

# Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde:

## a potência para educação interprofissional na graduação

Luciane Ines Ely<sup>(a)</sup>Ramona Fernanda Ceriotti Toassi<sup>(b)</sup>

Ely LI, Toassi RFC. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1563-75.

This paper presents the results of a qualitative research (case study) that aimed to understand the meanings of a multiprofessional experience in an integrative teaching activity of a public university in the South of Brazil, analyzing its potential for interprofessional education. The activity takes place in Primary Care services and data were produced by means of individual semi-structured interviews with graduates, students and a university manager, a focus group with teachers, and participant observation with records on a field diary. The data were interpreted by thematic content analysis. Integration and interaction among students, teachers and health professionals promoted learning related to collaborative competencies, characteristic of interprofessional education. Institutional, physical and pedagogical challenges for sharing experiences among professions were highlighted, as well as the need to expand interprofessional education initiatives in undergraduate health curricula.

**Keywords:** Interprofessional relations. Higher education. Teaching-Care Integration Services. Brazilian National Health System.

Este artigo apresenta os resultados de pesquisa de abordagem qualitativa (estudo de caso) que se propôs a compreender os significados da vivência multiprofissional na atividade de ensino integradora de uma universidade pública do sul do Brasil, que acontece em serviços da Atenção Primária à Saúde, analisando seu potencial para a educação interprofissional (EIP). A produção de dados foi constituída por entrevistas individuais semiestruturadas com egressos, estudantes e gestor universitário, grupo focal com professores e observação participante com registros em diário de campo. Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo. A inte(g)ração entre estudantes, professores e profissionais da Saúde promoveu aprendizagens relacionadas às competências colaborativas, características da EIP. Desafios institucionais, físicos e pedagógicos para o compartilhamento das vivências entre profissões foram destacados, havendo necessidade da ampliação de iniciativas de EIP nos currículos da graduação em Saúde.

**Palavras-chave:** Relações interprofissionais. Educação superior. Serviços de integração docente-assistencial. Sistema Único de Saúde.

<sup>(a)</sup> Divisão de Qualificação e Aperfeiçoamento, Escola de Desenvolvimento de Servidores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Av. Paulo Gama, 110, Bairro Farroupilha. Porto Alegre, RS, Brasil. 90040-060. luciane.ely@progesp.ufrgs.br

<sup>(b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. ramona.fernanda@ufrgs.br

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a integralidade da atenção à saúde como um dos seus princípios ordenadores<sup>1</sup>. A concretização desse princípio, em um contexto de complexidade crescente das necessidades de saúde das pessoas e da população, requer um profissional preparado para atuar na realidade do trabalho em equipe caracterizado pela prática colaborativa entre as profissões<sup>2-5</sup>.

Políticas públicas de educação<sup>6,7</sup> e saúde<sup>8</sup>, aliadas a programas indutores de mudanças na formação<sup>9-11</sup>, vêm impulsionando transformações curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, reforçando a necessidade do trabalho em equipe, tanto no processo de formação dos futuros profissionais quanto nas práticas de trabalho no sistema de saúde.

Uma estratégia que tem ganhado reconhecimento da comunidade científica como um dos caminhos para aprimorar o cuidado em saúde por meio da formação de um profissional com capacidade de trabalhar em equipe, de forma colaborativa, é EIP<sup>12-16</sup>, que “ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde”<sup>13</sup> (p. 10).

Apesar desse contexto favorável e do destaque para iniciativas de EIP nos currículos da graduação em saúde no Brasil<sup>17,18</sup>, passadas quase três décadas da implementação do SUS, grande parte dos currículos dos cursos de graduação em saúde no Brasil continua estruturado por disciplinas e de forma essencialmente uniprofissional. Prevalece, assim, a formação de saberes e fazeres específicos de cada categoria profissional, que pouco promove a interação entre estudantes de diferentes profissões. Como consequência, os profissionais da saúde têm dificuldades para trabalhar em equipe, reproduzindo um modelo de cuidado fragmentado, pouco resolutivo e que reforça o corporativismo e o isolamento profissional<sup>4</sup>.

Este estudo trata da educação de profissionais da saúde e tem como objetivo compreender os significados da vivência entre profissões na atividade de ensino integradora de uma universidade pública do sul do Brasil, que acontece em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), analisando seu potencial para a EIP.

### O significado de uma atividade de ensino integradora

O desejo de implementar uma atividade de ensino integradora surge da construção coletiva de um grupo que procurou instaurar espaços inovadores aos modelos de formação vigentes nos cursos da saúde na universidade do estudo, participantes da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde). Criada em 2008, a CoorSaúde é um órgão colegiado vinculado à Pró-Reitoria de Graduação, formado pelas representações das Comissões de Graduação dos cursos da saúde e que tem como foco a articulação entre esses cursos, principalmente no que diz respeito à inserção dos estudantes nas redes de atenção à saúde do SUS<sup>19</sup>.

