontualidade; o comprometimento; e a participação interpessoal, com *feedback* semanal aos estudantes no fim de cada encontro.

Os estudantes avaliam seus pares com critérios semelhantes aos utilizados pelo tutor a cada encontro na avaliação psicomotora e socioafetiva.

A autoavaliação representa uma estratégia de aprendizagem importante que prepara o estudante para repensar os resultados de suas próprias ações profissionais, refletir sobre o que aprendeu, avaliar como tal aprendizado contribuiu para a sua formação profissional, perceber suas necessidades individuais de aprendizagem, elaborar um plano que o ajude a lidar com suas dificuldades, refletir sobre o seu crescimento pessoal e social e revisar e atualizar seu planejamento de estudos e formação²⁷.

Resultados e discussão

Um primeiro aspecto a se discutir é a importância da inovação para estudantes de vários cursos em uma mesma atividade regular, base fundamental para a EIP e as práticas colaborativas. A própria busca da identidade profissional intrínseca de cada estudante e a possibilidade de reconhecer no outro um futuro colega de trabalho traz para as primeiras atividades dessas disciplinas reflexões pouco frequentes nos cursos da área da Saúde.

Entre as várias formas de analisar e classificar a tipologia desta atuação, D'Amour et al.²⁹ descreveram modelos de tipologia centrados em quatro dimensões: os objetivos e visão compartilhados de modo consensual, com ênfase na promoção da prática centrada no usuário; a internalização para o mútuo reconhecimento e respeito; a governança relacionada à colaboração e à liderança para a integração interprofissional e os serviços de saúde; e a formalização/pactuação de responsabilidades e negociação compartilhada. O debate teórico sobre a sociologia das profissões orienta-se em duas direções: ora os autores procuram apontar os elementos ou atributos do que consideram profissões, ora se voltam para a discussão do chamado processo de profissionalização³⁰.

Hamilton³¹ sugere que, ao adquirir valores, atitudes e habilidades consistentes em um profissional culturalmente competente, os alunos podem desenvolver, por meio da EIP e assim, uma capacidade para aplicar essas mesmas habilidades e atributos às suas relações com estudantes e futuros colegas de outras profissões da saúde, promovendo valores compartilhados e desencorajando a formação de barreiras interprofissionais. Se, por um lado, a competência cultural combate o etnocentrismo, por outro, a EIP contrapõe o modelo centrado no professor.

Para Feldman³², os professores em seus ambientes de trabalho lidam com muitas questões: éticas, afetivas, ideológicas ou culturais. A colaboração mútua apresenta a possibilidade de recriar os conhecimentos necessários para uma prática inclusiva, que respeita multiculturalidades, valores, gêneros e origens de classe social.

Os desafios em promover mudanças curriculares paradigmáticas, como as realizadas pelas disciplinas de Atenção em Saúde I e II, envolvem grande esforço institucional, mobilizando coordenadores de conselhos acadêmicos e departamentos, uma vez que tais mudanças interferem nos

projetos pedagógicos dos cursos e precisam ser fundamentadas e exaustivamente discutidas, com a participação de todas as categorias.

Para atuar nas disciplinas, foram realizadas oficinas de desenvolvimento docente em problematização e com técnica de grupos operativos. Para Cosme³³, momentos de “reinventar o trabalho docente” exigem mais do que a mudança para um instrutor ou facilitador; exigem, na realidade, a criação de um interlocutor qualificado no processo de ensino aprendizagem.

Essa dificuldade cultural e metodológica é relatada por Visser³⁴ em 2017, ressaltando que essas barreiras necessitam de novos estudos para sua melhor compreensão. No entanto, a ênfase nas habilidades interpessoais como característica fundamental do trabalho interprofissional bem-sucedido, logicamente, deve implicar que os alunos também tenham oportunidades de interagir face a face com outros estudantes e profissionais³⁵; isso, também, tornou-se um grande desafio para a implantação da disciplina, pelas características e olhares diferenciados de tutores, preceptores e estudantes.

