

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

MÍRIAM CRISTINA JOSÉ VALÉRIO

**AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE PARA INTERPROFISSIONALIDADE DOS  
ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: IMPACTO DO PROGRAMA PET-SAÚDE  
INTERPROFISSIONALIDADE**

**CURITIBA**

**2021**

MÍRIAM CRISTINA JOSÉ VALÉRIO

**AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE PARA INTERPROFISSIONALIDADE DOS  
ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: IMPACTO DO PROGRAMA PET-SAÚDE  
INTERPROFISSIONALIDADE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre, no Programa de  
Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, da  
Faculdades Pequeno Príncipe.  
Orientador: Prof. Dr. Christian Boller

CURITIBA

2021

V164a Valério, Miriam Cristina José  
Avaliação da disponibilidade para interprofissionalidade dos estudantes da área da saúde: impacto do Programa Pet-Saúde Interprofissionalidade / Miriam Cristina José Valério – Curitiba, 2021.  
100f.: il.; 30cm

Orientador: Christian Boller

Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe.

1. Estudantes da área da saúde. 2. Educação interprofissional. 3. Aprendizagem baseada em problemas. I. Boller, Christian (orient.). II. Título.

CDD 610.7  
CDU 61:378

Ficha elaborada pela bibliotecária Maria Isabel Schiavon Kinasz – CRB9/626

## TERMO DE APROVAÇÃO

Miriam Cristina José Valério

“Avaliação da Disponibilidade para Interprofissionalidade dos Estudantes da Área da Saúde: Impacto do Programa PET-Saúde Interprofissionalidade”

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE (A)**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):



**Prof. Dr. Christian Boller**

Doutor em Biotecnologia Aplicada a Saúde da Criança e do Adolescente. Professor e Orientador do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof.ª Dr.ª Maria Rosa Machado Prado**

Doutora em Processos Biotecnológicos. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof. Dr. Daniel Rogério Petreça**

Doutor em Ciências do Movimento Humano. Professor na Universidade do Contestado em Mafra/SC. Faz parte do Núcleo de Educação Física, Núcleo Docente Estruturante e Núcleo de Pesquisa em Ciências da Saúde e Meio Ambiente. Participa do grupo de pesquisa do Laboratório de Gerontologia (LAGER) da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Curitiba, 02 de junho de 2021.



## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida, por ter me mantido com firmeza, saúde e fé até aqui.

A minha família, minha fonte de inspiração, especialmente ao meu marido Miguel, amigo e companheiro, pelo seu amor incondicional, por todo cuidado e paciência que tens comigo. Aos meus filhos José e Ana, por sua compreensão, carinho e incentivo, vocês são meu tesouro. Muito obrigada!

Aos meus queridos pais Nereu e Beatriz, grandes apoiadores e motivadores deste processo, esta conquista também é de vocês, minhas viagens à Curitiba foram mais leves com sua presença. As minhas irmãs Daisy, Denize, Dione e Cláudia, obrigada pela acolhida e cumplicidade, vocês são grandes exemplos na minha vida.

Ao meu orientador professor Christian Boller, obrigada por me enriquecer profissional e pessoalmente, por ter aceitado conduzir esta pesquisa de temática tão desafiadora, fica o respeito, amizade e admiração construídos ao longo deste processo.

Agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho Renata, Daniel e Josiane, pelas valiosas contribuições no decorrer do processo, vocês são profissionais admiráveis.

Agradeço a toda equipe PET Saúde Interprofissionalidade, participantes pela UnC, bolsistas, preceptores, tutores e coordenadores, esta pesquisa só foi possível devido a esta parceria, minha gratidão, respeito e admiração a cada um de vocês.

A Universidade do Contestado, ao corpo docente e discente da área da saúde, que apoiaram e participaram desta pesquisa. A Faculdade Pequeno Príncipe, que me oportunizou grande aprendizado e aprimoramento por meio de seus docentes e também através de meus colegas de mestrado, foram muitas trocas que me engrandeceram.

Aos tantos amigos, colegas e familiares que contribuíram para a efetivação desta jornada.

Muito obrigada!

“A vida é muito curta para ser pequena”

(Benjamin Disraeli)

## RESUMO

As metodologias ativas de ensino privilegiam a participação e a autonomia progressiva dos estudantes, desenvolvendo competências para o trabalho em equipes de saúde. A educação interprofissional (EIP) visa reunir diferentes profissionais para aprender com outras e sobre outras profissões, a fim de melhorar os serviços de saúde. A disponibilidade dos estudantes para aprenderem juntos reflete diretamente na atuação interprofissional. Este estudo visa avaliar a disponibilidade para Educação Interprofissional nos estudantes da área da saúde em uma universidade do planalto norte catarinense, procurando identificar se existem diferenças na percepção entre os estudantes participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Interprofissionalidade (Pet-Saúde) e os não participantes, assim com sua preferência quanto à Metodologia da Problematização. Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Utilizou a Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) e instrumento adaptado de Massocato, via formulário eletrônico e físico. Os dados obtidos a partir dos questionários aplicados foram analisados por meio dos Softwares Excel versão 365, para a estatística descritiva, e GraphPad Prism versão 5.0, nas análises para verificar as diferenças nas pontuações dos fatores: 1-Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC), 2-Identidade Profissional (IP) e 3-Atenção à Saúde Centrada no Paciente (ACP) da RIPLS; e Preferência, Motivação & satisfação, Aprendizado/ equipe e Quanto à Metodologia da Problematização, e os resultados foram comparados através do teste ANOVA. O instrumento foi aplicado em dois momentos diferentes, sendo antes e após simulação realística, compreendendo etapas 3 e 6 respectivamente. Os participantes da pesquisa foram estudantes dos cursos da área da saúde que possuíam bolsistas no Programa PET-Saúde/ Interprofissionalidade – 2018, sendo: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia, totalizando 178 participantes na etapa 3 e 88 participantes na etapa 6. Para as pontuações dos fatores, foi identificada uma diferença estatística entre PET e não-PET, observando que, para o RIPLS na etapa 3, os fatores 1 e 3 foram superiores no grupo PET e o fator 2 foi superior no grupo não-PET, demonstrando que ambos os grupos apresentaram alta disponibilidade para o Fator 1 e 3, e certa fragilidade quanto ao Fator 2. Quanto à preferência pela metodologia da problematização, identificou-se que os itens 1 e 2 foram considerados mais relevantes pelo grupo não-PET, enquanto os itens 3 ao 8 foram considerados mais relevantes pelo grupo PET. Em uma escala global, o grupo PET ficou com uma média de 4,44 neste questionário, enquanto o grupo não-PET obteve uma média inferior, com valor de 3,99. Os resultados refletem que ambos os grupos apresentaram disponibilidade para o trabalho colaborativo, visando interprofissionalidade, assim como manifestaram boa aceitação para a metodologia da problematização. Notou-se maior disponibilidade e preferência nos estudantes participantes do Programa Pet-Saúde Interprofissionalidade, reforçando a importância do investimento das partes envolvidas. O estudo demonstra que o ambiente universitário em questão pode ser considerado promissor para a implementação da Educação Interprofissional nos cursos da saúde, e que a Metodologia da Problematização pode ser considerada um eficiente método pedagógico de aprendizagem para os estudantes. Destaca-se a necessidade de futuros estudos, que possam investigar situações não bem elucidadas devido as características da amostra, como influência do gênero e fase do curso.

**Palavras-Chave:** Educação Interprofissional. Aprendizagem Baseada em Problemas. Estudantes de Ciências da Saúde. Aprendizado Colaborativo.

## ABSTRACT

Active teaching methodologies favor the participation and progressive autonomy of students, developing skills for working in teams of health care. Interprofessional education (IPE) aims to bring together different professionals to learn from others and about other professions, in order to improve health services. The availability of students to learn together directly reflects on interprofessional performance. This study aims to evaluate the availability for Interprofessional Education in health students at a university in the northern plateau of Santa Catarina, trying to identify if there are differences in perception between students participating in the Programa Pet-Saúde Interprofissionalidade and non-participants, as well as their preference regarding the methodology of problematization. It was an exploratory and descriptive research with a quantitative approach. Was used the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) and an instrument adapted from Massocato, via electronic and physical form. The data obtained from the applied questionnaires was analyzed using the softwares Excel version 365, for descriptive statistics, and GraphPad Prism version 5.0, in the analyzes to verify the differences in the scores of the factors: 1-Teamwork and Collaboration (TC), 2-Professional Identity (IP) and 3-Patient-Centered Health Care (PCC), of RIPLS; and Preference, Motivation & Satisfaction, Learning / team and as for the Problematization Methodology, and the results were compared using the ANOVA test. The instrument was applied at two different times, before and after a realistic simulation, comprising steps 3 and 6 respectively. The research participants were students of health courses that had scholarship holders in the Programa PET-Saúde/ Interprofissionalidade – 2018, being: Physical Education, Nursing, Pharmacy, Physiotherapy and Psychology, totaling 178 participants in step 3, and 88 participants in step 6. For the factors scores, a statistical difference was identified between PET and non-PET, showing that, for RIPLS in step 3, factors 1 and 2 were superior in the PET group and factor 3 was superior in the non-PET group, demonstrating that both groups had high availability for Factors 1 and 3, and some fragility towards Factor 2. As for the preference for the problematization methodology, it was found that items 1 and 2 were considered more relevant by the non-PET group, while items 3 to 8 were considered more relevant by the PET group. On a global scale, the PET group had an average of 4.44 in this questionnaire, while the non-PET group obtained a lower average, with a value of 3.99. The results reflect that both groups were available for collaborative work, aiming at interprofessionality, as well as showing good acceptance for the Problematization Methodology. Greater availability and preference were noted amongst students participating in the Programa Pet-Saúde Interprofissionalidade, reinforcing the importance of investment by the parties involved. The study demonstrates that the university environment in question can be considered promising for the implementation of Interprofessional Education in health courses, and that Problematization Methodology is a great pedagogical method of learning for students. It is highlighted the need for future studies, which should investigate situations that are not well understood due to the characteristics of the sample, such as the influence of gender and stage of the course.

**Keywords:** Interprofessional Education. Problem-Based Learning. Students, Health Occupations. Collaborative Learning.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da interação entre os macro, meso e microdeterminantes de EIP, para alcançar os resultados esperados na formação e na atenção à saúde .....	25
Figura 2 – Mapa do estado de Santa Catarina com suas mesorregiões políticas administrativas.....	30
Figura 3 – Etapas do processo de pesquisa.....	31
Figura 3 – Organograma da composição da população e amostra .....	33
Figura 4 – Distribuição dos estudantes em cada grupo amostral e taxa de resposta	41

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Equação para cálculo da taxa amostral em populações finitas. ....	32
Quadro 2 – Matriz do instrumento de pesquisa.....	36
Quadro 3 – Hipóteses estatísticas aplicadas à cada objetivo específico elencado no trabalho .....	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes por gênero e participação no Programa PET Saúde Interprofissionalidade (Etapa 3 e Etapa 6) .....	42
Tabela 2 – Distribuição dos estudantes por curso e fase do curso no grupo não-PET .....	44
Tabela 3 – Distribuição dos estudantes por curso e fase do curso no grupo PET.....	45
Tabela 4 – Resultado comparativo dos valores gerados pelo grupo PET e grupo não PET no questionário Masocatto aplicado na Etapa 3 .....	46
Tabela 5 – Escore médio e desvio padrão para os fatores e seus respectivos itens em relação ao grupo PET e grupo não PET, na Etapa 3 e Etapa 6 .....	51
Tabela 6 – Diferença dos resultados de cada questão em relação ao grupo PET e grupo não PET, Etapa 6 em relação a Etapa 3 .....	56

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número absoluto de participantes por curso, na Etapa 3 e na Etapa 6, classificando em Grupo Pet e Grupo não Pet .....	43
Gráfico 2 - Respostas por item e fator, independente do curso.....	54
Gráfico 3 – Representação da soma total dos fatores obtidos em cada etapa no Grupo PET e Grupo não PET.....	58
Gráfico 4 – Somatório pontuação por curso comparando as Etapas 3 e 6 para o Grupo PET .....	59
Gráfico 5 – Somatório pontuação por curso comparando as Etapas 3 e 6 para o Grupo não PET .....	60

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

ACP – Atenção à Saúde Centrada no Paciente

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EIP – Educação Interprofissional

IES – Instituições de Ensino Superior

IP – Identidade Profissional

IPEC – Interprofessional Education Collaborative

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MP – Metodologia da Problematização

MS – Ministério da Saúde

PBL – Aprendizado Baseado em Problema

PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

RIPLS – Readiness for Interprofessional Learning Scale

SESMEP – Mapa do Ensino Superior no Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Consentimento Livre e Esclarecido

TEC – Trabalho em Equipe e Colaboração

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 OBJETIVOS .....	17
1.1.1 Objetivo Geral.....	17
1.1.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 PARADIGMA EDUCACIONAL CONTEMPORÂNEO: O ESTUDANTE COMO CENTRO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM .....	19
2.2 DIRETRIZES CURRICULARES: UM NORTE A SE SEGUIR.....	21
2.3 INTERPROFISSIONALIDADE: UMA QUESTÃO ATUAL .....	24
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	29
3.2 LOCAL DE PESQUISA .....	29
3.3 PARTICIPANTES E FASES DA PESQUISA .....	30
3.3.1 População e Amostra .....	31
3.4 PROTOCOLO DE TRATAMENTO/ INTERVENÇÃO.....	33
3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	36
3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>41</b>
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS .....	41
4.1.1 Análise Amostral.....	41
4.1.2 Distribuição de Gênero por Grupo .....	42
4.1.3 Distribuição de Curso por Grupo .....	43
4.1.4 Distribuição de Curso por Fases .....	44
4.1.5 Percepção Quanto à Metodologia da Problematização .....	45
4.1.6 Disponibilidade para a Interprofissionalidade.....	51
4.1.7 Comparação RIPLS Etapas 3 e 6 para Cada Grupo .....	56
4.1.8 Análise por Fatores.....	57
4.1.9 Limitações do Estudo .....	65
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
APÊNDICE A – Instrumento Completo.....	80

APÊNDICE B – Instrumento Parcial ... <b>SUMÁRIO</b> .....	83
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	86
APÊNDICE D – Protocolo de Tratamento – Todos Participantes.....	87
APÊNDICE E – Protocolo de Tratamento – Grupo PET .....	98

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), elaborou políticas, propostas e programas destinados à reorientação da formação em saúde. Além da questão acadêmica, este processo vem sendo desenvolvido para aproximar a comunidade acadêmica do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo suas atividades (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua resolução número 569 (BRASIL, 2017), recomenda que o profissional da saúde seja apto a exercer sua profissão dentro da perspectiva de integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, de forma colaborativa e interprofissional, assim como reforça a importância do uso de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa, possibilitando então a formação de profissionais com sensibilidade para atuarem de forma efetiva na complexidade do trabalho em saúde, a partir de competências técnicas, comportamentais, éticas e políticas.

Nesse contexto, a graduação em saúde é entendida como um estágio do processo de formação, que deve ser contínuo para enfrentar a permanente mudança na produção de conhecimentos e uma formação que incorpore os processos de aprender a aprender e que busque atender às demandas da sociedade, além de priorizar uma formação de profissionais autônomos e flexíveis (COSTA et al., 2018).

No sentido de favorecer estas mudanças curriculares e fortalecer a atuação interprofissional, em 2018, foi instituído pelo MS e MEC o edital no. 10 de 23 de julho, como tema Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Interprofissionalidade. Este edital contemplou projetos que promovessem mudanças curriculares alinhadas às DCN para todos os cursos de graduação da área da saúde, visando formar profissionais melhor capacitados para o cuidado em saúde.

A Universidade do Contestado – campus Mafra, foi uma das instituições contempladas pelo PET-Saúde/Interprofissionalidade, e a partir dele vem buscando formas de aprimorar seu processo de formação acadêmica, incentivando o desenvolvimento do trabalho interprofissional e o uso das metodologias ativas. O PET-Saúde, foca na integração ensino-serviço-comunidade, e é reconhecido como uma iniciativa interprofissional na formação dos profissionais da saúde (COSTA et al., 2015).

A educação interprofissional (EIP) tem como objetivo reunir diferentes profissionais para aprender com outras e sobre outras profissões, a fim de colaborar de maneira mais eficaz na prestação de cuidados seguros e de alta qualidade a pacientes / clientes (OMS, 2010). Reeves (2016), em sua revisão sistemática, sugere que os estudantes respondem bem à EIP, assim como melhoram suas atitudes e percepções em relação ao outro, e aumentam seu conhecimento e habilidades colaborativas. Entretanto, ele também aponta que os estudantes trazem consigo valores únicos sobre si mesmo, sobre os outros e sobre suas profissões, que podem influenciar no desenvolvimento da EIP.