Nesse processo de implementação, resistências na forma de oferecimento de uma disciplina compartilhada entre diferentes Comissões de Graduação foram observadas, até pela estrutura organizativa da universidade. Enquanto proposta de integração “entre cursos” e “dos cursos com o serviço de saúde”, a atividade de ensino integradora estabeleceu-se no formato disciplinar como uma possibilidade de superar o atual modelo de formação organizado por núcleos de formação. Intenciona afrontar, micropoliticamente, as maneiras tradicionais de fabricar modos de estar no mundo, mesmo em instituições organizadas de forma mais tradicional<sup>20</sup> (Quadro 1).

A disciplina “Práticas Integradas em Saúde I” (PIS I) é oferecida desde 2012, como disciplina curricular eletiva ou adicional, aos estudantes de 15 cursos de graduação: Saúde Coletiva, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Políticas Públicas. Organiza-se em momentos de concentração que envolvem todo o grupo de estudantes, professores e profissionais da saúde; e momentos de tutoria com dois professores e oito estudantes em Unidades de Saúde da Família (USF)<sup>21</sup>.

Seus objetivos de aprendizagem buscam – a partir da convivência entre estudantes, professores e profissionais da saúde de distintas formações profissionais – conhecer e analisar o território adscrito a uma USF, compreendendo sua organização e o processo de trabalho da equipe que ali atua<sup>21</sup>. Seu método de aprendizagem envolve a observação e problematização<sup>22</sup> por meio da educação tutorial<sup>23</sup>. O corpo teórico inclui o estudo do território<sup>24</sup>, interdisciplinaridade<sup>25</sup> e interprofissionalidade<sup>13,14,26</sup>. A avaliação do estudante é processual, estabelecendo-se pela construção de um portfólio individual<sup>27</sup>. O planejamento das atividades a serem desenvolvidas é pactuado, a cada início de semestre, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, por meio da participação dos professores em uma reunião de equipe. Os agentes comunitários de saúde são os profissionais que mais acompanham as atividades da disciplina no território, que consistem no reconhecimento das microáreas e dos equipamentos sociais existentes, visitas a serviços de saúde que integram a rede SUS e atividades de observação do trabalho cotidiano da equipe de saúde. Após cada atividade, o grupo se reúne e discute sobre o que foi vivenciado.

**Quadro 1.** Caracterização da disciplina integradora “Práticas Integradas em Saúde I”

Início	Cursos envolvidos	Caráter	Duração	Carga horária	Momento do currículo em que é ofertada	Vagas*	Campo de prática
2012	Biomedicina Ciências Biológicas Educação Física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Medicina Medicina Veterinária Nutrição Odontologia (diurno e noturno) Políticas Públicas Psicologia (diurno e noturno) Saúde Coletiva Serviço Social	Disciplina eletiva ou adicional aos currículos	Quatro meses (um semestre)	Quatro horas semanais	A critério de cada Comissão de Graduação dos cursos envolvidos, que estabeleceram pré-requisitos próprios	Quatro por curso	Unidades de Saúde da Família (USF)

\* Para que as vagas sejam oferecidas a cada um dos cursos que compartilham a disciplina, é necessária a presença do professor indicado pelo seu curso.

## Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizando-se como um estudo de caso<sup>28</sup>, cujo cenário de investigação foi a atividade de ensino integradora dos cursos de graduação em saúde da UFRGS, intitulada “Práticas Integradas em Saúde I” (PIS I). A produção de dados envolveu a realização de entrevistas individuais semiestruturadas<sup>29</sup>, um grupo focal<sup>30</sup>, observação participante<sup>29</sup> e registros em diário de campo.

Participaram das entrevistas um gestor universitário, egressos e estudantes da graduação. Esses egressos e estudantes foram selecionados de modo intencional, considerando-se a diversidade dos cursos e o ano em que realizaram a disciplina. Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizado o critério da saturação teórica<sup>31</sup> associado à densidade do material textual. As entrevistas individuais seguiram um roteiro, previamente testado, tendo duração média de quarenta minutos. Foram realizadas na própria universidade ou no espaço de trabalho dos egressos, em local silencioso e reservado, em dias e horários que não interferiram no andamento de suas rotinas de trabalho ou estudo. Os quadros 2 e 3 caracterizam o perfil dos egressos (n=9) e estudantes (n=18) entrevistados.