Na busca do aprimoramento dos docentes e preceptores, estão em vigência no país cursos de formação em metodologias de ensino-aprendizagem, em articulação com os gestores nos vários níveis e com as instituições de ensino³⁶. Embora participantes dessas ações, não houve, na UEM, nos últimos anos, uma política de desenvolvimento docente que favorecesse a aproximação com as metodologias ativas, o que, infelizmente, ainda mantém um modelo hegemônico de formação com viés de especialistas e afastado da realidade da prática dos serviços de saúde, em especial na APS.

Entre as dificuldades com currículos inovadores, Batista³⁷ mencionou o desafio da inserção docente nesses processos e, em especial destaca, “a quase inatingível profissionalização docente nos cursos de medicina”, sendo este um problema frequente.

Para Morin, existe uma inadequação cada vez maior, profunda e grave entre os nossos conhecimentos disjuntos, partidos, compartimentados entre disciplinas e, de outra parte, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários³⁸.

Os componentes curriculares da disciplina Atenção em Saúde I e II têm como ementa o conhecimento sobre o funcionamento do SUS e a inserção dos estudantes na rede. Como principal objetivo, o conhecimento dos modelos vigentes de atenção em saúde, dentro de um cenário de ensino real, reforçando o vínculo e conhecendo a realidade da atuação profissional, em uma perspectiva ampla e reflexiva. Assim, concorda-se com Paulo Freire, que reconhece o homem em permanente construção e a produção do conhecimento como resultado das relações do homem com o mundo, ou seja, da problematização de sua experiência²¹.

A estratégia de apresentação dos serviços de saúde, desde o início dos cursos com preceptores da rede de serviços, auxiliou os estudantes a compreenderem que as equipes que utilizam práticas colaborativas estão mais dedicadas a promover a melhoria da assistência e a segurança do paciente, maximizando os recursos aplicados no sistema de saúde, deslocando do campo das emergências para a Atenção Primária em Saúde e incentivando o trabalho integrado.

A participação desses profissionais das unidades de saúde foi fundamental ao apoio para os tutores e estudantes nos cenários locais, colaborando e enriquecendo as discussões e uma vez que estes participaram na construção do tutorial das disciplinas, fato que viabilizou a aproximação do grupo às atividades e demandas do serviço de saúde local, na tentativa de apresentar a complexidade do sistema e das relações entre a equipe e a população.

A partir do exercício do pensamento e da ação crítica, inerentes ao projeto ético-político dos sistemas de saúde, o trabalho de grupos colaborativos leva à produção de conhecimentos individuais e coletivos direcionados à introdução de mudanças concretas nos espaços de trabalho institucionais, percepção também descrita por Reeves⁶ ao abordar o impacto sobre as atitudes, conhecimentos e habilidades mediante a EIP.

As dificuldades de mudanças curriculares descritas por Cyrino³⁹ alertam para propostas que envolvem áreas da Saúde Coletiva, que são contra-hegemônicas quando comparadas aos modelos tecnicistas, fragmentados e pautados na impessoalidade. As disciplinas de Atenção em Saúde I e II enfrentam esse tipo de questionamento por parte de alunos e professores, pelo fato de propor um modelo crítico e reflexivo, em pequenos grupos, e com avaliação referenciada em critérios. Seguindo

essas características, a inovação proposta proporcionou um momento peculiar na formação dos estudantes e do desenvolvimento docente, que tem sido aferido nas avaliações das séries que concluíram seus módulos e nos encontros periódicos com os docentes e preceptores envolvidos.

Desde o início da implantação das disciplinas, aspectos da construção e dos resultados obtidos foram compartilhados por meio de um capítulo no livro *Educação Baseada na Comunidade*, publicado pela Opas em 2014 e em eventos científicos, dentre os quais destacam-se: Network: Fortaleza, Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem) Joinville e Congresso Brasileiro de Ensino Farmacêutico, em 2014. Em 2015, há as oficinas de trabalho no Cobem, no Rio de Janeiro. Em 2016, tem-se a Oficina Interprofissional no Cobem, em Brasília, o Congresso Paranaense de Saúde e oficinas de Trabalho Interprofissional na Atenção Primária: capacitando 120 trabalhadores da Rede SUS.