A EIP promove aquisição de conhecimentos e habilidades importantes para a prática colaborativa (REEVES et al., 2016). Suas iniciativas promovem resultados favoráveis em relação a satisfação dos estudantes e usuários, assim como nos serviços prestados, no sentido de oferecer cuidado em saúde mais qualificado, integral e efetivo (COSTA et al., 2015; NUTO et al, 2017; OMS, 2010). Sua implementação visa melhorar sistemas de saúde, que muitas vezes se encontram fragmentados e com dificuldade em todo o mundo, sejam em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos (OMS, 2010).

Porém, são observadas algumas dificuldades na implementação da EIP, que vão desde a resistência dos estudantes e docentes para as atividades até falta de estudos de acompanhamento sobre o tema (BATISTA, 2012; REEVES et al, 2017). Neste sentido, para que a EIP seja mais efetiva e bem recebida, é importante considerar os princípios da educação para adultos (REEVES et al., 2016). A andragogia, ou educação de adultos, é fundamentada no aprender fazendo, ou sejam os adultos necessitam saber importância prática do que estão estudando e qual o impacto deste aprendizado em suas vidas (CARVALHO, et al., 2019). O docente facilitador, deve garantir um ambiente propício, seguro e acolhedor, estabelecendo metas realistas e minimizando os possíveis atritos interprofissionais, além de assegurar a participação de todos os participantes e garantir sua valorização e empoderamento. Também, demonstra-se importante oferecer treinamento e mentoria para a aprendizagem colaborativa (REEVES et al., 2016).

O apoio organizacional e planejamento rigoroso são indispensáveis para minimizar dificuldades relacionadas à EIP, como problemas de logística e recursos e o reconhecimento da sua importância (CUF, 2013; REEVES B, 2016). Ao implementar a EIP, as instituições devem desenvolver uma cultura incentivadora, capacitando o

corpo docente, apoiando estudantes e encorajando os profissionais, para que todos se sintam engajados nos programas de EIP (REEVES B, 2016). Para que se obtenha resultados esperados, as Instituições de Ensino Superior (IES), precisam alinhar os desenhos curriculares, no sentido de favorecer a interação entre as diferentes categorias profissionais, assim como integrá-los as redes de serviço (CUF, 2013)

Segundo a OMS (2010), os principais benefícios relacionados à EIP são: a melhora a saúde das pessoas e o acesso à atenção em saúde, o aumento da confiança dos profissionais de saúde, a redução nos custos com atenção em saúde, a maior produtividade no ambiente de trabalho e conseqüentemente a melhora nas práticas oferecidas. Portanto, é possível afirmar que a interprofissionalidade favorece a segurança do paciente, minimiza danos e riscos, promove satisfação das necessidades em saúde e no conforto dos usuários, o que reflete na integralidade da atenção, na adesão do plano de cuidado e tratamento, impactando positivamente nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (GOMIDE, et al, 2018). Apesar de ser considerada uma importante estratégia para o efetivo cuidado em saúde, qualificado e integral, formando profissionais aptos ao trabalho colaborativo, ainda é difícil mensurar seus resultados na prática (GONTIJO; FREIRE FILHO; FORSTER, 2019).

A partir dos pressupostos apresentados, justifica-se pesquisar sobre o trabalho interprofissional e o uso das metodologias ativas de ensino na formação dos profissionais da área da saúde. Através deste projeto, busca-se, avaliar a disponibilidade para interprofissionalidade dos estudantes da área da saúde em uma Universidade do Planalto Norte Catarinense, verificando se há diferença entre os estudantes participantes do programa PET-Saúde Interprofissionalidade e não participantes.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a disponibilidade para interprofissionalidade dos estudantes da saúde em uma universidade do Planalto Norte Catarinense.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Verificar como os estudantes participantes e não-participantes do programa PET-Saúde Interprofissionalidade reconhecem o trabalho interprofissional no decorrer de suas atividades.
- Identificar se há diferença entre os estudantes participantes e não-participantes do programa PET-Saúde Interprofissionalidade, quanto aos quesitos de: preferência, motivação, satisfação, aprendizado em equipe, em relação ao método da problematização e da interprofissionalidade.
- Constatar se a simulação realística promove modificação quanto à disponibilidade para a educação interprofissional.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PARADIGMA EDUCACIONAL CONTEMPORÂNEO: O ESTUDANTE COMO CENTRO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Segundo Scheerens (2004), aprendizagem e ensino acontecem através da construção de significados no sentido da direção desejada ou planejada. Para isso, é preciso permitir autonomia ao estudante, para que ele seja capaz de pensar, agir, transformar, decidir por si próprio sobre suas atitudes e preferências, assumindo responsabilidades e também socialmente como sujeito (FREIRE, 1996, p.59).

É recomendável que os cursos da área da saúde, utilizem metodologias diversificadas para o processo de ensino-aprendizagem, privilegiando a participação e a autonomia progressiva dos estudantes, desenvolvendo competências para o trabalho em equipes de saúde (BRASIL, 2017). Ao usar metodologias ativas no processo de ensino, que perpassam a transmissão de conhecimento, o docente permite e estimula o protagonismo do estudante, oportunizando debate e participação, desenvolvendo a possibilidade de resultados ativos e efetivos no processo de ensino e aprendizagem, possibilitando que o estudante considere sua experiência prévia no desenvolvimento de sua aprendizagem, formando um estudante autônomo em seu papel na sociedade e habituado ao aperfeiçoamento. É importante que o docente, no decorrer do ato de ensinar, acredite na capacidade do estudante em construir sua própria história, respeitando sua autonomia e individualidade constante (PEREIRA, 2020, SILVA, 2009, COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004).

O ambiente da universidade é responsável pela construção da aprendizagem do estudante, permitindo que ele elabore seu saber (SMOLKA, 2020). Através da corrente construtivista, se explica o desenvolvimento da inteligência humana, ao valorizar as interações entre o ser humano e o meio, acompanhando os estágios de aprendizagem e aquisição de conhecimento do estudante, ao estimular que ele busque saber o que se faz, como se faz e porque se faz (SMOLKA, 2020).

O contexto universitário é complexo e pode ser estressor para os estudantes, muitos destes acontecimentos podem também estar presentes no mercado de trabalho (SAHÃO; KIENEN, 2020). Oportunizar situações que favoreçam a adaptação do estudante, pode ensiná-los a lidar com situações-problema que provavelmente surgirão ao longo de sua vida acadêmica e profissional (SAHÃO; KIENEN, 2020). Ao

garantir processos pedagógicos centrados na autonomia do estudante, estimula-se um ambiente mais motivador e favorável às relações interpessoais com os colegas, com o curso e com os docentes, permitindo assim, graus crescentes de autonomia ao longo de sua vida acadêmica, desenvolvendo sua capacidade de aprender a aprender e de trabalhar em equipe (SAHÃO; KIENEN, 2020, SMOLKA, 2020).

Inúmeras variáveis estão relacionadas ao desempenho e rendimento acadêmico no ensino superior, podendo correlacionar o papel do estudante na sua aprendizagem e seu sucesso acadêmico. Em 2016, Teixeira et al., apontaram em seu estudo que: “a motivação intrínseca é responsável por 50% dos fatores que podem auxiliar os universitários a terem um desempenho acadêmico satisfatório” (p. 196). É possível atribuir outros fatores determinantes ao desempenho do estudante, sendo intrínsecos ansiedade, depressão, estresse, traços de personalidade, bem-estar e hábitos saudáveis, saúde mental, qualidade do sono e insônia, síndrome de *burnout* e qualidade de vida, e extrínsecos efeitos do horário das aulas, calendário e tamanho da turma, temperatura, ruído e iluminação (CALIATTO; ALMEIDA, 2020).

Ao oportunizar que o estudante possa gerir seu próprio comportamento de estudo, de forma autônoma e eficiente, conforme as exigências do ensino superior, é possível favorecer sua adaptação ao ambiente universitário de modo produtivo e saudável, dando condições para que o estudante possa elaborar e lidar com as situações-problema, podendo contribuir para seu rendimento acadêmico e conseqüentemente na sua atuação profissional (SAHÃO; KIENEN, 2020).

A autonomia do estudante deve ser estimulada em comportamentos de iniciativa, envolvimento, “implicação” e comprometimento, tanto com os pares quanto consigo mesmo. Entretanto, reforça-se que, ser “autônomo” não é “ser independente”, “individualista”, “desapegado” ou “sem vínculos” (GUIMARÃES e BORUCHOVITCH, 2004). Sendo assim, imprescindível a orientação institucional para o correto desenvolvimento de uma postura autônoma (MOGILKA, 1999).

Pode-se aventar então, que ao colocar o estudante no centro do processo de ensino aprendizagem, favorecendo a autonomia e protagonismo no seu próprio processo de aprendizagem, permite-se sua melhor adaptação ao ambiente universitário, reforçando sua motivação e conseqüentemente promovendo assim um bom rendimento e desempenho acadêmico (MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2008; TEMBO; BURNS; KALEMBO, 2017). Conforme relata Lustosa (2020), para que o aprender do adulto seja significativo, o professor deve considerar as experiências

vividas pelos estudantes, atendendo as particularidades dos alunos, estabelecendo diálogo entre professor, aluno e conhecimento.

Ao considerar o estudante no centro do processo de ensino aprendizagem, o docente passa a ser o elemento mediador da construção do conhecimento, tornando a aprendizagem significativa permitindo que os estudantes façam a assimilação entre antigos e novos conhecimentos, reorganizando seus esquemas de conhecimento (CARABETTA, 2017).

## 2.2 DIRETRIZES CURRICULARES: UM NORTE A SE SEGUIR

As DCN, foram instituídas pelo MEC e o MS para 14 profissões da Saúde, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 287/1998, com a finalidade de conceber um padrão geral de orientação para a elaboração dos projetos político-pedagógicos e currículos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil, objetivando formar profissionais qualificados para a assistência à saúde, conforme contemplam os princípios do SUS. A partir de então, políticas públicas voltadas à formação em saúde e concernentes ao novo modelo de ensino começaram a ser implantadas (COSTA et al., 2018, MOREIRA; DIAS, 2015)

Ao se aplicar políticas públicas do SUS nas DCN dos cursos de graduação da área da saúde, é possível modificar currículos, contextualizando ensino e aprendizagem na formação superior, desenvolvendo competências importantes para o ingresso no mercado de trabalho. Podendo se estabelecer um ciclo móvel de sustentação nas instituições de ensino superior da área da saúde, correlacionando o SUS às DCN, as DCN aos cursos de graduação, e conseqüentemente dos cursos aos estudantes (MOREIRA; DIAS, 2015).

Em consonância com a reorientação profissional, o CNS, ao entender que as IES possuem responsabilidade social com seu entorno, divulga a resolução 569, de dezembro de 2017, que aprova o Parecer Técnico 330/2017, apresentando os princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação. Este parecer, tem a finalidade de formar profissionais socialmente comprometidos, que possam transformar e melhorar a realidade em que estão inseridos, atuando na promoção da saúde, visando à melhoria dos indicadores de vida (BRASIL, 2017).

Para atender às DCN o processo de ensino e aprendizagem deve ser significativo ao estudante, devendo a universidade promover o conhecimento a partir

da experiência ativa do estudante. Assim, para um ensino transformador e atualizado, é necessário que as práticas pedagógicas também sejam revistas (SEVERINO, 2007). Neste aspecto, a fim de formar profissionais críticos e reflexivos, e que sejam capazes de transformar sua realidade social, o modelo de ensino tradicional, vem incorporando novas estratégias pedagógicas. Promovendo transformações na academia, que norteiam a formação dos profissionais e dos docentes (ALVES, et al., 2017).

O CNS, destaca a importância da inovação das propostas pedagógicas, a incorporação de metodologias ativas de ensino que promovam a aprendizagem significativa e colaborativa e que privilegiam a participação e autonomia do estudante. Assim como também, reforça a importância da interdisciplinaridade e interprofissionalidade, sugere a amplificação dos cenários de aprendizagem e dos processos de conhecimento socialmente relevantes. No sentido de garantir a formação de um profissional apto a atuar na integralidade da atenção à saúde, e que sejam profissionais aptos a “aprender a aprender”, que compreende o “aprender a conhecer”, o “aprender a fazer”, o “aprender a conviver” e o “aprender a ser” (BRASIL, 2017).

Neste sentido, as DCN alinham os currículos e programas de cursos às políticas públicas de ensino e saúde garantindo o processo de formação nos cenários de ensino e aprendizagem (MOREIRA, 2015). Portanto, deve-se compreender que o ensino em saúde deve ser pensado e organizado em situações concretas, ultrapassando os velhos modelos de aprendizagem (BATISTA, 2006).

Diversas metodologias que utilizam problemas como estratégias de ensino-aprendizagem, são apontadas como alternativas para introduzir novos modelos de ensino na educação superior, entre elas está a Metodologia da Problematização (MP) (BERBEL, 2011). Segundo Rodrigues (2017), a problematização é uma metodologia que oportuniza o desenvolvimento de habilidades socioemocionais de trabalho em equipe, por meio da compreensão da realidade das pessoas, bem como dos determinantes socioeconômicos, políticos e culturais que interferem na qualidade de vida. Esta metodologia atende a proposta das novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde no Brasil e está baseada no referencial teórico de Freire (FREIRE, 1988).

A simulação realística (SR) é uma metodologia ativa de ensino, muito utilizada na área da saúde e bem aceita em outras áreas do conhecimento (SALVADOR et al., 2019). Refere-se à simulação, de modo genérico, como uma representação artificial

de um processo do mundo real para atingir objetivos educacionais por meio de uma experiência de aprendizagem. No ensino em saúde, pode estar relacionada a qualquer atividade de ensino que vise replicar cenários clínicos (AL-ELQ, 2010; FERREIRA, 2015).

A SR oferece oportunidades para melhorar a competência e confiança dos estudantes, produzindo impacto positivo para a redução de erros e falhas profissionais, aumentando a segurança do paciente e reduzindo os custos da saúde a longo prazo (AL-ELQ, 2010; FERREIRA, 2015). Assim sendo, a partir de bases teórico científicas, a SR amplia experiências ao reproduzir situações do mundo real de forma totalmente interativa, sendo assim, se apresenta como recurso didático 30 metodológico capaz de produzir aprendizado significativo (GABA, 2004; FERREIRA, 2015).

Segundo Mata et al. (2017), a SR pode ser aplicada como uma ferramenta de educação interprofissional, uma vez que fortalece as ações de equipe de forma integrada e colaborativa promove o desenvolvimento de habilidades interpessoais. A educação interprofissional mediada pela simulação representa uma oportunidade para compartilhar experiências e aprender de forma segura, tanto habilidades técnicas assim como as não técnicas (SIQUEIRA et al., 2019), promovendo a possibilidade do aprender com o outro e sobre o outro, a fim de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados de saúde, conforme preconiza a educação interprofissional, segundo o conceito definido pelo CAIPE (2016).

Associar a educação interprofissional e simulação, pode criar condições para que os estudantes aprendam com e sobre outras profissões, permitindo compreender mais profundamente os papéis dos demais profissionais, num ambiente controlado e seguro, favorecendo a compreensão dos conceitos e a consciência na tomada de decisões, tornando a experiência educacional única (BOET et al., 2014).

Desta forma, nos últimos anos, as DCN orientam que os cursos da área da saúde, tenham como meta fundamental no ensino superior o compromisso com a realidade social, estabelecendo o desafio da implementação de metodologias ativas, que possam desenvolver mudanças nas práticas de saúde, promovendo alterações no processo de formação profissional, o que é possível através da MP e SR (MOREIRA E DIAS, 2015). Favorecendo a formação de nível superior como um processo contínuo, autônomo e permanente, concebendo um profissional adaptável a

situações novas e emergentes (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015, ARAÚJO; PRADO, 2011).

Portanto, na elaboração de um currículo inovador, considera-se necessária a inovação pedagógica, apontando para uma concepção de aprendizagem crítico-reflexiva, na qual o estudante é capaz de construir conhecimento de forma autônoma e não apenas reproduzir, estimulando a perspectiva da educação para a cidadania, participação na sociedade e compreensão de contextos a partir do cotidiano na saúde e em cenários reais da prática (COSTA et al., 2018).

### 2.3 INTERPROFISSIONALIDADE: UMA QUESTÃO ATUAL

A Educação Interprofissional (EIP) vem se constituindo como importante debate em todo o mundo e é um grande desafio para a atual formação profissional em saúde. Seu conceito mais amplamente conhecido, define que essa ocorre quando duas ou mais profissões da saúde aprendem com, para e sobre a outra, como forma de desenvolver a colaboração através de um processo de aprendizagem compartilhada a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados (CAIPE, 2002). Mais recentemente, através de uma revisão sistemática, Reeves et al. (2013), afirmou que educação interprofissional em saúde ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar dos usuários.