**Quadro 2.** Perfil dos egressos entrevistados

Curso	Idade	Sexo	Ano de realização da disciplina integradora	Conclusão da graduação
Psicologia	24	Feminino	2012	2015
Políticas Públicas	24	Feminino	2015	2015
Nutrição	32	Feminino	2014	2015
Biomedicina	25	Feminino	2013	2013
Serviço Social	25	Feminino	2012	2014
Saúde Coletiva	54	Feminino	2012	2014
Saúde Coletiva	42	Feminino	2012	2013
Enfermagem	32	Feminino	2015	2015
Odontologia	27	Masculino	2012	2013

**Quadro 3.** Perfil dos estudantes de graduação entrevistados

Curso	Idade (anos)	Sexo	Ano de realização da disciplina integradora
Nutrição	21	Feminino	2014
Serviço Social	23	Feminino	2014
Ciências Biológicas	20	Feminino	2015
Fonoaudiologia	23	Feminino	2014
Farmácia	25	Feminino	2015
Farmácia	27	Masculino	2013
Políticas Públicas	24	Feminino	2015
Saúde Coletiva	59	Feminino	2014
Educação Física	26	Masculino	2015
Psicologia	20	Feminino	2015
Fisioterapia	19	Feminino	2016
Fisioterapia	20	Feminino	2016
Fisioterapia	19	Feminino	2016
Medicina Veterinária	33	Feminino	2015
Políticas Públicas	23	Feminino	2012
Medicina	28	Masculino	2016
Medicina	25	Masculino	2015
Medicina	24	Masculino	2014

Já o grupo focal teve duração de duas horas e contou com a participação de 11 professores dos núcleos profissionais da Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Previamente à realização das entrevistas e do grupo focal, a pesquisadora acompanhou as atividades de concentração e tutoria da disciplina durante um período de quatro meses (encontros semanais de quatro horas).

Para preservar a identificação dos participantes da pesquisa, foi codificada uma ordem sequencial de EE1 a EE9 para as entrevistas com egressos e, para os estudantes de graduação, de E1 a E18.

O material gravado foi transcrito e devolvido aos participantes, oportunizando uma releitura das ideias apresentadas. O material escrito no diário de campo também foi analisado. A técnica da análise temática de conteúdo<sup>32</sup> foi utilizada para a interpretação das informações, com o auxílio do *software* Visual Qualitative Data Analysis (ATLAS.ti). A fenomenologia, enquanto estudo da significação e das essências<sup>33</sup>, foi a abordagem teórica utilizada, amparada pelo referencial teórico da inovação pedagógica<sup>34</sup>, interdisciplinaridade<sup>25,35</sup>, educação interprofissional<sup>13,14,36</sup> e competências colaborativas para o trabalho em equipe<sup>37-39</sup>.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS (Parecer nº 1.403.420) e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Parecer nº 1.527.102).

## Resultados e discussão

Duas categorias emergiram a partir da análise do material empírico coletado: “A integração nos currículos da saúde: um caminho entre pessoas, saberes e profissões”; e “Desafios e perspectivas da educação interprofissional na graduação em saúde: dimensões institucionais e físicas, culturais e pedagógicas”.

### A integração nos currículos da saúde: um caminho entre pessoas, saberes e profissões

O paradigma do modelo curricular hegemonicamente uniprofissional e disciplinar, além da fragmentação do saber, contribui com concepções estereotipadas e o desconhecimento das responsabilidades e papéis dos demais profissionais da saúde, visto não promover a interação entre estudantes de outras profissões<sup>39</sup>.

A crítica ao modelo de formação restrito a um único núcleo de saber ficou evidenciada nos relatos dos estudantes que tiveram a possibilidade de vivenciar a disciplina integradora, destacando a importância dos espaços de inte(g)ração durante o percurso formativo. Uma formação que não promove trocas e interações com outras áreas da saúde “forma profissionais que não sabem interagir com ninguém, não sabem compartilhar o trabalho” (E1 – Nutrição). Trata-se de uma ‘cegueira situacional’, “todos conversando com os seus próprios pares” (gestor universitário).-

A “PIS I” vem na contramão desse modelo, possibilitando movimentos entre pessoas, seus saberes e profissões que se mesclam e se sobrepõem, mas também se complementam. Essa “costura” de profissões revela que a vivência na disciplina integradora promove uma característica importante da EIP, que é conhecer o trabalho do outro. “Vivenciar a disciplina é como costurar uma colcha de retalhos, e cada retalho é uma profissão” (Registro da pesquisadora no Diário de Campo sobre o depoimento de um estudante).

Na UFRGS, a disciplina integradora representa a única oportunidade de uma vivência entre estudantes e professores de diferentes cursos durante a graduação.