A promoção da integração entre os docentes fez emergir projetos educacionais específicos em vários cursos da UEM, bem como a criação de uma linha de pesquisa para o doutorado de um dos autores.

Considerações finais

A introdução das disciplinas estimulou à integração entre a instituição de ensino superior e os serviços de saúde e reforçou a importância das pesquisas em nível de graduação e pós-graduação, produzindo conhecimentos que atendam às necessidades de saúde locorregionais.

Por meio desta experiência, foi possível promover mudanças metodológicas na apresentação dos conteúdos e a integração da teoria com a prática junto a rede de assistência, envolvendo as pessoas, as famílias, a comunidade e os serviços.

O estímulo a integração do ciclo básico e do ciclo clínico, presentes nos currículos tradicionais dos cursos de graduação na UEM, permitiu a resolução interdisciplinar e colaborativa dos problemas assistenciais e educacionais em saúde, contribuindo de forma fundamental para o bem-estar da comunidade.

Finalmente, a partir da implantação das disciplinas de Atenção em Saúde, foi institucionalizado um espaço para a Educação Interprofissional preparando os estudantes para a uma prática.

Contribuições dos autores

Edson Arpini Miguel é o autor principal do manuscrito cujo tema é parte de sua tese de doutorado, coordenou a participação dos coautores, elaborou, participou da discussão dos resultados, revisou o manuscrito em todas as suas versões e aprovou sua versão final. Adriana Lenita Meyer Albiero participou na discussão dos resultados, revisão e elaboração do manuscrito e aprovou a versão final. Rozilda Neves Alves participou da revisão, discussão dos resultados e aprovou o manuscrito em sua versão final. Angélica Maria Bicudo é orientadora da tese de doutorado do autor principal, participou das discussões dos resultados e aprovou o manuscrito em sua versão final.

Referências

1. Boaden N, Leaviss J. Putting team work in context. *Med Educ.* 2000; 34(1):921-7.
2. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010. (WHO/HRH/HPN/10.3).
3. CAIPE. Interprofessional education: the definition [Internet]. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
4. Brandt B, Lutfiyya N, King J, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the triple aim. *J Interprof Care.* 2014; 28(5):393-9.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde Estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde. Brasília (DF); 2008.
6. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Med Teach.* 2016;38(7):656-68.
7. Rudland JR, Mires GJ. Characteristics of doctors and nurses as perceived by student sintering medical school: implications for shared teaching. *Med Educ.* 2005; 39(5):448-55.
8. Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE guide no. 62. *Med Teach.* 2012; 34(2):e78-101.
9. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr HA. Best evidences systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Med Teach.* 2007; 29(8):735-5.
10. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Med Educ.* 1995; 29(4):265-72.
11. Glattfelder JB. Decoding complexity: uncovering patters in economic Works. Berlin: Springer; 2012.
12. Cooper H, Braye S, Geyer R. Complexity and interprofissional education. *Learn Health Soc Care.* 2004; 3(4):179-89.
13. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Ensino Superior. Resolução CNE/CES no. 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina. Brasília; 2014 [citado 23 Ago 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
14. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares no Paraná. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2):156-65.
15. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS.* 2012; 2:25-8.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 421/MS/MEC, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília; 2010 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.
17. Ministério de Saúde (BR). Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília; 2005 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.

18. Batista SHSS, Jansen B, Assis MIB, Cury GC. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface* (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:743-52.
19. Barr H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. London: Higher Education Academy; 2005.
20. Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
22. Pichon-Rivièr E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
23. Bion WR. *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
24. Bastos ABB. *Interações e desenvolvimento no contexto social da creche à luz de Henri Wallon [dissertação]*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
25. Pichon-Rivièr E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
26. Alves MC, Seminotti N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. *Psicologia USP* (São Paulo). 2006; 17(2):113-33.
27. Troncon LEA. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(1):30-42.
28. Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de avaliação e auto-avaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(56):171-83.
29. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in health care organization. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14.
30. Bosi MLM. Profissões e profissionalização: o debate teórico. In: *Profissionalização e conhecimento, a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec; 1996.
31. Hamilton J. Two birds with one stone: addressing interprofessional education aims and objectives in health profession curricula through interdisciplinary cultural competency training. *Med Teach*. 2011; 33:199-203.
32. Feldmann MG. *Formação de professores e escola na contemporaneidade*. São Paulo: Senac; 2009.
33. Cosme A. Ser professor: a ação docente como uma ação de interlocução qualificada. Porto: LivPsic; 2009.
34. Visser C, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Med Educ*. 2017; 17(1):2-13.
35. Pollard K, Rickaby C, Miers M. Evaluating student earning in an interprofessional curriculum: the relevance of pre-qualifying interprofissional education for future professional practice. Bristol: School of Health and Social Care, University of the West of England; 2008.
36. Ministério da Saúde (BR). Programa de desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Brasília; 2013 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: <http://portalsauder.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/proadi-sus>.