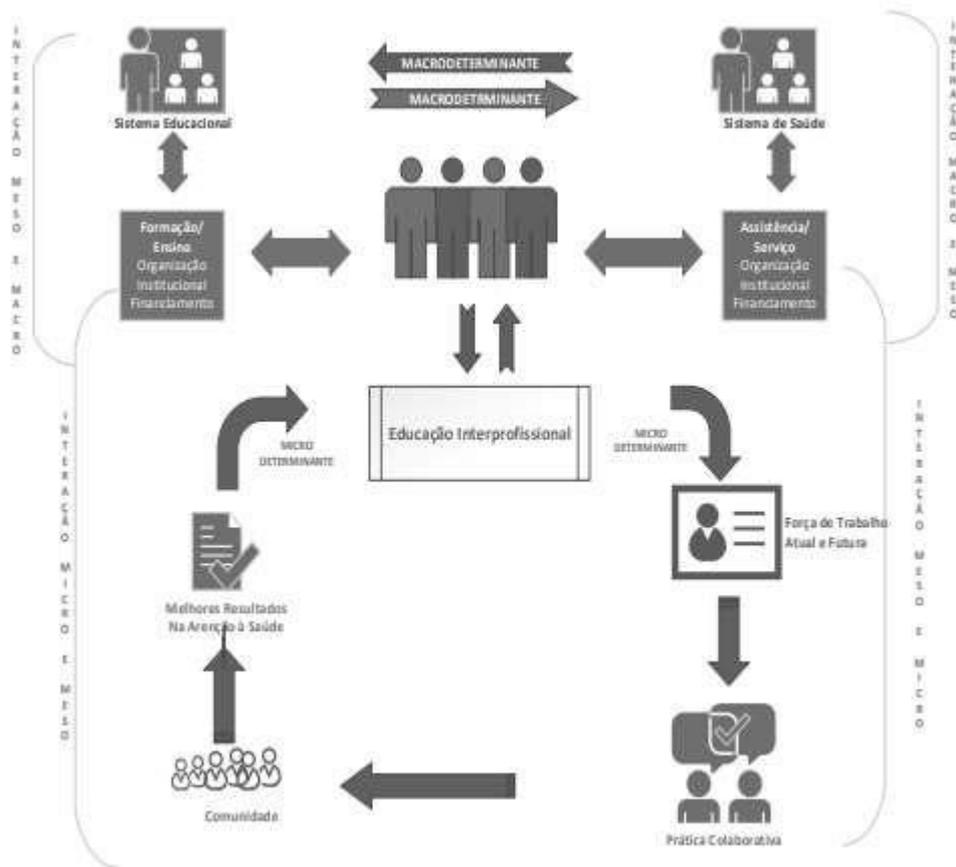
Assim, pode-se compreender que a EIP tem como objetivo formar para promover o cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe, podendo ser aplicada tanto na graduação quanto na educação permanente dos profissionais de saúde (BARR, 2005). A EIP busca desenvolver um trabalho coletivo, baseado na reciprocidade e interatividade dos atores envolvidos, de forma a favorecer a integração, trocas de saberes e experiências pautadas no respeito à diversidade, possibilitando a cooperação no desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras, que privilegiam a comunicação entre as profissões, ampliando as possibilidades de um cuidado integral, capaz de superar o isolamento e fragmentação profissional e disciplinar (PEDUZZI et al., 2013; SILVA et al., 2015; FREETH, 2007).

Para assegurar a sustentabilidade da EIP, é necessário estabelecer bases sólidas, com resultados a curto, médio e longo prazo, sendo indispensável a evitar

ações isoladas ou projetos provisórios, pois para formar profissionais mais colaborativos exige mudanças culturais, com desafios institucionais e políticos (COSTA, 2017). Desta forma, a consolidação da EIP depende da articulação de iniciativas nas dimensões macro, meso e micro, mantendo sua relação de interdependência (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Conforme relata POLETTO, 2018, a EIP é facilitadora do processo de integração ensino serviços de saúde, formando profissionais qualificados para atuar em equipes interprofissionais. Estabelecer o fluxo de conhecimento nas diferentes instancias (macro, meso e micro), contemplando as políticas públicas de saúde e ensino, permite a consolidação da EIP. Pois, valoriza os atores envolvidos no processo (acadêmicos, profissionais e comunidade), desfragmenta as ações através da criação, organização, registros e disseminação do conhecimento, gerando assim boas práticas na integração entre o ensino e os serviços em saúde, tanto quanto em EIP e práticas colaborativas. Esta interação entre os determinantes macro, meso e micro, necessária para que a EIP alcance os resultados esperados na formação e atenção à saúde, está representada na figura 1.

Figura 1 – Representação da interação entre os macro, meso e micro determinantes de EIP, para alcançar os resultados esperados na formação e na atenção à saúde



Fonte: Magri et al. (2020).

As políticas de saúde e educação são consideradas o nível macro, estabelecem as bases teórico-conceituais e metodológicas como marcos reorientadores do processo de formação dos profissionais da saúde e do modelo de atenção à saúde. Essas políticas têm importante papel indutor de mudanças nos níveis meso e micro (COSTA, 2017). Um exemplo no Brasil de política exitosa para EIP é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, que disparou movimentos de reformas curriculares com foco na adoção de iniciativas interprofissionais (COSTA; BORGES, 2015; COSTA et al., 2015).

A dimensão meso se refere aos aspectos envolvidos às instituições de ensino, como mudanças curriculares, no sentido de elaborar seus componentes na forma de módulos ou disciplinas, a fim de materializar a educação em saúde nas propostas pedagógicas dos cursos. Enfim, a dimensão micro se relaciona a construção das identidades profissionais, delineando papéis, valores e atitudes, que vão além da educação e do processo de formação, podendo interpor significativas barreiras para a interação profissional. (OANDASAN; REEVES, 2005; COSTA, 2017; WELLER; 2012, REEVES; RICE; CONN, 2009; MARTIMIANAKIS; MANIATE; HODGES, 2009).

A interprofissionalidade, vem sendo identificada como promotora do trabalho em saúde centrado no paciente/usuário, devido às dimensões atreladas a qualidade da atenção, segurança do paciente e adesão ao tratamento (CECIM, 2018). Portanto, é possível afirmar que a interprofissionalidade aumenta a segurança da assistência, ao mesmo tempo que reduz erros e danos, favorece as ações de prevenção e promoção de saúde, assim como a integralidade da atenção e a adesão ao tratamento e/ou do plano de cuidado (GOMIDE et al., 2018).

Para que a EIP aconteça efetivamente, é necessário que os processos formativos no ensino superior superem o isolamento e a fragmentação profissional e disciplinar, oportunizando a comunicação e interação entre as diferentes profissões da saúde, possibilitando a visão de cuidado integral (SILVA et al., 2015). Desta forma, é preciso ressignificar as concepções de educação e de saúde, rompendo com paradigmas tradicionais de ensino, promovendo a educação em uma perspectiva dialógica e crítica, na qual docentes e estudante atuem em situações interativas de ensino aprendizagem, onde se possam articular a integralidade do cuidado através de práticas interdisciplinares (FREETH, 2007; BATISTA, 2013). Autores sugerem a elaboração de programas educacionais e currículos que incluam a EIP, para tanto, se faz necessário reforçar a importância da adoção de métodos de ensino inovadores que estimulem o aprendizado compartilhado de forma interativa (PEDUZZI, 2016; COSTA, 2016).

Dentre estas metodologias, é possível destacar o aprendizado baseado em problema (PBL) e a simulação baseada em situações reais (SR). O PBL, promove o desenvolvimento da habilidade de trabalhar em grupo, e estimula o estudo individual de acordo com o interesse e ritmo de cada estudante (GONÇALVES; GONÇALVES; GONÇALVES, 2020). Enquanto que, a simulação baseada em situação real, estimula o raciocínio clínico e a tomada de decisão, e tem demonstrado eficiência como estratégia de ensino interprofissional, ao favorecer a compreensão dos papéis e responsabilidades dos membros da equipe, resolução de conflitos e comunicação (KUBÁTOVÁ, 2014; LISTON; WAGNER; MILLER, 2013; LIE et al. 2016). Assim, ao usar essas metodologias em suas práticas de ensino, o docente desenvolve no estudante, justamente domínios e competências consideradas essenciais para a atuação interprofissional, tais competências foram estabelecidos pela National Interprofessional Competency Framework (2010), e são: Comunicação interprofissional; Cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade;

Clarificação de papéis profissionais; Dinâmica de funcionamento da equipe; Resolução de conflitos interprofissionais e Liderança colaborativa ( WHO, 2010; CIHC, 2010).

Já em 2016, o grupo norte americano Interprofessional Education Collaborative (IPEC), publicou um painel com a atualização das competências colaborativas, baseando-as em dois princípios gerais: o Cuidado orientado a comunidade e população e centrado no paciente/indivíduo e na família. Estes princípios, envolvem quatro domínios/competências essenciais, que são ética/valores para a prática interprofissional; papéis e responsabilidade para a prática colaborativa; comunicação interprofissional; trabalho em equipe interprofissional (IPEC, 2016).

Para desenvolver tais domínios e competências, é preciso instituir estratégias inovadoras de ensino, tornando o processo de ensino aprendizagem capaz de formar profissionais aptos a trabalhar interprofissionalmente, que já ingressem no mercado de trabalho preparados para a prática colaborativa, de modo a atender as demandas atuais para a melhoria da saúde da população. Portanto, a universidade, para cumprir seu papel social no campo da saúde e ensino, deve expressar suas mudanças na formação no sentido de desenvolver tais competências, considerando a prática colaborativa interprofissional, como a chave para o atendimento seguro, de alta qualidade, acessível e centrado no paciente (MATIAI et al., 2019; IPEC, 2016).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

O presente estudo, constitui-se em uma pesquisa quase experimental, com comparação de um grupo, usando abordagem quantitativa, (ESTRELA, p.123, 2018). A opção por este método deu-se devido à intenção em registrar e analisar a interprofissionalidade nos acadêmicos da saúde, procurando assim identificar e constatar as características relacionadas, além de que oportuniza a comparação entre vários cursos da Saúde, alunos bolsistas no Programa PET Saúde/Interprofissionalidade e não bolsistas, com base em um questionário quantitativo, estruturado, gerando valores numéricos.

#### **3.2 LOCAL DE PESQUISA**

A pesquisa foi realizada em uma universidade privada, localizada no planalto norte do estado de Santa Catarina. Segundo o Censo da Educação Superior (INEP, 2019), o estado de SC possui 100 instituições de ensino superior, sendo 92 privadas e 8 públicas. Destas, apenas 13 são registradas como universidades, das quais 2 são públicas (<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/resultados>).

A universidade pesquisada, é multi campi e oferece cursos de graduação na modalidade de ensino presencial e a distância, nas diversas áreas de conhecimento, como: Ciências Exatas e da Terra, Ciências Biológicas, Engenharia / Tecnologia, Ciências da Saúde, Ciências Sociais, Ciências Humanas, Lingüística, Letras e Artes. Os cursos presenciais acontecem preferencialmente no período noturno.

A pesquisa se deu no campus na cidade de Mafra – SC, que possui em seu rol de atividades de extensão o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde desde 2013 (Figura 2).

Figura 2 – Mapa do estado de Santa Catarina com suas mesorregiões políticas administrativas.



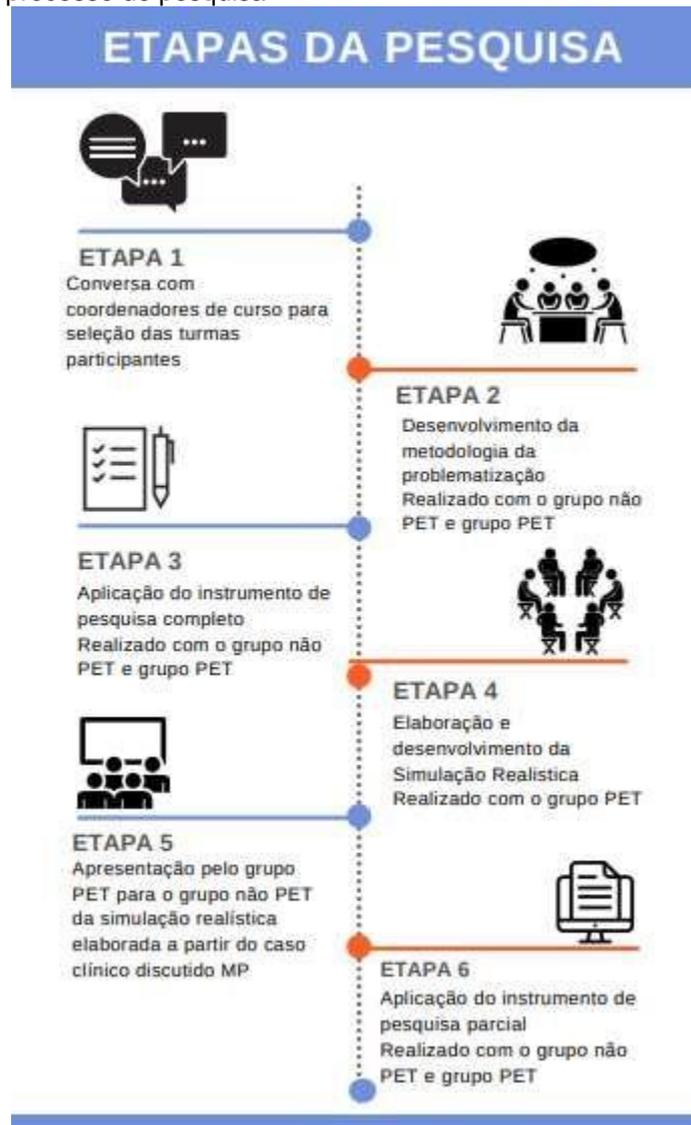
Fonte: Adaptado de [www.commons.wikimedia.org](http://www.commons.wikimedia.org)

### 3.3 PARTICIPANTES E FASES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram estudantes da área da saúde da instituição, matriculados nos cursos de Educação Física Bacharel, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia. Participaram os cursos com estudantes bolsistas no Programa Pet-Saúde Interprofissionalidade no momento da pesquisa. Os estudantes foram organizados em dois grupos, compreendendo um grupo pelos participantes no Programa Pet-Saúde Interprofissionalidade, denominados como grupo PET, e os não participantes, denominados como grupo não PET.

A pesquisa compreendeu 6 etapas de execução: (1º) seleção das turmas participantes junto aos coordenadores de curso; (2º) aplicação da metodologia da problematização; (3º) aplicação do instrumento completo de pesquisa; (4º) elaboração da simulação realística; (5º) apresentação da simulação realística; (6º) aplicação do instrumento parcial de pesquisa (Figura 3).

Figura 3 – Etapas do processo de pesquisa



### 3.3.1 População e Amostra

A população que contemplou a pesquisa, foram estudantes dos cursos da área da saúde, que frequentavam as fases participantes juntamente aos coordenadores, o que compreendeu a Etapa 1. Como a instituição tem entrada de estudantes somente uma vez ao ano, e os cursos tem seu ano letivo divididos em semestres, denominados por fases, no momento da pesquisa aconteciam apenas as fases pares. Como critério de inclusão, os cursos participantes deveriam ter estudantes bolsista no Programa Pet- Saúde Interprofissionalidade, excluindo-se então o curso de medicina. As fases incluídas a participarem da intervenção, foram as que possuíam atividades acadêmicas presenciais no turno noturno, durante o período da pesquisa, e que não possuíam atividades avaliativas.

A população total de estudantes de cada curso compreende: 47 estudantes no curso de Educação Física, 146 estudantes no curso de Enfermagem, 70 estudantes no curso de Farmácia, 140 estudantes no curso de Fisioterapia e 136 estudantes no curso de Psicologia, somando ao todo 539 estudantes.

O cálculo da taxa amostral foi realizado por meio de uma equação para população finita apresentada no Quadro 1. Para tanto, foi utilizado intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e nível de heterogeneidade de 50% obtendo uma amostra prevista de 225 estudantes.