Foi a primeira disciplina que eu tive contato com outros cursos. A gente trabalha com vários profissionais, mas durante a graduação a gente acaba isolado, então, é a Nutrição com a Nutrição, não tem contato com a Enfermagem, não tem contato com fono, não tem contato com odonto [...]. (E4 – Nutrição)

As limitações ao modelo de formação que não promove trocas são reconhecidas pelos egressos, estudantes e professores, que vislumbram na disciplina integradora a possibilidade da integração entre estudantes, professores e profissionais da saúde, e de compartilhamentos de espaços e aprendizagens, característicos da EIP.

A EIP tem como princípio que profissões que aprendem juntas saberão trabalhar melhor juntas, o que também melhora a qualidade dos serviços prestados<sup>40</sup>. Sendo assim, é uma importante estratégia de qualificação dos estudantes para o trabalho em equipe, o que exige um modelo de organização da formação com amplas oportunidades de integração entre os cursos.

Embora a EIP seja desenvolvida e investigada há mais de três décadas nos EUA, no Canadá e em países da Europa<sup>12</sup>, os debates sobre a temática são recentes no Brasil. O curso de Medicina foi o primeiro a revisar suas DCN inserindo o termo “interprofissionalidade”, mas sem definir seu conceito<sup>7</sup>.

Entre os egressos e estudantes entrevistados nesta pesquisa, não houve clareza entre o significado dos termos “interdisciplinaridade” e “interprofissionalidade”, que, em muitas situações, foram

utilizados como sinônimos. “Na disciplina a gente já ia com o grupo inter (disciplinar, profissional), multi, sei lá a definição, e daí já nos obrigava a conviver” (EE1 – Psicologia). Entre os professores, essa dúvida conceitual também se fez presente: “[...] não domino muito o conceito, o termo da interprofissionalidade. Eu escorrego direto pensando em interdisciplinaridade. Não sei se é a mesma coisa. Não é, né?” (Professores – Grupo Focal).

A EIP é definida como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional e a saúde e o bem-estar dos pacientes<sup>14</sup>. Também traz a oportunidade de o estudante compreender mais claramente o trabalho como parte da equipe de prática colaborativa, aumentando a eficiência dessas equipes ao reduzir a duplicidade de serviços<sup>13</sup>. Já na perspectiva interdisciplinar, há um estímulo à integração entre diferentes áreas do conhecimento, mas não necessariamente existe a colaboração entre diferentes profissões<sup>35</sup>. A interdisciplinaridade pode ser um instrumento para a EIP, mas não é sinônimo<sup>36</sup>. São complementares.

A representação que o entendimento sobre interprofissionalidade e interdisciplinaridade trazem a uma proposta de ensino compartilhada entre diferentes cursos está muito além de uma definição teórica de conceitos. Envolve uma intencionalidade nas escolhas das experiências de ensino-aprendizagem no cenário de prática e no próprio objetivo pretendido com a disciplina. Não se trata de enclausurar a ação pedagógica dentro de conceitos, mas sim compreender os conceitos para potencializar a ação pedagógica.

Os estudantes reforçam a importância de experiências curriculares que permitam maior interação entre os cursos, diálogo entre profissões, respeito à opinião do outro e trabalho em equipe, o que vai se refletir no mundo do trabalho e na forma de cuidado às pessoas.

[...] a oportunidade de tu ter contato com colegas, conseguir entender o ponto de vista do colega já na graduação vai propiciar que, depois de formado, no mercado de trabalho, tu vai trabalhar numa equipe multidisciplinar. Então se tu já conseguir desde cedo ter essa visão, esse entendimento de que a opinião do outro é importante, que o trabalho do outro é importante, isso vai te ajudar depois, futuramente, na hora do trabalhar. E isso com certeza vai refletir no serviço que tu presta ao paciente. (E6 – Farmácia)

O distanciamento da formação na graduação para o trabalho em equipe trará dificuldades tanto para a comunicação entre os diferentes profissionais da saúde quanto para a escuta e resolutividade dos problemas apresentados pelas pessoas no processo de cuidado em saúde.

Muitos de nós vão para os serviços de saúde, educação, assistência, segurança... sem a menor ideia de como trabalhar em equipe. Daí acontece todo o tipo de problema de ruídos na comunicação, porque cada profissional quer trabalhar de um jeito, achando que cada um sabe melhor o que fazer. E o paciente/usuário sai perdendo porque dificilmente alguém escuta para além do sintoma ou da dificuldade que for, e quando nós trabalhamos com pessoas, temos que ter a sensibilidade de escutar e construir em conjunto. (EE1 – Psicologia)

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo, configurando-se em mútua relação entre as intervenções técnicas e a interação de seus agentes<sup>41</sup>. Reverberam os elementos da colaboração, como respeito, confiança, tomada compartilhada de decisões e parcerias pelo compartilhamento de responsabilidades<sup>37</sup>.