37. Batista N, Batista SH. Docência em saúde. 2a ed. São Paulo: Senac; 2014.
38. Morin E. É preciso educar os educadores. Jornal O Globo. 2 Jan 2017 [citado 19 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.fronteiras.com/entrevistas/entrevista-edgar-morin-e-preciso-educar-os-educadores>.
39. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2004 [citado 13 Set 2017]; 4(1):59-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100006.

Na educação interprofissional (EIP), duas ou mais profissões de saúde aprendem uma sobre a outra, aprimorando atitudes, conhecimento, habilidades e comportamentos para a prática colaborativa. Na Universidade Estadual de Maringá (UEM), os cursos de saúde apresentam currículos com disciplinas, hierarquizados e centrados no professor. Justificam-se mudanças em busca de uma formação integral. Este trabalho descreve a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária. Os componentes curriculares denominados Atenção em Saúde I e II foram introduzidos na matriz curricular. Nas atividades, foi utilizado o Arco de Maguerez, como metodologia ativa e um sistema de avaliação composto de eixos cognitivos, psicomotor e afetivo, articulados, contínuos e sistemáticos. Conclui-se que a EIP pode ser a integração entre universidade e os serviços de saúde trabalhando pela formação dos estudantes, na qual o conhecimento contribua de forma fundamental para o bem-estar da comunidade.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Currículo. Metodologias ativas.

Path and Implementation of Interprofessional Discipline in Health Courses

In interprofessional education, two or more health professions learn with each other, improving attitudes, knowledge, skills, and behaviors for collaborative practice. At Universidade Estadual do Maringá (UEM), the curricula of health courses have hierarchical and teacher-centered disciplines. Changes are justified aiming at a complete education. This paper describes the creation of primary care disciplines. Curricular components Healthcare I and II were introduced in the curricular matrix. The Maguerez Arc was used in the activities as an active methodology, as well an assessment system comprised of cognitive, psychomotor, and affective axes, which are articulate, continuous, and systematic. It is concluded that interprofessional education can be an integration between university and health services, working towards training the students so that knowledge essentially contributes to the community's wellbeing.

Keywords: Interprofessional education. Curriculum. Active methodologies.

Trayectoria e implementación de disciplina interprofesional para cursos en el área de la salud

En la Educación Interprofesional (EIP) dos o más profesiones de salud aprenden una sobre la otra, perfeccionando actitudes, conocimiento, habilidades y comportamientos para la práctica colaborativa. En la Universidad Estadual de Maringá (UEM) los cursos de salud presentan currículos con asignaturas, jerarquizados y centrados en el profesor. Se justifican cambios en búsqueda de una formación integral. Este trabajo describe la creación de disciplinas que actúan en la Atención Primaria. Los componentes curriculares denominados Atención en Salud I y II se introdujeron en la matriz curricular. En las actividades se utilizó el Arco de Maguerez como metodología activa y un sistema de evaluación compuesto de ejes cognitivos, psicomotor y afectivo, articulados, continuos y sistemáticos. Se concluyó que el EIP puede ser la integración entre la universidad y los servicios de salud trabajando para la formación de los estudiantes en donde el conocimiento contribuya de forma fundamental para el bienestar de la comunidad.

Palabras clave: Educación interprofesional. Currículo. Metodologías activas.

Submetido em 09/10/17. Aprovado em 01/04/18.