Quadro 1 – Equação para cálculo da taxa amostral em populações finitas.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Fonte: Ochoa (2013); Bolfarine e Bussab (2005); Onde: n = tamanho da amostra a ser obtida; N = tamanho da população; Z = intervalo de confiança; e = margem de erro; P = nível de heterogeneidade

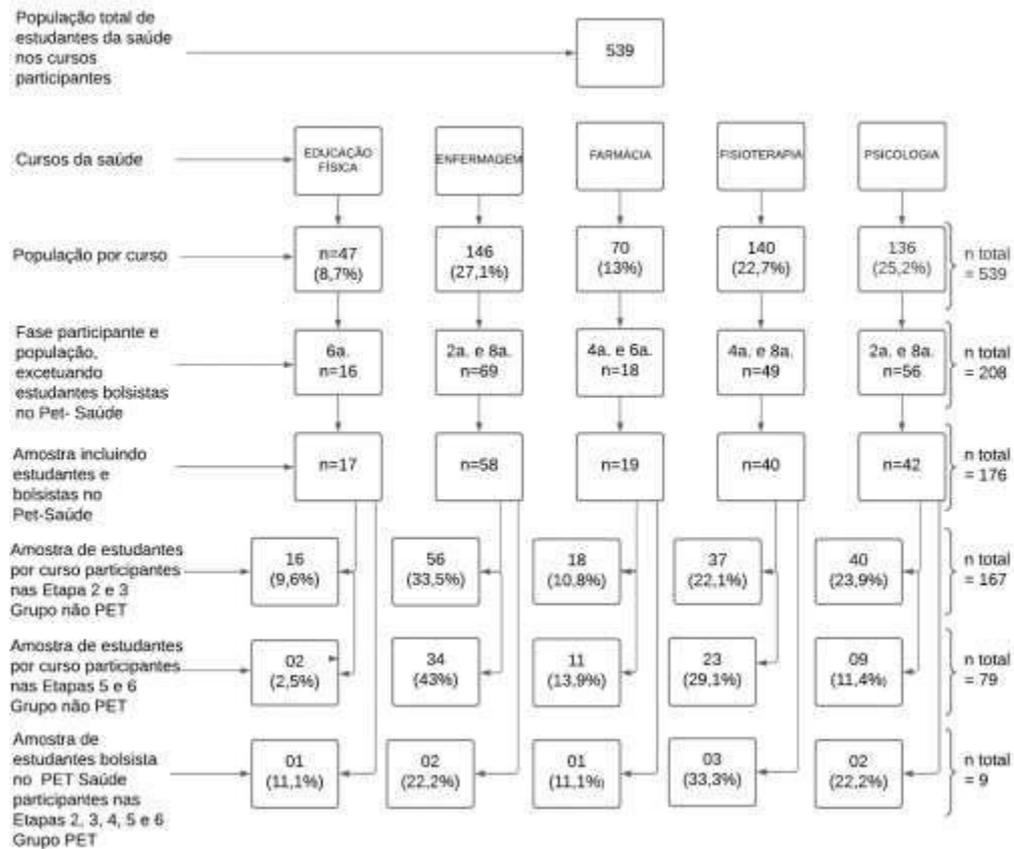
Conforme os critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa 16 estudantes da 6ª. fase do curso de Educação Física, 69 estudantes da 2ª. e 8ª. fases do curso de Enfermagem, 18 estudantes da 4ª. e 6ª. fases do curso de Farmácia, 49 estudantes da 4ª. e 8ª. fases do curso de Fisioterapia e 56 estudantes da 2ª. e 8ª. fases do curso de Psicologia, somando 208 estudantes.

Participaram efetivamente nas Etapas 2 e 3 da pesquisa 167 estudantes, sendo 16 estudantes da 6ª. fase de Educação Física, 56 estudantes 2ª., 6ª. e 8ª. fases de Enfermagem, 18 estudantes das 4ª., 6ª. e 8ª. fases de Farmácia, 37 estudantes da 2ª., 4ª., 6ª. e 8ª. fases de Fisioterapia e 40 estudantes da 2ª., 4ª. e 8ª. fases de Psicologia, obtendo-se uma taxa de resposta de 80,29%.

Nas etapas 5 e 6, participaram 79 estudantes, sendo 2 estudantes da 6ª. fase de Educação Física, 34 estudantes de Enfermagem, 11 estudantes das 4ª. e 6ª. fases de Farmácia, 23 estudantes da 4ª. e 8ª. fases de Fisioterapia e 09 estudantes da 2ª. e 8ª. fases de Psicologia, obtendo-se uma taxa de resposta de 37,98%.

Todos os estudantes bolsistas no Programa Pet- Saúde Interprofissionalidade, participaram nas Etapas 2, 3, 4, 5 e 6, sempre em separado dos demais participantes. Estes compunham o grupo PET, composto por 9 estudantes, sendo: 1 estudante de Educação Física (4ª. fase), 2 de Enfermagem (8ª. e 10ª. fase), 1 de Farmácia (6ª. fase), 3 de Fisioterapia (8ª. fase) e 2 de Psicologia (6ª. e 8ª. fase).

Figura 3 – Organograma da composição da população e amostra.



### 3.4 PROTOCOLO DE TRATAMENTO/ INTERVENÇÃO

Estabeleceu-se um protocolo de tratamento prévio a aplicação dos instrumentos de pesquisa, visando integrar as diferentes fases estudadas e nivelar o conhecimento. Assim, na etapa 2, para a aplicação do protocolo de tratamento, o docente da disciplina com apoio da pesquisadora, utilizou a metodologia da problematização, baseada no Método do Arco de Charlez Marguerz. Seguindo os cuidados metodológicos da MP, foi desenvolvido um estudo de caso clínico, abordando o tema: Cirurgia bariátrica é a solução? A partir do qual, os estudantes organizados em equipes, buscaram compreender a Diabetes Mellitus e suas comorbidades, entender a realidade na qual o paciente está inserido, conhecer a possíveis indicações e contraindicações para Cirurgia bariátrica, vislumbrar a atuação profissional/interprofissional frente ao paciente com doença crônica não transmissível (DCNT), abordando as possíveis condutas terapêuticas para o tratamento do

paciente, conforme detalhado no protocolo de tratamento apresentado no Apêndice D.

Na etapa 2, os estudantes participantes da pesquisa de cada curso (grupo não PET), foram reunidos em uma sala para desenvolver conceitos, promover raciocínio clínico, crítico e reflexivo, respeitando as individualidades de cada profissão visando estimular mentoria para aprendizagem interprofissional. Por envolver diferentes cursos, com seus respectivos cronogramas de aula numa e as atividades letivas acontecerem no período noturno, não foi possível fazer a interação com a realidade, conforme preconiza a metodologia. Portanto o Arco de Charlez Margueres foi adaptado à realidade da instituição, sendo fornecido os subsídios necessários para que os estudantes pudessem vislumbrar a realidade, sem ir à campo. Esta mesma atividade foi reproduzida, em momentos distintos, nos 5 cursos participantes, assim como no grupo PET.

Nesta etapa foi trabalhado de forma uniprofissional, ou seja, os pesquisados não foram instigados a refletir interprofissionalmente, podendo ou não terem desenvolvido esta percepção, conforme a resolutividade para o problema encontrada pelo grupo de estudo, como também não tiveram contato com estudantes de outro curso neste momento.

A partir do caso clínico (Apêndice D) os estudantes foram estimulados a discutir diversos aspectos de acordo com a MP, consistindo em:

1. Identificar a realidade apontada (através dos subsídios fornecidos)
2. Eleger o foco do problema (apontamentos dos estudantes).
3. Identificar os fatores associados ao problema (apontamentos dos estudantes).
4. Estabelecer a relação entre as informações (discussão dos conceitos).
5. Usar a criatividade para encontrar uma solução (baseado nos apontamentos, subsídios e na discussão dos conceitos).
6. Planejar a execução da ação (solução encontrada para o problema).

A MP requer trabalho em grupos, o que contribui para o desenvolvimento de habilidades importantes, como cooperar, conviver, comunicar-se e planejar. Para que a MP seja bem-sucedida, Berbel (2014), orienta a necessidade de em primeiro lugar, olhar para a realidade de forma crítica e analítica, identificando o que precisa ser modificado, transformado, para então eleger o problema prioritário a ser elucidado.

Após a realização das discussões em grupos, houve a socialização das soluções encontradas. Buscou-se favorecer a integração entre o grupo, diminuindo resistências à participação na atividade, para assim aliar experenciação e formação técnico-científica, capacitando os futuros profissionais da saúde para o enfrentamento das doenças, tornando-os participantes ativos na resolução de problemas vivenciados no cotidiano (KANEKO; LOPES, 2019; RODRIGUES, 2017).

Os estudantes foram instigados a abordar os aspectos mais amplos de saúde, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007), o qual ressalta a importância dos aspectos mentais e sociais na saúde das pessoas, na solução dos apontamentos encontrados. Como também foram lembrados de correlacionar a questão levantada a sua profissão, verificar diversas possibilidades de intervenção e a viabilidade da contribuição de outros profissionais. Ao final da MP, os estudantes apontaram a solução escolhida para o problema, explicando se enquanto profissionais de saúde indicariam ou não o paciente à cirurgia bariátrica, e quais encaminhamentos dariam à situação.

Após a conclusão da MP, deu-se início a etapa 3, com a aplicação do instrumento de pesquisa completo apresentado no Apêndice A, buscando verificar sua percepção sobre a metodologia usada, assim como sua disponibilidade à atuação interprofissional.

Em outro momento o grupo PET, vivenciou a mesma MP trabalhada com o grupo não PET, sendo então desenvolvida a etapa 2 com este grupo. A atividade foi proposta nos mesmos moldes, porém os grupos de estudo formados foram interprofissionais, uma vez que no programa participam estudantes de diversas profissões da saúde. Após a dinâmica da MP, os estudantes foram convidados a responder o mesmo instrumento de pesquisa completo, cumprindo a etapa 3 com o grupo PET.

Na etapa 4, buscando aproximar ainda mais da realidade relatada no caso clínico, o grupo PET, elaborou uma simulação realística, trazendo todos os aspectos apontados na descrição do caso, como características fisiopatológicas do paciente, ambiente em que vive, buscando retratá-lo numa visão biopsicossocial. Nesta SR, o paciente recebeu atendimento interprofissional, envolvendo os profissionais atuantes na saúde pública, conforme apresentado no protocolo de tratamento constante no Apêndice D.

Esta SR, desenvolvida pelo grupo PET, foi apresentada ao grupo não PET, etapa 5, a partir da qual, todos tiveram a oportunidade de compreender como acontece o tratamento de saúde sob a perspectiva interprofissional.

Após a apresentação da SR, foi aplicado o instrumento parcial de pesquisa, apresentado no Apêndice B, cumprindo-se a etapa 6.

### 3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento analisou a percepção dos estudantes quanto à metodologia de problematização usada, e sua disponibilidade para aprendizado compartilhado com alunos de outras áreas, visando à interprofissionalidade. Também foram coletados dados demográficos, como sexo, curso de graduação e fase sendo cursada, conforme Quadro 2. Foi disponibilizado via formulário eletrônico, através do *Google Forms*<sup>R</sup> e também via formulário físico. O estudante participante da pesquisa, após a leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), era direcionado a responder o instrumento de pesquisa. A aplicação do instrumento de pesquisa para a coleta de dados aconteceu, nas etapas 3 e 6, subsequentes ao protocolo de tratamento.

Quadro 2 - Matriz do instrumento de pesquisa

Bloco	Dimensão	Tópico/Itens
Caracterização sociodemográfica	Sexo Curso que estuda Fase do curso	Cabeçalho
Quanto à metodologia de problematização	Preferência	Itens para avaliação do método de Problematização
	Motivação & satisfação	
	Aprendizado/ equipe Quanto à problematização	
Disponibilidade para aprendizado compartilhado com alunos de outras áreas	Fator 1 – Trabalho em equipe e colaboração (TEC)	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
	Fator 2 – Identidade Profissional (IP)	Itens 15,16, 17,18, 19, 20, 21, 22
	Fator 3 – Atenção à Saúde Centrada no Paciente (ACP)	Itens 23, 24, 25, 26, 27

Compreender aspectos demográficos do aluno, pode levar a caracterização de semelhanças e diferenças nas percepções entre os diferentes cursos e fases. Vale ressaltar que, os estudantes do grupo PET, tiveram seus formulários previamente identificados como Grupo PET, garantindo que não fossem misturados aos demais formulários, assegurando assim uma análise comparativa entre os grupos.

O instrumento foi elaborado através da compilação de Masocatto *et al.* adaptado para identificar diferentes aspectos da MP e *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), na versão traduzida e adaptada para a Língua Portuguesa por Peduzzi *et al.* (2013), que verifica a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado, conforme apresentado no Apêndice A, ambos foram avaliados por meio da escala Likert.

Para melhor discussão dos dados à luz de estudo realizado, destaca-se a opção por métodos de análise psicométricos, para a melhor interpretação dos resultados obtidos. Compreendo que ambos os instrumentos aplicados utilizaram um formato de escala Likert, de medida categórica e ordinal, representando os seguintes números/rótulos semânticos (1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente). Deste modo, quanto maior o escore maior a concordância com o item e mais fortes as atitudes e a disponibilidade tanto para o uso da metodologia da problematização, como para a aprendizagem interprofissional.

Para identificar a percepção quanto a MP, foram verificados itens que avaliavam na percepção do estudante: Preferência, Motivação & satisfação, Aprendizado & equipe e Quanto à MP, aproveitando o estudo de Masocatto, que retratou confiança e significância do instrumento em sua pesquisa. Compreender se os estudantes sentiram-se confortáveis com o método usado, foi importante para dar continuidade à pesquisa, pois a MP, foi usada como forma de integrar os estudantes para estimulá-lo ao aprendizado compartilhado, uma visão negativa MP poderia comprometer os achados da pesquisa (MASOCATTO *et al.*, 2019).

*Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), na versão traduzida e adaptada para a Língua Portuguesa por Peduzzi *et al.*, composta por 27 itens apresentados em três fatores. O Fator 1 – Trabalho em equipe e colaboração (TEC), reúne quatorze itens (1-14) e está relacionado a atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, confiança e respeito aos outros estudantes e profissionais das demais áreas.

No que concerne ao Fator 2 – Identidade Profissional (IP) relaciona oito itens (15 – 22). Sendo cinco itens que representam atitudes negativas para a aprendizagem interprofissional (15 – 19), enquanto os demais três itens (20, 21 e 22) menciona-se a autonomia profissional e objetivos clínicos mais voltados a de cada profissão. Assim,

percebe-se que o Fator 2 exprime atitudes em relação a identidade profissional, podendo ser compreendida como componente competitivo.

Já o Fator 3 – Atenção à Saúde Centrada no Paciente (ACP) abrange cinco itens (23 – 27), que se referem a atitude positiva e disponibilidade na compreensão das demandas do paciente, baseada no vínculo de compaixão, cooperação e confiança (PEDUZZI et al., 2015). Os fatores e seus respectivos itens estão representados nos instrumentos apresentados no apêndice A e B.

A análise foi feita pelo cálculo da pontuação global, por fator e por item. As pontuações máximas por fator 1, 2 e 3 são 70; 40 e 25 respectivamente e a pontuação global poderia variar entre 27 e 135. Proporcionalmente, quanto mais alta a pontuação maior a disponibilidade dos estudantes para a EIP. Em análise por item, os resultados dos fatores 1 e 3, exceto o item 10, foram interpretados segundo suas médias da seguinte forma: zona de conforto (3,67 – 5,0); zona de alerta (2,34 – 3,66) e zona de perigo (1,0 – 2,33). Entretanto, os resultados do item 10 (Fator 1) e itens 15 – 19 (fator 2), que representam componente competitivo, foram inversamente interpretados: zona de conforto (1,0 – 2,33); zona de alerta (2,34 – 3,66) e zona de perigo (3,67 – 5,0).

### 3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os resultados estão apresentados em formato de figuras e tabelas acompanhadas das interpretações estatísticas e referenciais teóricos da literatura científica.

As hipóteses estatísticas elencadas para este trabalho foram baseadas nos objetivos propostos, sendo o primeiro em relação à percepção dos estudantes quanto ao trabalho interprofissional e a segunda, quanto à preferência, motivação, satisfação, aprendizado em equipe, em relação ao método da problematização. O Quadro 3 apresenta as hipóteses estatísticas elencadas para cada objetivo.

Para efetuar as análises estatísticas foi usado o GraphPad Prism e Microsoft Excel®. De acordo com a necessidade, foram realizadas análises estatísticas descritivas, bem como os testes de ANOVA, Chi quadrado com nível de significância de 0,05.

Quadro 3 - Hipóteses estatísticas aplicadas à cada objetivo específico elencado no trabalho.