Aprendizagens específicas para o trabalho em equipe encontradas neste estudo dizem respeito a competências colaborativas, envolvendo comunicação, clareza dos papéis e competências das profissões, compreensão da relação de interdependência entre as profissões e atenção centrada no usuário<sup>38</sup>.

A comunicação oportunizada pela convivência com estudantes de diferentes cursos constituiu-se, para egressos e estudantes, um exercício de respeitar e valorizar a opinião do outro e buscar opiniões de diferentes profissionais para a integralidade da atenção à saúde.

É um exercício de poder ouvir e valorizar o que o outro pensa, independente de concordar ou não. (EE8 – Enfermagem)

Talvez o aprendizado que tenha ficado é não se prender somente àquilo que a gente está vendo e tentar buscar mais opiniões, aceitar opiniões diferentes, ter esse olhar multidisciplinar, interdisciplinar, um olhar integrado, de atenção. (E12 – Fisioterapia)

Revisão sistemática sobre trabalho em equipe realizada por Nancarrow et al.<sup>42</sup> apontou a comunicação, enquanto habilidade de discutir e resolver problemas em equipe, como um dos princípios para o trabalho em equipe. A comunicação deve envolver a escuta atenta, o clima de confiança entre os membros da equipe, a negociação, interação, debate e transparência<sup>12,37</sup>. É o denominador comum do trabalho em equipe<sup>43</sup> na medida em que permite ações permeadas pela articulação da prática intra e interequipe<sup>18</sup>, o que reforça a importância de atividades que oportunizem a inte(g)ração das relações interdisciplinares e interprofissionais para o desenvolvimento dessa competência.

Uma atividade de ensino que estimule a escuta ao saber do outro<sup>44,45</sup> e, portanto, seja marcada por momentos de diálogo entre profissões, é a base para o estabelecimento da colaboração. É também uma aposta para que, quando essas profissões estiverem trabalhando em equipe, possam melhorar a prática clínica nos serviços de saúde, que é um dos objetivos da educação interprofissional<sup>15</sup>.

Outro exemplo de competência colaborativa em saúde observado nesta pesquisa traduziu-se na importância da clareza dos papéis profissionais para que o trabalho em equipe se efetive. Os estudantes convivem e aprendem juntos atribuições de outras profissões, até então desconhecidas para eles.

A gente trocava muita experiência com relação às outras profissões. Eu não conhecia a Biomedicina, não tinha ideia do que estudavam, do que faziam. [...] O pessoal da Farmácia, como o farmacêutico interage, tudo o que ele faz. [...] A área da Nutrição, todo o contato que o nutricionista tinha com a unidade [...]. Esse contato foi muito enriquecedor, conversando com eles que eu conheci a realidade da saúde. (E7 – Saúde Coletiva)

Nessa vivência, há o reconhecimento de que uma profissão complementa a outra para o trabalho colaborativo em equipe, ou seja, existe uma interdependência entre as profissões.

Com certeza a disciplina me deu ferramentas para trabalhar numa equipe hoje [...] em especial a capacidade de compreender o papel de cada um dentro da equipe. São papéis diferentes, mas que se comunicam e se complementam. (EE8 – Enfermagem)

Os professores, da mesma forma, percebem na disciplina o “fazer” das diferentes profissões da saúde, permitindo a transformação/reconstrução dos saberes específicos de seu núcleo profissional.

[...] a gente não desconstrói, mas a gente transforma muito esse núcleo, e reconstrói, ou vê de um outro jeito. (Professores – Grupo Focal)

Entender a interdependência de cada profissão é fundamental para a educação e o trabalho interprofissional, facilitando a quebra de barreiras entre as profissões e o estabelecimento de práticas colaborativas e relações mais horizontalizadas nas equipes de saúde<sup>4</sup>.

A característica integradora da disciplina permite importantes aprendizagens sobre a perspectiva da atenção centrada no usuário/paciente/pessoa, outra competência colaborativa. O encontro com o usuário no local onde ele e sua família vivem e a compreensão desse contexto de vida permitem o deslocamento da identificação de necessidades na perspectiva do olhar do profissional para um entendimento de suas condições de saúde a partir de suas condições de vida.