<b>OBJETIVO 1:</b> Verificar como os estudantes participantes e não-participantes do PET reconhecem o trabalho interprofissional no decorrer de suas atividades.	
H <sub>0</sub>	<i>Não existe</i> diferença na percepção do trabalho interprofissional dos estudantes participantes do PET quando comparados àqueles que não participam do PET ao nível de confiança de 95%.
H <sub>1</sub>	<i>Existe</i> diferença na percepção do trabalho interprofissional dos estudantes participantes do PET quando comparados àqueles que não participam do PET ao nível de confiança de 95%.
<b>OBJETIVO 2:</b> Identificar se há diferença entre os estudantes participantes e não-participantes do PET quanto aos quesitos de: preferência, motivação, satisfação, aprendizado em equipe, em relação ao método da problematização.	
H <sub>0</sub>	Quanto ao uso da metodologia de problematização, <i>não existe</i> diferença estatística na preferência, motivação, satisfação, aprendizado em equipe dos estudantes participantes do PET quando comparados àqueles que não participam do PET, ao nível de confiança de 95%.
H <sub>1</sub>	Quanto ao uso da metodologia de problematização, <i>existe</i> diferença estatística na preferência, motivação, satisfação, aprendizado em equipe dos estudantes participantes do PET quando comparados àqueles que não participam do PET, ao nível de confiança de 95%.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve como fundamento os preceitos éticos conforme a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 do CNS. Foi respeitada a dignidade humana, protegendo a identidade dos participantes colaboradores da pesquisa. O direito ao sigilo foi garantido, levando em consideração que os participantes foram informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberam um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a participação do estudo (APÊNDICE C).

Os riscos desta pesquisa foram inerentes à perda do anonimato e ao constrangimento dos participantes perante a exposição da sua atuação profissional. Para minimizar os riscos foram assegurados que em momento algum a identidade dos participantes seria revelada, com a utilização de códigos para cada participante. Destaca-se que os dados foram utilizados para fins acadêmicos e, os únicos que receberam acesso a estes dados foram os responsáveis pela pesquisa que mantiveram sigilo necessário.

A pesquisa teve, como benefício, uma maior compreensão da comunidade científica e da sociedade sobre como o trabalho e estudo interprofissional melhora a

atividade discente durante sua graduação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade do Contestado, pelo número do parecer 3.681.449.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

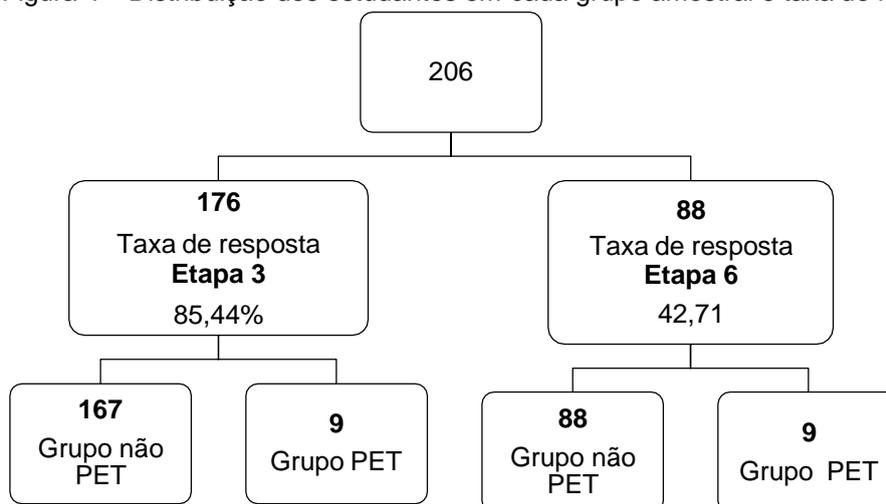
O presente estudo buscou verificar a disponibilidade para a EIP, em estudantes do período noturno de cinco cursos da área da saúde em uma universidade privada que participa do programa Pet-Saúde Interprofissionalidade. Para tanto, foram analisados estudantes de diferentes fases destes cursos, constando estudantes bolsistas Pet e não bolsistas. Compreender a EIP, sob a perspectiva do aluno, é uma forma de buscar subsídios melhorar sua implementação.

### 4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS

#### 4.1.1 Análise Amostral

A população estudada, compunha 539 estudantes, considerando que a população específica nas fases participantes era de 206 estudantes a taxa de resposta foi de, participaram da efetivamente do estudo 178 estudantes na etapa 3 e 88 estudantes na etapa 6, correspondendo a taxa de resposta a 85,44 e 42,71% respectivamente. Conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Distribuição dos estudantes em cada grupo amostral e taxa de resposta



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Em relação a amostra, é perceptível a perda de participantes na etapa 6 da pesquisa, o que poderia gerar um viés nos resultados obtidos, porém é estatisticamente não significativo como explicado nos resultados abaixo. O uso de

formulários eletrônico vem crescendo recentemente, As principais implicações amostrais deste tipo de instrumento, são a ausência de controle sobre os respondentes e o viés de autosseleção, ou seja, e o/a pesquisador (a) não controla quem decide participar, e é possível que os indivíduos engajados em participar da pesquisa sejam mais interessados naquele tema e, portanto, potencialmente, possuam opiniões distintas da população em geral (BETHLEHEM, 2009; CARLOMAGNO, 2018; COUPER, 2000).

#### 4.1.2 Distribuição de Gênero por Grupo

A tabela 1 apresenta a distribuição dos estudantes por gênero e participação no PET. As categorias (não-PET e PET) demonstraram ser independentes em relação ao grupo (masculino e feminino), com  $p > 0,05$ .

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes por gênero e participação no Programa PET Saúde Interprofissionalidade (Etapa 3 e Etapa 6)

		não-PET	PET	Total
Etapa 3	Masculino	28	0	28
	Feminino	139	9	148
	Total	167	9	176
Etapa 6	Masculino	9	0	9
	Feminino	70	9	79
	Total	79	9	88

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Dentre os participantes da pesquisa na etapa 3, houve predominância de participantes do sexo feminino,  $n=139$  (85,27%), e na etapa 6 esta predominância permaneceu, sendo  $n=70$  do sexo feminino (88,6%) o que pode ser correlacionado ao índice de 79,4%, que corresponde as estudantes mulheres matriculadas instituição na área da saúde no mesmo período da pesquisa.

Esta proporção em relação ao gênero, é coerente aos dados publicados pelo Censo da Educação Superior 2018, o qual relata que o sexo feminino predomina em relação ao número de estudantes matriculados nas modalidades de ensino presencial e a distância (BRASIL, 2019). Segundo o Mapa do Ensino Superior no Brasil (SEMESP, 2021), 57% dos estudantes matriculados em instituições de ensino superior são mulheres, representam 72,1% nos cursos da área da saúde, significando 83,8%

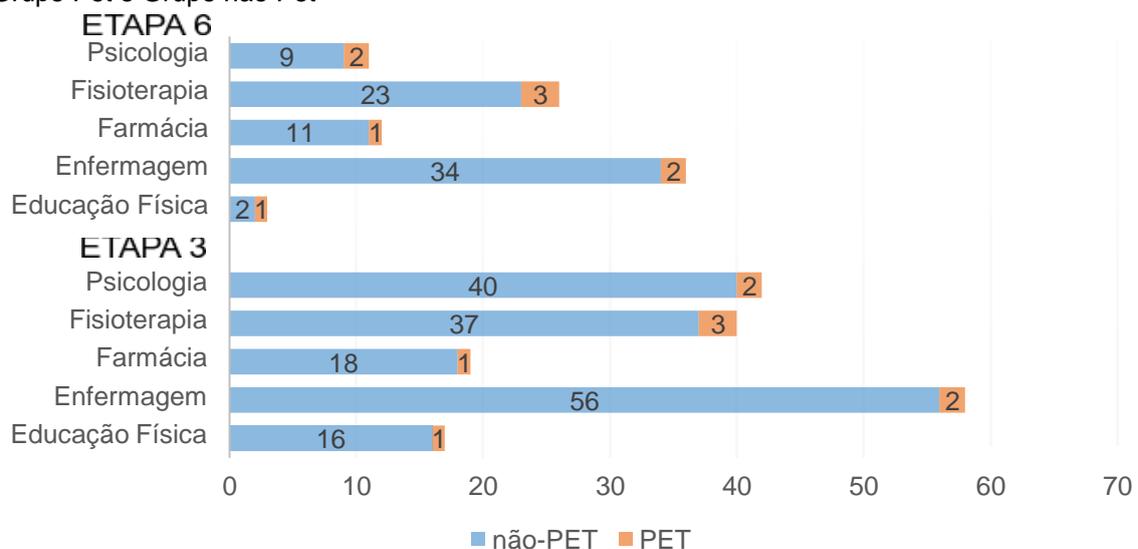
dos estudantes de enfermagem, 79,9% dos estudantes da psicologia e 78,3% dos estudantes de fisioterapia.

É possível identificar também a predominância do sexo feminino nos participantes PET, onde n=9 são mulheres e equivale a 100% da amostra. Alguns estudos relatam que o fator gênero não interfere na disponibilidade para a interprofissionalidade, enquanto outros já afirmam maior propensão para EIP entre as mulheres (TOMPSEN et al., 2018; BARBOSA, 2020; NUTO et al., 2017).

#### 4.1.3 Distribuição de Curso por Grupo

Apesar da desistência na participação do projeto, verificou-se que não houve alteração na proporção de estudantes de diferentes cursos ao longo do desenvolvimento do trabalho (etapas 3 e 6). O resultado demonstrou que a distribuição dos estudantes não variou ( $p < 0,05$ ) ( $F = 0,0$ ), indicando que embora o número total de alunos tenha diminuído, a proporção destes manteve-se constante. Quando considerado o fator curso, a distribuição dos estudantes por curso (independente se 1 ou 2), é considerado diferente,96;  $p < 0,05$ ), indicando que o curso com maior número de respondentes (em ambas as etapas) é enfermagem e o menor é educação física, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Número absoluto de participantes por curso, na Etapa 3 e na Etapa 6, classificando em Grupo Pet e Grupo não Pet



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

As categorias (não-PET e PET) são independentes em relação aos grupos (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia), com  $p > 0,05$ . A distribuição de estudantes participantes por curso demonstra maior participação entre os estudantes de enfermagem, o que corresponde a maior participação destes estudantes no total da população estudada, 25% dos estudantes dos cinco cursos pesquisados são da Enfermagem. O curso de enfermagem é o curso da área da saúde mais procurado pelos estudantes que buscam as instituições de ensino superior, que são presenciais e privadas (SEMESP, 2021).

Foi possível identificar que existe diferença estatística entre os cursos, mas não existe esta diferença entre os grupos e a população original. Isto significa que o processo de amostragem realizado resultou em um dado que manteve a proporcionalidade da população original e os resultados encontrados nesta pesquisa podem ser equiparados à população quando se refere aos estudantes dos diferentes cursos.

#### 4.1.4 Distribuição de Curso por Fases

A tabela 2 apresenta a distribuição por fases e por curso dos estudantes participantes no grupo não PET.

Tabela 2 – Distribuição dos estudantes por curso e fase do curso no grupo não-PET

	2ª Fase	4ª Fase	6ª Fase	8ª Fase	Total
Educação Física			16		16
Enfermagem	30		1	25	56
Farmácia	3	7	7	1	18
Fisioterapia		18	1	18	37
Psicologia	18	1		21	40
Total	51	26	25	65	167

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A distribuição dos estudantes nas diferentes fases foi significativa e distinta com  $p < 0,05$ . Isto indica que o número de estudantes na 2ª e 8ª fase é estatisticamente maior que o número de estudantes na 4ª e 6ª fase. Da mesma forma ocorre com a distribuição nos cursos, indicando que estatisticamente, o número de estudantes em cada curso não é homogêneo.

A tabela 3 apresenta a distribuição por fases e por curso dos estudantes participantes no grupo PET.

Tabela 3 – Distribuição dos estudantes por curso e fase do curso no grupo PET

	2ª Fase	4ª Fase	6ª Fase	8ª Fase	10ª Fase	Total
Educação Física		1				1
Enfermagem				1	1	2
Farmácia			1			1
Fisioterapia				3		3
Psicologia			1	1		2
Total	0	1	2	5	1	9

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A distribuição dos estudantes nas diferentes fases não é significativa ( $p > 0,05$ ), indicando que o número de estudantes nas diferentes fases ou cursos pode ser considerada igual.

#### 4.1.5 Percepção Quanto à Metodologia da Problematização

A tabela 4 apresenta os resultados obtidos instrumento adaptado de Masocatto et al. (2019), na verificação sobre a percepção dos estudantes quanto à MP, comparando os valores entre o grupo PET e o grupo não PET.

Tabela 4 – Resultado comparativo dos valores gerados pelo grupo PET e grupo não PET no questionário Masocatto aplicado na Etapa 3.

Categoria	Item	PET		Não-PET		Diferença entre scores categóricos (PET – não-PET)
		Score do Item	Score da Categoria	Score do Item	Score da Categoria	
Preferência	<i>Eu preferi a PROBLEMATIZAÇÃO sobre esse tema à aula expositiva (conferência) tradicional</i>	3,67	7,00	3,73	7,05	- 0,05
	<i>Essa PROBLEMATIZAÇÃO exigiu maior esforço meu do que uma aula tradicional</i>	3,33		3,32		
Motivação e Satisfação	<i>Essa PROBLEMATIZAÇÃO me motivou a estudar mais:</i>	5,00	9,89	3,91	8,32	1,57
	<i>Essa PROBLEMATIZAÇÃO teve um impacto positivo no meu aprendizado:</i>	4,89		4,41		
Aprendizado em Equipe	<i>Essa PROBLEMATIZAÇÃO me ajudou a aprender a estudar em grupo:</i>	4,67	9,11	4,04	8,13	0,98
	<i>As discussões das questões dessa PROBLEMATIZAÇÃO em grupo me ajudaram a compreender melhor o conteúdo:</i>	4,44		4,09		
Quanto à Problemática	<i>Essa PROBLEMATIZAÇÃO foi bem organizado.</i>	4,89	9,56	4,16	8,39	1,17
	<i>Eu fiquei satisfeito com o método dessa PROBLEMATIZAÇÃO.</i>	4,67		4,23		
<i>Média / Soma</i>		4,44	35,56	3,99	31,89	

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Tanto os resultados de pertencimento ao grupo PET ( $F=7,73$ ) quanto item do questionário Massocato ( $F=15,41$ ) foram considerados estatisticamente distintos ( $p<0,05$ ). Isto indica que os resultados obtidos pelo grupo PET em cada item é estatisticamente distinto daquele observado pelo grupo não-PET.

A partir da observação da tabela, os itens 1 e 2 foram considerados mais relevantes pelo grupo não-PET, enquanto os itens 3 ao 8 foram considerados mais

relevantes pelo grupo PET. Em uma escala global, o grupo PET ficou com uma média de 4,44 neste questionário, enquanto o grupo não-PET obteve uma média inferior, com valor de 3,99.

Assim, pode-se inferir que a preferência pela metodologia é maior no grupo não-PET (embora a soma dos fatores seja praticamente igual), enquanto a motivação, aprendizado em equipe e problematização apresentam valores superiores no grupo PET. A diferença a favor do grupo PET foi, em ordem crescente: Motivação e Satisfação (alunos PET apresentam-se mais motivados em relação ao grupo não-PET); seguido de Problematização (alunos PET estão mais satisfeitos quanto ao aprendizado por problematização) e aprendizado em equipe (alunos PET preferem estudar mais em equipe que alunos não-PET).

Além disso, a metodologia da problematização possibilita o desenvolvimento de habilidades socioemocionais de trabalho em equipe e de relacionamento com os usuários do serviço de saúde, através da compreensão da realidade das pessoas, bem como dos determinantes socioeconômicos, políticos e culturais que interferem na qualidade de vida (BERBEL, 2011). Desta forma, ao estimular a experimentação e o conviver interativo, a MP pode ser relacionada ao desenvolvimento de competências colaborativas (RODRIGUES, 2017; LIMA et al., 2020).

Através do uso da MP, pode-se promover aos estudantes uma visão dos aspectos conceituais da prática ao cuidado à saúde, como também, dos aspectos sociais e políticos da realidade apresentada ou experienciada. Desta forma é importante em todas as áreas da educação, mas especialmente na formação em saúde (RODRIGUES, 2017), denotando a preferência entre os estudantes pesquisados por este método de ensino à aula expositiva tradicional. Na pesquisa o score obtido no item Preferência foi de 7, em um valor que poderia chegar à 10, podendo-se inferir que apesar de não estarem habituados à MP, os estudantes demonstraram preferência pela metodologia de ensino.

Segundo Berbel (2011), a MP, é uma estratégia de ensino que promove a formação integral, pois visa a participação ativa do estudante na solução de problemas reais, o diálogo ente si e com seus docentes, estimulando seu potencial. O que favorece o envolvimento pessoal, flexibilidade para sua execução, sensação de liberdade psicológica e de escolha e baixa pressão, promovendo a autonomia no processo de conhecimento (BERBEL, 2011). Este fator reforça a motivação e satisfação dos estudantes com o método, motivando os estudantes a estudar mais e

tendo um impacto positivo no seu aprendizado, o que corresponde aos resultados obtidos no item Motivação e Satisfação, chegando a média 9,89 para o Grupo não Pet e 8,32 para o Grupo PET.

Carabeta Junior (2017), em seu estudo observou que a MP é um recurso didático que oportuniza o desenvolvimento de um ensino mais significativo e integrador de conhecimentos, promovendo nos estudantes autonomia e a formação reflexiva e crítica, através de sua efetiva participação nas aulas, que ocorre de uma forma democrática. No decorrer das aulas, são apresentados desafios, que estimulam os estudantes a mobilizarem competências cognitivas emocionais, assim como habilidades pessoais e de comunicação. Pois, tais desafios, exigem: pesquisa, análise das diversas situações e das diferentes percepções individuais, aprender a aprender, evoluir o conhecimento do simples ao complexo (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Como estratégia de ensino para estudo em grupo, apresenta-se como um método importante interdisciplinar, ao estimular os estudantes na construção do conhecimento, considerando uma perspectiva de convergência e integração de conhecimentos específicos por meio do diálogo dos diferentes saberes (FEUERWERKER; SENA, 1999). Apontando para que a MP tenha se demonstrado um método efetivo no aprendizado em equipe, tanto no sentido de ajudar os estudantes a aprender a estudar em grupo como também a compreender melhor o conteúdo. O que foi verificado na pesquisa, no item Aprendizado em Equipe, os valores encontrados foram 9,11 para o Grupo não Pet e 8,13 para o Grupo Pet.

Por se tratar de um processo complexo, a MP requer uma sólida preparação docente, de forma a superar as barreiras em sua aplicação, para atingir o objetivo, é preciso que o docente vá além do cumprimento mecânico das etapas do Arco de Charles Maguerez, mas construa um raciocínio aberto com os participantes, de forma horizontal, problematizando e investigando as verdades consideradas absolutas, por meio da observação da realidade e de do entorno a ela. Permitindo desta forma uma nova postura na construção do conhecimento (CARABETA, 2017; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015). Para tanto, a IES precisa capacitar seus docentes, permitindo que ação pedagógica seja desenvolvida com segurança e conhecimento, tornando o ensinar objeto de análise, compreensão, crítica, proposição, desenvolvendo no professor o pesquisar como forma de aprender (PIMENTA, 2008).

Isso vem a fortalecer a percepção dos estudantes quanto à organização da problematização, assim como à sua satisfação com este método de ensino, sendo que os participantes do Grupo PET atribuíram 9,56 e os do Grupo não PET 8,39 ao item Quanto à Problematização, que identificava organização e satisfação em relação da MP.

Na visão geral sobre a pesquisa quanto à metodologia, é possível perceber que os entrevistados demonstraram satisfação com a MP, desmistificando a ideia de dificuldade de aceitação de novas metodologias. Conforme já apresentado em outros estudos, de acordo com Carvalho et al. (2016), seu estudo identificou que os acadêmicos se sentem motivados e valorizam a oportunidade de poder compartilhar suas experiências e conhecimentos. Estes resultados são compatíveis aos encontrados por Pires e Bueno (2006), que revelaram a aceitação de estudantes de graduação quanto ao uso da problematização. Desta forma, faz-se necessário concordar com a fala de Borges e Tauchen (2018) ao dizer que “as inovações pontuais no ensino não garantem uma transição paradigmática, mas anunciam as possibilidades de um ensino inovador”.

Através deste estudo, foi possível perceber que os estudantes bolsistas no PET, demonstraram maior preferência pela MP que os estudantes do grupo não PET, o que é coerente aos propósitos do programa PET- Saúde Interprofissionalidade, que objetivam favorecer a produção de conhecimento socialmente compartilhado, possibilitar aproximação ente teoria e prática, ressignificar o processo de formação dos profissionais da saúde, afim de romper com o perfil de atuação isolada e desarticulada visando desenvolver competências para o trabalho em equipe interprofissional (FARIAS-SANTOS; NORO; MOYA, 2017; MIRA; BARRETO; VASCONCELOS, 2016). Conciliar MP as ações de educação interprofissional prepara o estudante bolsista PET para o aprendizado contínuo, tornando-o apto a lidar com as constantes transformações nas demandas da sociedade (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Vale enfatizar que segundo Berbel (2014), a problematização pretende favorecer a transformação da realidade em algum grau, mesmo que não seja possível resolver os problemas mundiais, ou sequer na realidade em que se está inserido, mas é possível exercitar intervenções em alguma parcela da realidade, nem que sejam pequenas. Desta forma, é possível concluir que, todos os participantes puderam usufruir das vantagens da MP, sejam docentes, estudantes do grupo PET ou não, e

estes profissionais e futuros profissionais poderão levar esses benefícios à comunidade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde definem como perfil do egresso: o profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, pró-ativo e criativo. Assim como recomendam que o processo de formação seja pautado, articulado e direcionado ao SUS, visando garantir a atenção das reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2018). Para tal, é preciso romper com o modelo de formação tradicional, centrado em conteúdos e na pedagogia da transmissão, substituindo-o por metodologias de ensino-aprendizagem que oportunizem ao estudante ser o protagonista de sua formação. Buscando o uso de metodologias em que conhecimentos, habilidades e atitudes são ensinados e vivenciados/aprendidos em ato, na vida cotidiana (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019). Ainda, no que concerne às mudanças curriculares alinhadas às DCN, o PET-Saúde Interprofissionalidade, é voltado além da interprofissionalidade, mas também a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, visando estimular a EIP em todo o território nacional, de modo a qualificar os processos de integração ensino, serviço e comunidade, suscitando as práticas colaborativas em saúde (BRASIL, 2018b). Ao proporcionar formação pelas metodologias ativas e participar do PET-Saúde, as instituições de ensino se aproximam os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) as orientações das novas DCN promulgadas para a área da saúde.

Neste sentido, o uso de metodologias ativas leva o estudante a um novo contexto, no qual a educação está se moldando para desenvolver a autonomia do estudante, a fim de formar um profissional criativo, reflexivo e independente, implicando na mudança de postura de docentes e estudantes, buscando não somente uma estratégia, mas a postura de quem se aprende e de quem (se) educa (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015; TEO; BORSOI; FERRETTI, 2019). É importante observar que a metodologia da problematização, ao aproximar o estudante da realidade, oportuniza a preparação de futuros profissionais para um aprendizado contínuo, considerando as demandas de uma sociedade em constante transformação. Particularmente, no caso das profissões da saúde, pode atender à política de aproximação do ensino com os serviços, garantindo a formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho profissional, contextualizado socialmente. Priorizando assim, o desenvolvimento de atividades que permitem ao estudante

pensar para além de sua área de formação, possibilitando múltiplas abordagens conceituais e o exercício da interdisciplinaridade (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

#### 4.1.6 Disponibilidade para a Interprofissionalidade

As respostas foram analisadas e estratificadas, num primeiro momento na categoria grupo, sendo por grupo PET e grupo não PET. Os resultados após análise estatística estão apresentados na tabela 5, contendo as questões do instrumento por fator, classe estratificadas, médias e desvio padrão.

Tabela 5 – Score médio e desvio padrão para os fatores e seus respectivos itens em relação ao grupo PET e grupo não PET, na Etapa 3 e Etapa 6.

Continua ...

	ETAPA 3				ETAPA 6			
	PET		não-PET		PET		não-PET	
	M	DV	M	DV	M	DV	M	DV
<b>Fator 1</b>								
1. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	4,67	0,71	4,37	0,62	5	0	4,76	0,62
2. Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	5	0,00	4,44	0,71	5	0	4,73	0,71
3. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	5	0,00	4,55	0,5	5	0	4,78	0,5
4. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.	5	0,00	4,56	0,62	5	0	4,72	0,62
5. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	4,89	0,33	4,5	0,84	5	0	4,62	0,84
6. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	4,89	0,33	4,45	0,74	5	0	4,58	0,74
7. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	4,67	0,71	4,41	0,6	5	0	4,72	0,6
8. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	4,89	0,33	4,66	0,51	5	0	4,81	0,51
9. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	4,89	0,33	4,64	0,61	4,56	1,33	4,67	0,61
10. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.	1,11	0,33	2,55	1,68	1,56	1,33	2,97	1,68
11. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	4,78	0,44	4,51	0,67	4,89	0,33	4,68	0,67
12. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	4,89	0,33	4,36	0,8	4,89	0,33	4,52	0,8
13. A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	4,89	0,33	4,47	0,68	5	0	4,63	0,68
14. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	4,67	0,71	4,54	0,69	5	0	4,68	0,69
<b>Fator 2</b>								
15. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	1	0,00	1,76	1,51	1	0	2,01	1,51
16. Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.	1	0,00	1,74	1,43	1	0	1,91	1,43
17. A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	1,11	0,33	2,54	1,59	1,89	0,93	2,72	1,59

(Conclusão... )

	ETAPA 3				ETAPA 6			
	PET		não-PET		PET		não-PET	
	M	DV	M	DV	M	DV	M	DV
18. Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.	1,78	1,09	2,9	1,57	2,22	1,48	3,38	1,57
19. Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.	1,44	0,73	2,27	1,61	1,78	1,2	2,52	1,61
20. Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).	3,67	1,22	3,41	1,28	4,22	0,83	3,63	1,28
21. Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).	2,44	1,01	3,4	1,31	4	0,87	3,52	1,31
22. Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).	3,67	1,22	3,94	0,96	4,22	0,83	4,27	0,96
<b>Fator 3</b>								
23. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).	4,67	0,50	4,4	0,7	4,78	0,44	4,63	0,7
24. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).	4,89	0,33	4,57	0,81	5	0	4,59	0,81
25. Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).	4,44	0,88	4,47	0,67	4,78	0,44	4,62	0,67
26. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).	4,78	0,44	4,63	0,73	4,78	0,67	4,66	0,73
27. Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).	4,89	0,33	4,58	0,72	4,78	0,67	4,65	0,72

Nota. M= Média, DDV= Desvio Padrão. Zona de conforto (3,67 – 5,0), Zona de Alerta (3,66 – 2,34), Zona de Perigo (2,33 – 1,0), destacado em ■ os itens na Zona de Alerta.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Na Etapa 3, o fator questão foi considerado estatisticamente significativo ( $F = 57,37$ ;  $p < 0,05$ ), logo, as respostas para cada questão são consideradas distintas, podendo ser ordenadas em ordem de importância relativa. Já o fator participação no PET, em uma avaliação global, foi considerado não significativo, indicando que as respostas de um grupo e outro são consideradas iguais. Entretanto, ao serem observados o conjunto de dados de forma individualizada, as questões 10, 17 e 18 são consideradas com diferença significativa ( $p < 0,05$ ) indicando que são diferentes entre si.

Para a Etapa 6, os resultados foram semelhantes quanto a diferença estatística do fator questão ( $F = 44,84$ ;  $p < 0,05$ ) e no fator coluna ( $F = 0,12$ ;  $p > 0,05$ ). A tabela acima demonstra que ocorreu mudança das questões com diferença significativa. A questão 17 passou a ser não significativa, enquanto as questões 10 e 18 ainda são significativas.

Estas questões com diferença significativa referem-se:

- 10) Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso:

- 17) A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos
- 18) Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde

Estas questões indicam, em especial, como os estudantes se percebem como profissionais da saúde. Nas três questões, o resultado dos participantes do PET foi menor que os do grupo não-PET, e demonstram que não concordam com a afirmativa, essas questões apresentam uma reflexão interessante. Ao analisar a questão 10, percebe-se que os estudantes que não participam do PET acreditam que só irão compreender problemas clínicos com colegas do mesmo curso ou da mesma profissão. Isto demonstra claramente o quanto a participação no grupo PET desenvolve o senso de interprofissionalidade.

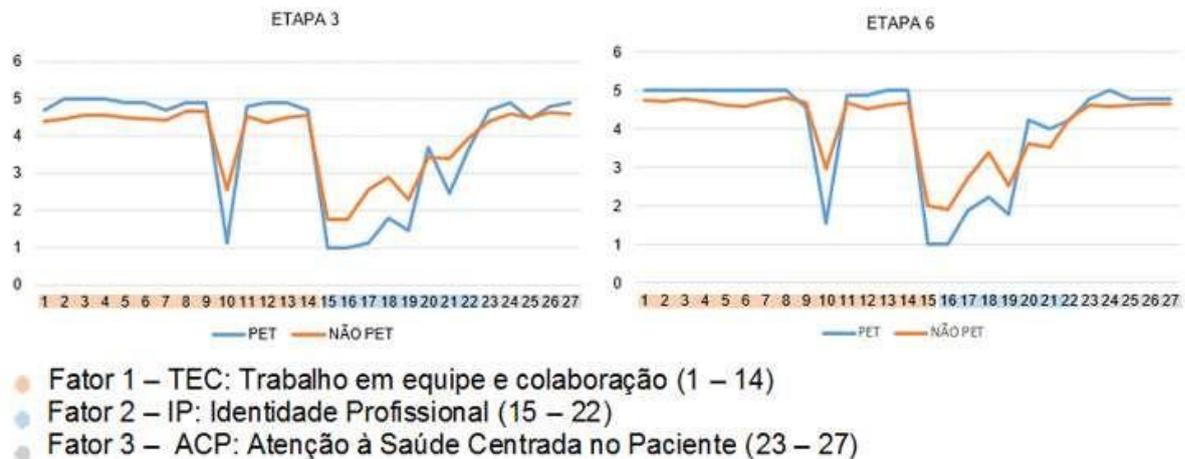
Em relação a questão 17, os estudantes do grupo não-PET, acreditam que sua formação profissional os leva, invariavelmente a uma posição submissa em relação a decisão dos profissionais formados em Medicina. Também indicam que só tomariam uma decisão clínica a partir da decisão da equipe médica, sem desenvolver o senso de autonomia profissional.

A questão 10 indica que os estudantes não-PET ainda continuam acreditando que as habilidades clínicas só são aprendidas dentro do próprio curso e que devem ter mais conhecimento que outros estudantes. Isto indica, em princípio, que a simulação como estratégia de desenvolvimento da interprofissionalidade, deve ser aplicada em distintos momentos durante o curso, uma vez que não foi capaz de mudar a percepção do grupo não-PET, possivelmente pela metodologia ter sido aplicada uma única vez.

Na questão 18, os estudantes não-PET, indicam por meio de suas respostas que, sua competência profissional está atrelada a uma maior quantidade de conhecimento. Esta forma de raciocínio está em acordo com questão 10, pois uma vez que não tem espírito colaborativo, imaginam que precisam sempre saber mais, e que o colega de outra profissão não sabe “o suficiente” de determinado assunto. Este apontamento é reforçado por Aziz, Teck e Yen (2011), que através de seu estudo diagnosticou que uma proporção significativamente maior de estudantes de medicina concordou que precisam adquirir muito mais conhecimento e habilidades do que outros estudantes de saúde.

O gráfico 2, representa as respostas por item e fator, independente do curso.

Gráfico 2 - Respostas por item e fator, independente do curso



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Estas respostas, quando comparadas a outras, suscitam algumas reflexões importantes: Na questão 2, os estudantes afirmam (nos dois grupos), que o aprendizado em equipe é importante. No entanto, quando comparada a resposta 18, podemos inferir que os estudantes acreditam que o aprendizado em equipe é importante, contanto que “eu” saiba mais que o colega.

Outro exemplo, na questão 5, os pesquisados acreditam que estudar com outros estudantes melhora a habilidade de compreensão de problemas clínicos. Se comparar esta resposta com a questão 10, pode-se inferir que os estudantes de um curso aceitam estudar com outros cursos, contanto que tenham desenvolvido estas habilidades inicialmente com seus pares no mesmo curso. Aqui, justifica-se o seguinte raciocínio, os estudantes querem aprender em equipe com outros cursos ou querem demonstrar sua superioridade acadêmica para os colegas ao trabalhar em equipe.

A reflexão anterior encontra ressonância com a questão 17. Ao acreditar que sua função é de apoio, ou que exista uma “hierarquia” de profissões, os estudantes tendem a querer demonstrar esta superioridade de conhecimentos ainda durante a graduação. Essa questão indicou um aumento de percepção dos estudantes quanto a necessidade de se subordinar ao médico. Nos dois grupos ocorreu um aumento nos valores médios das respostas, que indica que a simulação reforçou a percepção de que o médico comanda a equipe de saúde. Cabe a mesma reflexão anterior, apenas uma simulação não é suficiente para reverter o pensamento dominante bem como a importância de se desenvolver simulações que reforcem a percepção da autonomia da profissão.

Vale salientar o conceito de competências específicas, comuns e colaborativas. As competências específicas ou complementares são as que asseguram as identidades profissionais das profissões, amparadas nos marcos conceituais e metodológicos que respaldam as práticas profissionais. Já as competências comuns são definidas pela sua interseção em todas as profissões. São competências em que as diferentes profissões podem desenvolver sem interferências nos próprios limites profissionais e dos demais. As competências colaborativas, por sua vez, são aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde (BARR, 1998).