Tu tem que entender a realidade do paciente pra poder fazer tua assistência [...], dar as orientações sobre como fazer os tratamentos, ou as coletas de exame, de acordo com a

realidade daquela pessoa, isso é fundamental para ele ter uma adesão ao tratamento. (E6 – Farmácia)

À medida que os profissionais centram seu processo de trabalho no usuário e em suas necessidades de saúde, atuam em um deslocamento de foco para além da sua atuação profissional, restringida ao âmbito da profissão e da especialidade, para uma prática compartilhada com profissionais de outras áreas<sup>46</sup>.

Há, desse modo, uma potência na disciplina integradora para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo em saúde, marcado pela aprendizagem sobre e com outras profissões, centrado nas necessidades das pessoas em seu território, características da EIP.

### **Desafios e perspectivas da educação interprofissional na graduação em saúde: dimensões institucionais e físicas, culturais e pedagógicas**

Um dos desafios para o desenvolvimento da EIP, encontrados neste estudo, refere-se ao contexto da instituição formadora. Uma atividade de integração entre cursos em meio a uma estrutura universitária amparada na organização departamental e em currículos essencialmente uniprofissionais vem permeada pelo receio do “novo”, do “diferente”, traduzido por resistências de áreas e profissões.

A PIS I desde o começo saiu como um projeto experimental atravessado por um conjunto de contradições: a contradição da fragmentação em departamentos, mas também por uma outra contradição, que é a universidade. Tem um certo receio da inovação, traduzido pela resistência de algumas questões que estão na ordem da vigência do interesse privado de algumas áreas de conhecimento, de algumas profissões no cotidiano. (Gestor universitário)

Um modelo de currículo organizado exclusivamente por núcleos de formação constitui-se uma barreira para a integração entre os cursos. Fragilidades curriculares são observadas quando se trata de adequar as competências às necessidades das pessoas, do trabalho em equipe e da educação interprofissional<sup>4</sup>. A formação estruturada de forma uniprofissional dificulta a inte(g)ração entre estudantes, prevalecendo a formação exclusiva de saberes e fazeres específicos de cada núcleo profissional, contribuindo com concepções estereotipadas e desconhecimento das responsabilidades e papéis dos demais profissionais da saúde<sup>12,13,39,40</sup>.

Ainda que a disciplina integradora represente a única oportunidade de ensino curricular dos 15 cursos envolvidos, no qual os princípios da EIP podem ser discutidos e experienciados em cenários de prática do SUS, não apresenta caráter curricular obrigatório, oferecendo quatro vagas semestrais por curso. Sua abrangência, portanto, enquanto oferta formativa, é limitada à grande maioria de estudantes de graduação da saúde desta universidade. Para a efetividade de práticas integradoras entre os cursos da saúde, é imprescindível que sejam oferecidas atividades de ensino curriculares com essa proposta, o que é reconhecido nas narrativas de egressos e estudantes quando ressaltaram a importância da integração durante a formação para a consolidação de tais práticas integradoras, entendendo que a disciplina deveria ter caráter obrigatório: “Se o Governo Federal tem a ideia de ter uma prática integradora, é essencial que tenham integração na formação, então a PIS I teria que ser obrigatória” (E9 – Educação Física).

A literatura, da mesma forma, reforça que a EIP seja uma proposta que complemente a educação uniprofissional<sup>12</sup>, sendo oferecida em caráter obrigatório. A EIP voluntária ou eletiva pode ficar subentendida como de menor importância, reduzindo o comprometimento dos estudantes<sup>13</sup>.

A estrutura curricular segmentada vem acompanhada de uma arquitetura dividida em *campus* com diferentes prédios para cada curso, dificultando a troca, a convivência e a integração. A disciplina integradora, nesse contexto, parece ter conseguido ultrapassar o limite geográfico dessas barreiras físicas.

É possível perceber, ainda, a necessidade de qualificar a estratégia pedagógica para a integração entre os cursos. Ao longo da disciplina, estudantes e egressos apontaram ausência de espaços formais para as trocas sobre o que estavam vivenciando nos territórios, o que ocasionalmente acabava acontecendo em espaços informais, como mostra o relato:

Na volta [da vivência no território], eu sentei no ônibus com uma colega das políticas públicas e conversamos sobre como tinha sido a territorialização, e ela me perguntou sobre o que tinha chamado mais atenção. A primeira coisa que pensei foi na reabilitação do senhor com AVC [acidente vascular cerebral] e o movimento que ele já estava conseguido fazer com os braços, que ele não tinha antes, ou seja, com a autonomia que ele estava tendo. E ela disse “nossa, eu vi uma coisa totalmente diferente, como a situação deles na casa era precária, sem condições de acessibilidade para aquele senhor, ele teve que entrar na justiça para conseguir se aposentar, porque não queriam encostar ele!”. Foi uma visão totalmente diferente daquela que eu tive. (E13 – Fisioterapia)

Reunir estudantes de diversos cursos em uma vivência, por si só, não garante a inte(g)ração. Para que a inte(g)ração e a interprofissionalidade se efetivem, há que se pensar em estratégias pedagógicas que promovam discussão, reflexão e análise crítica sobre a atuação em saúde, para que as percepções enraizadas culturalmente sobre as profissões possam ser desconstruídas e novos modos de fazer saúde integral sejam consubstanciados.

Os professores, por sua vez, também enfatizaram a necessidade de espaços para reflexão e planejamento da disciplina, o que esbarra no desafio das atribuições institucionais de cada professor em seu curso de origem.

A reflexão crítica sobre o realizado é fundamental para melhorar a prática, a reflexão crítica “entre o fazer e o pensar sobre o fazer”<sup>45</sup> (p. 43). A importância do desenvolvimento do corpo docente, anunciada pelos professores da atividade de ensino integradora, é amplamente discutida nos referenciais da EIP, considerado necessário para o sucesso de uma iniciativa de EIP<sup>4,12,15,47</sup>. A formação continuada e reflexiva sobre a prática pedagógica no coletivo é uma das condições para o sucesso da implantação de inovações curriculares<sup>34,48-50</sup>.

Há necessidade de um forte e consistente apoio institucional, destacando-se uma equipe docente engajada que aposte e acredite na estratégia pedagógica da EIP; políticas institucionais e recursos para desenvolver e implementar a EIP; investimento em conhecimento sobre EIP e disseminação da proposta; tempo para planejamento; e boa comunicação entre os envolvidos<sup>26</sup>.

A vivência entre as profissões apresenta inegáveis potencialidades, mas também descortina um conjunto de questões que desafiam a inte(g)ração entre os cursos, como o contexto da instituição formadora, a departamentalização e os currículos uniprofissionais, além dos aspectos pedagógicos da disciplina. Apesar de a PIS I ser uma atividade reconhecida pela comunidade acadêmica e pela gestão universitária, é preciso avançar. A disciplina não pode permanecer como a única possibilidade de atividade de ensino curricular pautada na inte(g)ração, nem mesmo considerando seu caráter não obrigatório. Há que se criar condições de flexibilização curricular, com iniciativas de EIP ou estabelecimento de currículos comuns<sup>16,47</sup>.

Para além das políticas públicas e do apoio institucional, a consolidação das iniciativas de EIP envolve a articulação dos atores envolvidos com o processo formativo em saúde: profissionais da saúde e serviços; e professores e estudantes, ampliando os espaços de integração e aprendizagens entre diferentes núcleos profissionais.

Como limitação desta pesquisa, aponta-se a ausência da percepção dos profissionais das USF em relação à disciplina integradora. Por seu aspecto integrador, torna-se essencial o investimento em pesquisas de avaliação e acompanhamento dessa atividade junto com os serviços de saúde e com os estudantes que dela participam ao longo de sua trajetória acadêmica em seus diferentes cursos e, enquanto egressos, inseridos no mundo do trabalho.

## Considerações finais

Experienciar uma atividade de ensino curricular integradora na graduação, em cenários de prática do SUS, promove compartilhamentos e estranhamentos a partir de diferentes percepções. Amplia a perspectiva do olhar do futuro profissional da saúde, criando novos espaços de reflexão e de construção de saberes, agrega aprendizagens à formação relativas ao conhecimento sobre as diferentes profissões da saúde e organização de um trabalho em equipe pautado na colaboração. Apresenta-se, assim, como uma potente estratégia para o desenvolvimento da EIP.

Considerando os desafios relacionados às práticas curriculares de EIP, é necessário oferecer oportunidades de qualificação do trabalho docente, bem como de espaços contínuos para debate e reflexão entre os diversos atores. Trabalhar com estudantes de diferentes cursos e promover articulações de aprendizagens uns com os outros apresentam-se como uma experiência nova e desafiadora aos professores. O desenvolvimento do corpo docente pode reduzir sentimentos de isolamento e balizar uma abordagem mais colaborativa, a fim de ampliar as oportunidades de compartilhamento de saberes e experiências.

O estudo mostrou a necessidade de ampliação de iniciativas de EIP na graduação, a fim de construir conhecimentos para além do núcleo profissional, aprimorando a formação para o trabalho em equipe.