Pela análise dos resultados destacados acima, é possível verificar que os estudantes não possuem clareza dos conceitos atrelados às competências, quando entendem que precisam ter maior conhecimento que outra profissão ou que necessariamente dependem da profissão médica em sua tomada de decisão. Quando os conceitos das competências estão consolidados através da educação interprofissional, estas inseguranças quanto à atuação em conjunto com outra profissão tendem a desaparecer.

A partir destas reflexões, e considerando que a resposta do grupo PET para as questões levantadas foi menor, pode-se inferir que estas preocupações são menores no grupo PET, e que sua auto percepção e autonomia como profissional de saúde tende a aumentar quando o trabalho interprofissional é estimulado e valorizado durante a graduação. Segundo Barr (2015), o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) é uma importante ferramenta para a reorientação da formação profissional no sentido da interprofissionalidade e pode ser considerada uma estratégia eficaz para superar a fragmentação do trabalho em saúde no Brasil.

O modelo biomédico, apresenta-se bastante reforçado entre os pesquisados, através desse modelo o processo de aprendizagem é centrado no procedimento, nas especialidades médicas e no hospital, o que dificulta o trabalho em equipe, é preciso superar este modelo para superar a prática de trabalho fragmentado (CÂMARA et al., 2016). É necessário também auxiliar o estudante a reconhecer sua identidade profissional, para que se possa estreitar as relações, criar espaços de confiança, e consequentemente estreitar as fronteiras entre as profissões. Ao reconhecer seu lugar e do outro na equipe de saúde, o estudante desenvolve habilidades e competências favoráveis ao diálogo e múltiplas aprendizagens, estando mais preparado às demandas do paciente (ROSSIT et al., 2018).

#### 4.1.7 Comparação RIPLS Etapas 3 e 6 para Cada Grupo

Para comparar os resultados dos RIPLS PET nas etapas 3 e 6, bem como do RIPLS não PET, foi calculado a diferença entre os resultados etapas 3 e 6, demonstrado na Tabela 6. Isto indica que para os valores positivos o resultado do RIPLS etapa 6 foi superior a etapa 3. Em caso de valores negativos, o RIPLS, etapa 6, foi inferior a etapa 3.

Tabela 6 – Diferença dos resultados de cada questão em relação ao grupo PET e grupo não PET, Etapa 6 em relação a Etapa 3.

	Diferença	
	PET	não-PET
Questão 1	0,33	0,39
Questão 2	0,00	0,29
Questão 3	0,00	0,23
Questão 4	0,00	0,16
Questão 5	0,11	0,12
Questão 6	0,11	0,13
Questão 7	0,33	0,31
Questão 8	0,11	0,15
Questão 9	-0,33	0,03
Questão 10	0,45	0,42
Questão 11	0,11	0,17
Questão 12	0,00	0,16
Questão 13	0,11	0,16
Questão 14	0,33	0,14
Questão 15	0,00	0,25
Questão 16	0,00	0,17
Questão 17	0,78	0,18
Questão 18	0,44	0,48
Questão 19	0,34	0,25
Questão 20	0,55	0,22
Questão 21	1,56	0,12
Questão 22	0,55	0,33
Questão 23	0,11	0,23
Questão 24	0,11	0,02
Questão 25	0,34	0,15
Questão 26	0,00	0,03
Questão 27	-0,11	0,07
<b>Média</b>	<b>0,23</b>	<b>0,20</b>

Nota: O valor apontado representa a diferença entre a média do questionário RIPLS Etapa 3 e Etapa 6.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

As médias do questionário RIPLS etapas 3 e 6 para o grupo PET; e etapas 3 e 6 para o grupo não-PET revelou diferença estatística tanto para fator linha ( $F=195,21$ ) (questões) quando coluna ( $F=59,32$ ) (etapas 3 e 6). Isto indica que, apesar de não

existir diferença estatística entre o grupo PET e não-PET, conforme destacado anteriormente, os dois grupos se beneficiaram da simulação, uma vez que houve aumento quantitativo no valor médio de praticamente todas as questões.

Verifica-se pela tabela que os valores médios de aumento da pontuação em cada grupo foram semelhantes (0,23 para PET e 0,20 para não PET). Assim, justifica-se o uso da metodologia de simulação para aproximar os estudantes da prática interprofissional uma vez que os dois grupos se beneficiaram em igual proporção desta metodologia de ensino. A SR, é uma estratégia efetiva para o desenvolvimento da autoconfiança dos profissionais, promove impacto na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação prática profissional. Além de ser uma prática pedagógica que favorece a retenção de aprendizado, a SR fortalece as ações em equipe, de forma integrada e colaborativa, assim como desenvolve habilidades interpessoais (SIQUEIRA et al., 2019; MATA et al., 2018).

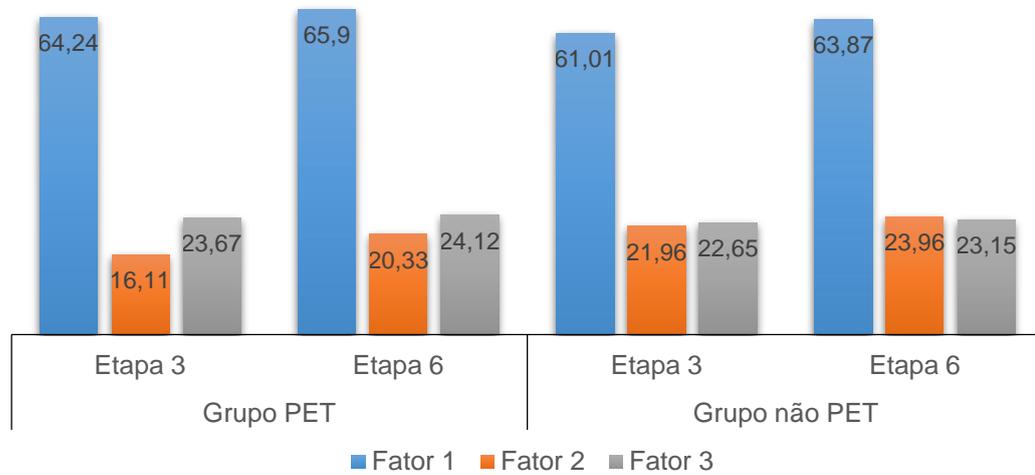
Cabe ressaltar que, embora o benefício tenha sido semelhante, os scores médios de cada questão do grupo não-PET foram inferiores, reforçando que quem participa do grupo apresenta uma maior disponibilidade quanto a interprofissionalidade. O PET-Saúde Interprofissionalidade proporciona a construção e o desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho interprofissional em saúde, o programa fomenta em seus participantes a ampliação da visão de saúde, instigando a aproximação e integração com diferentes áreas no decorrer da graduação (CASSARO et al., 2020). Também se justifica que, em não sendo possível que todos os estudantes participem do PET, existe uma necessidade real do uso de metodologias de ensino durante a graduação que permitam a vivência da prática interprofissional.

#### 4.1.8 Análise por Fatores

Na da soma total dos fatores, independente dos cursos, apresentados no gráfico 3, é possível identificar a soma dos fatores para cada grupo, PET e não PET, nas etapas 3 e 6, respectivamente antes e após a intervenção pela simulação realística.

Considerando haver diferença estatística entre PET e não-PET, observa-se que o RIPLS os fatores 1 e 3 foram superiores no grupo PET e o fator 2 foi superior no grupo não-PET, para ambas as etapas.

Gráfico 3 – Representação da soma total dos fatores obtidos em cada etapa no Grupo PET e Grupo não PET.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Ambos os grupos, nos dois momentos pesquisados apresentaram alta disponibilidade para o Fator 1, que busca perceber a Tendência para Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC). Foi possível observar discreto aumento na disponibilidade para TEC em ambos os grupos após a SR, o resultado obtido na etapa 3 no grupo PET foi 64,24 e na etapa 2 foi 65,90, para o grupo não PET, na etapa 3 foi 61,01 e na etapa 2 foi 63,87.

Quanto o Fator 2, Identidade Profissional (IP), o resultado obtido para etapa 3 no grupo PET foi de 16,11 e na etapa 6 foi de 20,33, já para o grupo não PET, na etapa 3 o resultado foi, 21,96 e na etapa 6 foi 23,96, o que não segue a mesma tendência que o TEC, ou seja a IP não está devidamente consolidada entre os estudantes, demonstrando provável componente competitivo entre as profissões. Entende-se que os itens “não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde”; “habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso”; “a função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos”; “preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde” e “eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu”, apresentam conotação negativa para a IP, portanto devem receber menor valor na escala Likert, ficando mais próximo do (1) discordo totalmente. Chamou a atenção este fator ter aumentado na etapa 6, ao invés de ter diminuído, pois esperava-se que a SR despertasse maior IP nos estudantes, porém como se

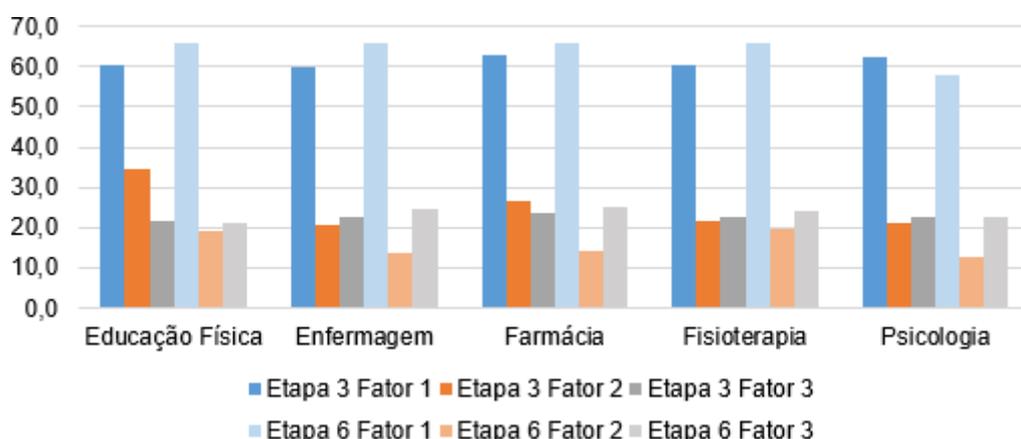
observou aumento do fator, é possível concluir que isto não ocorreu, sugerindo que a IP deve ser melhor trabalhada pela instituição.

Em relação ao Fator 3, se busca avaliar o vínculo com o paciente, através da Atenção à Saúde Centrada no Paciente (ACP), os valores encontrados foram para etapa 3 no grupo PET foi de 23, 67 e na etapa 6 foi 24,12, para o grupo não PET, na etapa 3, se obteve 22, 65 e na etapa 6, 23,15. Demonstrando que os estudantes possuem sensibilidade para desenvolver ACP, e pelo aumento dos valores após a SR, percebe-se que esta metodologia pode ser eficaz nesse sentido.

Este estudo, constatou que há disponibilidade para a EIP nos estudantes dos cinco cursos da área da saúde pesquisados, verificando que os estudantes participantes no Pet – Saúde Interprofissionalidade apresentam maior disponibilidade que os demais, assim como demonstrou discreto aumento na disponibilidade após a intervenção realizada pela SR. Uma vez que a instituição em questão não possui práticas pedagógicas claramente baseadas em interprofissionalidade, os achados deste estudo evidenciam que os estudantes reconhecem a importância da EIP para sua prática profissional. Apesar de apresentarem fragilidades quanto a identidade profissional.

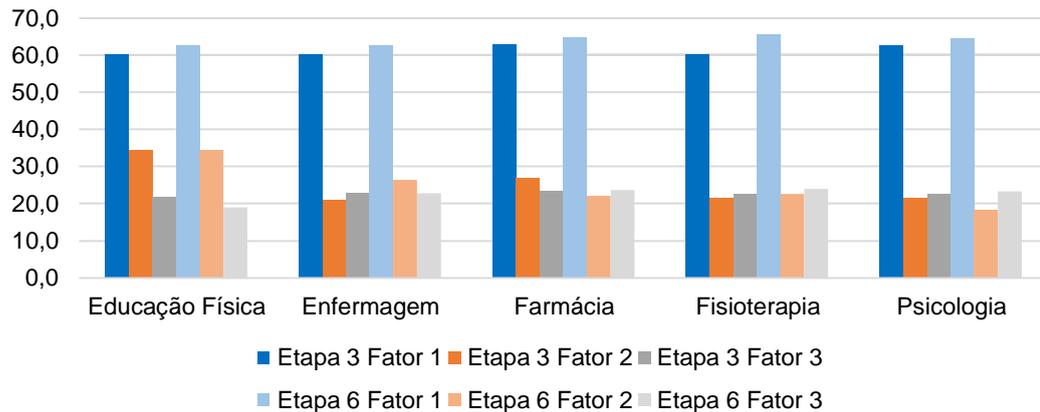
Os gráficos 4 e 5, representam a disponibilidade para a EIP, em cada curso pesquisado, demonstrando o impacto da SR nas respostas obtidas através das somas dos fatores por curso e por etapa.

Gráfico 4 – Somatório pontuação por curso comparando as Etapas 3 e 6 para o Grupo PET



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Gráfico 5 – Somatório pontuação por curso comparando as Etapas 3 e 6 para o Grupo não PET



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Na relação entre as etapas 3 e 6 (PET não PET) x curso, observou-se que quanto ao fator 1, existe diferença estatística entre as etapas ( $F=3,97$ ), mas não entre os cursos ( $F=0,57$ ). Isto indica que o fator 1 do questionário RIPLS é diferente para cada uma das etapas realizadas, mas esse resultado não difere estatisticamente entre os cursos, apontando que os alunos possuem respostas homogêneas para este quesito nos diferentes cursos.

Já para o fator 2, observou-se a existência de diferença estatística entre as etapas ( $F=6,61$ ), mas não entre os cursos ( $F=2,36$ ). Isto indica que o fator 2 do questionário RIPLS é diferente para cada uma das etapas realizadas, mas esse resultado não difere estatisticamente entre os cursos, sugerindo que os alunos possuem respostas homogêneas para este quesito nos diferentes cursos.

Por último, observou-se que quanto ao fator 3, não existe diferença estatística entre as etapas ( $F=0,0$ ), mas existe entre os cursos ( $F=21,15$ ). Isto indica que o fator 3 do questionário RIPLS é considerado igual uma das etapas realizadas, e por outro lado é considerado diferente estatisticamente entre os cursos. Isto mostra que as respostas dos estudantes dos diferentes cursos são diferentes quanto ao fator 3.

Vários outros estudos utilizam a RIPLS como instrumento para verificação da disponibilidade para a EIP (BARBOSA, 2020), com achados diversos em seus resultados. Através da RIPLS, Tompsen et al. (2018), avaliou a disponibilidade de estudantes/egressos da graduação em Odontologia para o aprendizado interprofissional, identificando atitudes positivas no que se refere ao trabalho em equipe e colaboração, à identidade profissional e à atenção à saúde centrada no paciente, porém não conseguiu verificar associação entre participação em atividades

de EIP e maior disponibilidade para aprendizagem compartilhada. Por meio deste estudo não foi verificada diferença significativa entre as variáveis: sexo, idade, escolaridade, semestre do curso e ter cursado a disciplina integradora, para nenhum dos três fatores da RIPLS. O mesmo pode ser inferido para o presente trabalho uma vez que não foi possível calcular a estatística da diferença pois, não havia homens no grupo PET. Já em relação a participação de atividades voltadas à EIP, como a disciplina integradora foi divergente, pois a presente pesquisa demonstrou maior disponibilidade para EIP ao grupo Pet, para os fatores TEC e ACP.

Nuto et al (2017), avaliou a disponibilidade para aprendizagem interprofissional de 770 estudantes de ciências da saúde, da UNIFOR. Neste estudo, por meio da aplicação do questionário RIPLS, identificou que os concluintes apresentam menor potencial para desenvolver competências colaborativas do que os intermediários e ingressantes. Quando se analisam os três conceitos (TEC, IP e ACP) separadamente, identifica-se que, para a competência TEC, a média foi 64,9. Evidenciou-se que os mais jovens, na faixa de 16 a 20 anos e que estão no início da formação apresentaram maior disponibilidade para o TEC. Nesse grupo pesquisado, a EIP está mais fortalecida entre as mulheres e nos cursos de Odontologia e Fisioterapia. Este achado reforça a importância de ampliar a participação dos homens no PET para avaliar seu perfil interprofissional, quanto aos cursos pesquisados, a EIP pareceu estar mais fortalecida no curso de Farmácia.