### Contribuições dos autores

As autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Referências

1. Lei 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; sec. 1, p. 18055.
2. Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
3. Ceccim R, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010; 376:1923-58.
5. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Truijien S, Meulemans H, Van Royen P. Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. BMC Med Education. 2015; 15:188.
6. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em odontologia. Diário Oficial da União. 4 Mar 2002; Sec. 1, p. 10.
7. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014, de 20 de Junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação (BR). Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Edital nº 13, de 28 de Setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/GRADUASUS – 2016/2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Barr H. Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review. London: Higher education academy, health sciences and practice network; 2005.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: WHO; 2010.
14. 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; 28(3):CD002213.
15. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies S, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Med Teach.* 2016; 38(7):656-68.
16. Silva J, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49 Esp 2:16-24.
17. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS.* 2012; 2:25-8.
18. Silva R, Scapin L, Batista N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas).* 2011; 16(1):165-84.
19. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Saúde [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2015 [citado 13 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/coorsaude/coorsaude-1/historico>.
20. Feuerwerker L, Capazzolo A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-58.
21. Toassi RFC, Lewgoy AMB. Práticas integradas em saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(57):449-61.
22. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface (Botucatu).* 1998; 2(2):139-54.
23. Veiga Simão AM, Flores MA, Fernandes S, Figueira C. Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. *Sísifo Rev Cienc Educ.* 2008; 7:75-88.
24. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
25. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber.* Rio de Janeiro: Imago; 1976.
26. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):185-96.

27. Ferla AA, Ceccim R. Portfólio como dispositivo da avaliação: aproximações para a definição de novas estratégias de avaliação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. In: Ferla AA, Rocha CMF, organizadores. *Cadernos da Saúde Coletiva: inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: UFRGS; 2013. p. 51-8.
28. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
29. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
30. Kitzinger J. Grupos focais. In: Pope C, Nicholas M. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
31. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Mel DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):389-94.
32. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
33. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
34. Leite D, Genro ME, Braga AM. Inovações pedagógicas e demandas ao docente na universidade. In: Leite D, Genro ME, Braga AM, organizadores. *Inovação e pedagogia universitária*. Porto Alegre: UFRGS; 2011. p.19-48.
35. Thiesen J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ*. 2008; 13(39):545-54.
36. Barr H, Low W. *Introducing interprofessional education*. Fareham: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE); 2013.
37. Orchard C, Bainbridge L. Competent for collaborative practice: what does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education? *J Taibah Univ Med Sci*. 2016; 11(6):526-32.
38. Barr H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998; 12(2):181-8.
39. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
40. McNair R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Med Educ*. 2005; 9(5):456-64.
41. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
42. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*. 2013; 11:19.
43. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviço de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
44. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 11a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
45. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
46. Agreli H, Peduzzi M, Silva M. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.

47. Kreindler SA, Dowd DA, Star ND, Gottschalk T. Silos and social identity: the social identity approach as a framework for understanding and overcoming divisions in health care. *Milbank Q.* 2012; 90(2):347-74.
47. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care.* 2005; 19 Suppl 1:21-38.
48. Veiga I, Carvalho MH. A formação de profissionais da educação. In: Ministério da Educação (BR). Subsídios para uma proposta de educação integral à criança em sua dimensão pedagógica. Brasília, DF: Ministério da Educação; 1994.
49. Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Abdalla IG, Costa NMSC, Lampert JB, Stella RCR. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33 Supl 1:53-62.
50. Silva RHA. Avaliação do processo de gestão na implantação de processos inovadores na Faculdade de Medicina de Marília: aspectos da resiliência docente e discente. *Avaliação (Campinas).* 2009; 14(2):471-85.

Ely LI, Toassi RFC. Integración entre currículos en la educación de profesionales de Salud: la potencia para educación interprofesional en la graduación. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 2):1563-75.

Este artículo presenta los resultados de investigación de abordaje cualitativo (estudio de caso) cuya propuesta fue comprender los significados de la experiencia multiprofesional en la actividad de enseñanza integradora de una universidad pública del sur de Brasil, que se realiza en servicios de la Atención Primaria de la Salud, analizando su potencial para la educación interprofesional (EIP). La producción de datos se realizó por medio de entrevistas individuales semi-estructuradas con egresados, estudiantes y gestor universitario, grupo focal con profesores y observación participante con registros en diario de campo. Los datos se interpretaron por el análisis temático de contenido. La integración o interacción entre estudiantes, profesores y profesionales de la Salud promovió aprendizajes relacionados con las competencias colaborativas, características de la EIP. Se subrayaron los desafíos institucionales, físicos y pedagógicos para la compartición de las vivencias entre profesiones, habiendo necesidad de la ampliación de iniciativas de EIP en los currículos de la graduación en Salud.

**Palabras clave:** Relaciones interprofesionales. Educación superior. Servicios de integración docente-asistencia. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 16/10/17. Aprovado em 13/06/18.