O que coincide com a Aziz, Teck e Yen (2011), que em seu estudo realizado em uma universidade da Malásia, com 850 estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina, também utilizando o RIPLS, os resultados mostraram que os estudantes de farmácia e enfermagem estavam significativamente mais dispostos a se envolver na EIP em comparação com os estudantes de medicina. Este estudo também apontou que a pontuação total de estudantes de Medicina na dimensão TEC foi significativamente menor do que a de Enfermagem e Farmácia, sem diferença estatisticamente significativa entre os estudantes de Enfermagem e Farmácia. Uma proporção significativamente maior de estudantes de medicina concordou que precisam adquirir muito mais conhecimento e habilidades do que outros estudantes de saúde.

Considerando que EIP se aplica a educação continuada dos profissionais da saúde, Rodrigues, Soares e Alcântara (2018), verificou o perfil de competências para a educação interprofissional entre os profissionais vinculados ao núcleo de ensino e

pesquisa de um hospital de trauma, o Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly em Arapiraca – AL. A amostra em estudo, constituía de 39 profissionais de saúde, sendo categorizados como médicos, enfermeiros e outros, entre os quais se buscou identificar as perspectivas para a educação interprofissional. Analisando os fatores, percebeu-se no fator 1 - TEC, os profissionais de medicina apresentaram menor disponibilidade para trabalhar em equipe quando comparados aos profissionais de enfermagem e às demais categorias profissionais. Quanto ao fator 2 - IP, percebeu-se que todas as profissões se encontram na zona de alerta para atitudes negativas ao aprendizado interprofissional, o que, segundo Rodrigues, traz a reflexão da fragmentação do trabalho e isolamento das profissões refletindo, assim, na qualidade do atendimento e da convivência no trabalho. Pela análise do fator 3 - ACP, todas as profissões, apresentaram uma propensão muito elevada para o atendimento centrado no paciente. Através da aplicação do instrumento RIPLS, foi possível verificar que os médicos apresentam menor disponibilidade para o trabalho em equipe, comparados aos demais profissionais. Como também, notou-se que há competição, autonomia e fragmentação no trabalho, apesar de todos os profissionais apresentaram propensão para o atendimento centrado no paciente. Estes desfechos corroboram para os encontrados na pesquisa, na qual foi possível identificar que as profissões estudadas demonstram forte componente competitivo, através da análise do fator 2, e também demonstraram propensão ao atendimento centrado no paciente, avaliado no fator 3. É necessário buscar mecanismos para minimizar a competição entre as profissões e melhorar a identidade profissional, desenvolvendo uma postura de cooperação e colaboração ao invés de competição e concorrência, para favorecer o respeito entre as diferentes profissões (RODRIGUES; SOARES; ALCÂNTARA, 2018).

Bradley, Cooper e Duncan (2009), administraram as subescalas RIPLS para a identidade profissional e trabalho em equipe, com estudantes de Medicina e Enfermagem intervenções uniprofissionais e interprofissionais. Os resultados encontrados apontaram que a escala pós-intervenção para os grupos interprofissionais aumentou significativamente, mas retornou aos níveis pré-teste após 3-4 meses. No entanto, as entrevistas demonstraram que os grupos interprofissionais mantiveram uma “positividade residual” para educação interprofissional maior do que nos grupos uniprofissionais. Isto reforça a importância de se manter a continuidade da EIP, no decorrer da vida acadêmica e profissional, a educação permanente estimula a construção de capacidades e habilidades,

estimulando diálogo, teoria e vivências, preparando melhor esses profissionais (BRASIL, 2003).

Sumiyoshi et al. (2020), descreveu em seu estudo que métodos de ensino baseados em problematização são eficientes para implementação da EIP. Sua pesquisa, avaliou pela escala RIPLS, 213 estudantes de enfermagem e medicina, em uma universidade japonesa, que usaram a metodologia Team Based Learning (TBL) para desenvolver a EIP. Podendo apontar, que o TBL influenciou positivamente para os aspectos avaliados pela escala RIPLS em suas três subcategorias, reforçando o “trabalho em equipe e colaboração”. É importante oferecer aos estudantes um contexto de ensino que reflita a prática atual ou futura para o aprendizado efetivo (REEVES et al., 2016). Baseado nesta consideração de Reeves, se oportunizou antes da aplicação do instrumento de pesquisa a realização da MP em todos os grupos estudados, o que pode ter influenciado positivamente os fatores 1 e 3, porém não manifestou influência ao fator 2.

Souto, Batista e Alves Batista (2014), em sua pesquisa com estudantes de psicologia, identificou através da escala RIPLS, que os estudantes reconhecem a importância da EIP na graduação do psicólogo para o trabalho em equipe, bem como ao reconhecimento do reforço da identidade profissional. Assim como identificou a relevância da EIP na formação do psicólogo, potencializando o desenvolvimento de competências referentes a práticas colaborativas, à comunicação interprofissional e ao cuidado com o sujeito na perspectiva da integralidade, preparando o psicólogo para o efetivo cuidado em saúde. Este achado é semelhante ao apresentado na pesquisa, através da qual se demonstrou boa disponibilidade a EIP, pelos estudantes de psicologia.

Rossit et al. (2018), buscou analisar a construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde, através da percepção de 358 egressos dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, graduados na Unifesp-BS, através da aplicação do RIPLS. Os dados levantados, sinalizaram que a EIP, contribuiu para a formação de um profissional sensibilizado com as questões de saúde; com o reconhecimento e valorização das parcerias e da complementaridade entre as profissões; do colocar-se no lugar do outro e perceber outras necessidades; do olhar ampliado; e do cuidado de saúde mais humanizado e centrado na pessoa sob cuidado. Esta percepção encontrada nos egressos é o que justifica os esforços e investimentos para implementação da EIP

nas instituições, este é o perfil profissional da saúde que se deseja obter, buscando garantir cuidado integral ao paciente e a sociedade.

Em comparação com os resultados obtidos, percebe-se que o grupo Pet apresenta maior disponibilidade para a EIP, o que faz sentido de acordo com os objetivos do próprio programa PET. O PET-Saúde/Interprofissionalidade é um programa que vem de encontro ao chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS), é reconhecido como uma valiosa ferramenta para implementar a EIP, sendo essencial para o desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos, de forma a contribuir para a redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo. Constitui-se assim, como uma estratégia na indução de mudanças no processo de formação profissional, favorecendo a identificação de necessidades visando originar propostas de intervenção contínuas no trabalho (WHO, 2010; SILVA; CASSIANI; FREIRE FILHO, 2018). Nesse sentido, é possível visualizar o PET-Saúde Interprofissionalidade como estímulo à adoção de recursos educacionais alicerçados na EIP e na Educação Permanente em Saúde (EPS), para favorecer a promoção das práticas colaborativas, tendo como horizonte a consolidação da saúde como direito universal (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Vale ressaltar ainda, que o PET-Saúde é uma estratégia útil para melhorar o desempenho acadêmico e contribui significativamente para formação diferenciada dos estudantes, demonstrando que as bolsas de permanência são um valioso investimento para a formação, qualificando a força de trabalho em saúde (NORO; MOYA, 2019; FARIAS-SANTOS; NORO, 2017). Situação evidenciada nos achados deste estudo, no qual se observou que os grupo PET apresentou maior disponibilidade para EIP que o grupo não PET. (COSTA et al., 2015), verificou em seu estudo que o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é um cenário mobilizador para a adoção da educação interprofissional, as experiências dos estudantes no PET-Saúde, enquanto atividade extracurricular, têm se destacado como importante iniciativa ao utilizar o aprendizado compartilhado para o desenvolvimento de capacidade para o trabalho em equipe, mobilizando e favorecendo a adoção da EIP nas Instituições de Ensino Superior. Assim como Sampaio et al. (2014), identificou em seu estudo realizado na Paraíba, a partir de relatos oriundos das experiências de EPS desenvolvidas pelo grupo PET-Saúde, que a adesão ao programa funciona como potencializador para reflexões e envolvimento dos atores no processo de mudança na atitude profissional.

Diversas barreiras ainda precisam ser superadas para a efetiva implementação da EIP, uma delas é a formação docente voltada a interprofissionalidade. Costa (2014) relata em seu estudo que estudantes e docentes reconhecem a importância de melhorar a formação dos futuros profissionais de saúde para o trabalho em equipe. No entanto, é preciso promover mudanças em vários aspectos, em relação ao alcance da EIP e seus princípios, como: formar docentes para incentivar e potencializar as ações de EIP; superar os erros conceituais; e adotar os princípios norteadores para EIP com mais clareza nas ações adotadas pelas instituições de ensino.

Este apontamento de Costa (2014), reforça a importância do trabalho realizado por Hall e Zierler (2015), na promoção do desenvolvimento do corpo docente, para facilitar a educação interprofissional. Através da elaboração do Guia para Educação Interprofissional, Hall e Zierler (2015) descrevem um programa de desenvolvimento do corpo docente, com participação imersiva na educação interprofissional, elaboração de projetos, aprendizagem entre pares, adaptação de currículos, a fim de que a formação docente seja bem-sucedida para atuarem efetivamente na EIP, preparando estes profissionais para lidarem com as mudanças curriculares, assumindo seu papel na educação interprofissional. Corroborando assim, as informações apresentadas por Reeves et al. (2012, 2016), para os docentes é desafiador ensinar os estudantes a aprender sobre e com o outro, sendo necessário o desenvolvimento do corpo docente para permitir uma facilitação competente e confiante da EIP, de forma reduzir a sensação de isolamento e assim fornecendo oportunidades para compartilhar conhecimento, experiências e ideias.

Em sua revisão, Reeves et al. (2012), relata que os programas de EIP, podem resultar em mudanças positivas nos estudantes, como na sua percepção em relação atitudes e opiniões de outros profissionais, na sua colaboração interprofissional, na compreensão das funções e responsabilidades, assim como na sua comunicação. Também relatou melhorias nas práticas das organizações de saúde e no cuidado prestado ao paciente, resultando na formação de profissionais mais qualificados. Sugerindo que com a EIP, todos tendem a ganhar, profissionais, usuários e comunidade.

#### 4.1.9 Limitações do Estudo

É possível elencar algumas limitações no estudo como: participação apenas de mulheres no grupo PET, impossibilitando a comparação entre os gêneros nos resultados obtidos para o grupo PET; o curso de medicina não possui estudantes bolsistas no programa PET-Saúde, impedindo a aderência deste curso à pesquisa; é a participação de apenas algumas fases no estudo, não se podendo verificar iniciantes e concluintes; a intervenção em relação a EIP e conseqüentemente aplicação do instrumento de pesquisa ter acontecido somente uma vez, obstando a verificação da disponibilidade ao longo da graduação; e por fim, vale registrar o fato das atividades letivas acontecerem no período noturno, prejudicando a integração com a realidade no desenvolvimento da MP.

Outros estudos também não conseguiram identificar o impacto do fator gênero sobre a disponibilidade à EIP. (TOMPSEN et al., 2018; BARBOSA, 2020; NUTO et al., 2017). Bonfim e Souza (2021), analisaram a utilização RIPLS em pesquisas nacionais, e destacaram que essa escala é uma ferramenta importante para estudar as particularidades de uma única área profissional, bem como para explorar as relações existentes entre diferentes cursos e status profissionais. A possibilidade de incluir o curso de medicina no estudo, teria ampliado os resultados obtidos.

Alguns estudos constataram que a disponibilidade dos ingressantes é maior que a dos concluintes (NUTO et al., 2017; OLIVEIRA, 2018; RAPCHAK, 2018). Ao se manter ações voltadas a EIP ao longo da graduação, espera-se manter a disponibilidade dos estudantes com o passar do tempo, e também seria possível analisar o comportamento desses estudantes nos diferentes momentos da graduação (MONTANARI, 2018).

Ainda segundo Knecht-Sabres et al. (2016), outras barreiras podem ser encontradas como fatores logísticos, como tempo, custos, carga horária de ensino, falta de espaços para os encontros compartilhados e currículos rígidos.

## 5 CONCLUSÃO

Através deste estudo, foi possível observar que o uso de metodologias ativas como a Problematização, através do Arco de Charlez Maguerez, despertou interesse e motivação nos estudantes para o processo de ensino aprendizagem, tornando a aprendizagem significativa. A MP, demonstrou ser um método pedagógico de ensino eficiente para a educação interprofissional, pois instigou os alunos a aprenderem em equipe, permitindo que o estudante fosse o autor do seu processo de conhecimento, manifestando ânimo e entusiasmo no decorrer da sua aprendizagem, de forma interdisciplinar e interprofissional.

Também se pode identificar que os estudantes pesquisados apresentam alta disponibilidade para a EIP. Apresentando forte tendência para o Trabalho em Equipe e Colaboração e para Atenção Centrada ao Paciente, apesar de também ter se percebido alto componente competitivo, pela frágil Identidade Profissional. Estas competências são importantes para a pratica colaborativa, devem ser estimuladas e aprimoradas pela instituição.

Vale salientar que, EIP, não se faz isoladamente, é preciso unir os esforços a nível macro, como das políticas de saúde e de reorientação profissional, a nível meso, envolvendo as instituições de ensino para materializar a EIP em seus projetos pedagógicos, e por fim a dimensão micro através da construção das identidades profissionais. Constatou-se pelo presente estudo que os bolsistas do programa PET-Saúde Interprofissionalidade apresentaram maior disponibilidade para a EIP, consolidando os objetivos do programa, validando todos os esforços despendidos pelos envolvidos com o projeto, seja na instituição de ensino ou no serviço, certamente promovendo benefícios à comunidade atendida.

Apesar de não ter sido foco do estudo, através dos resultados, pode-se inferir que a SR, corroborou para o entendimento da EIP, uma vez que os resultados obtidos foram maiores após a SR, etapa 6, verificando a eficiência da metodologia para a EIP. Foi também possível identificar que as metodologias ativas como MP e SR, impactam positivamente no comportamento e aprendizado dos estudantes da saúde, consequentemente dos profissionais e usuários dos sistemas de saúde.

Destaca-se a necessidade de futuros estudo, para buscar informações de forma qualitativa, que possam esclarecer dúvidas que permearam o trabalho, como a percepção da fragilidade na identidade profissional, e também oportunizar a

participação de homens no programa PET-Saúde Interprofissionalidade, visando obter uma amostra mais homogênea para identificar se há diferença na disponibilidade para EIP entre homens e mulheres.

Assim, a escala RIPLS em sua versão adaptada para o português, pode oferecer subsídios necessários para a implementação da EIP de forma efetiva, sugerindo evidências para o desenvolvimento de competências voltadas a prática colaborativa interprofissional, favorecendo o cuidado integral à saúde, estreitando a relação entre ensino e serviço.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Raphael Lorenzeto de. Localizador de mapas da mesorregião Norte Catarinense de Santa Catarina. In: WIKIMEDIA, jun. 2006. Disponível em: <<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=830575>>. Acesso em: 12 maio 2021.
- AL-ELQ, A. H. Simulation-based medical teaching and learning. **Journal of family and Community Medicine**, v. 17, n. 1, p. 35, 2010. Doi: <https://doi.org/10.4103/1319-1683.68787>
- ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 97-105, 2019.
- ALVES, Maria Nizete Tavares et al. Metodologias pedagógicas ativas na educação em saúde. **Revista de Psicologia**, v. 10, n. 33, p. 339-346, 2017.
- ARAÚJO, F. Q.; PRADO, E. M. Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia. **Revista contemporânea de educação**, v. 3, n. 5, p. 89-101, 2011.
- AZIZ, Z.; TECK, L. C.; YEN, P. Y. The attitudes of medical, nursing and pharmacy students to inter-professional learning. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 29, p. 639-645, 2011
- BARBOSA, G. R. **Disponibilidade de estudantes de oito cursos da saúde de uma universidade pública brasileira para a educação interprofissional**. 2020. 1 recurso online (88 p.) Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2020.
- BARR H. **Interprofessional education: the genesis of a global movement**. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.
- BARR H. **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review**. London (UK): Center for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), 2005.
- BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.
- BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A; CASETTO, S., HENZ, A. O. (org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 59-68.
- BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad Fnepas**, v. 2, n. 1, p. 25-8, 2012.
- BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326>>.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: respostas de lições extraídas da prática. **Semina: Ciências sociais e humanas**, v. 35, n. 2, p. 61-76, 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/18193>>

BETHLEHEM, J. **Applied survey methods: a statistical perspective**. John Wiley & Sons, 2009.

BOET, S. et al. Twelve tips for a successful interprofessional team-based high-fidelity simulation education session. **Medical Teacher**, v. 36, n. 10, p. 853-857, 2014.

BOLFARINE, H; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. Rio de Janeiro: Editora Blucher, 2005.

BONFIM, M. R.; SOUZA, B. C. A utilização da escala de disponibilidade para educação interprofissional em saúde nas publicações nacionais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 67, 2021. Doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7325>

BORGES, D. S; TAUCHEN, G. Das inovações no ensino ao ensino inovador: a percepção dos estudantes na complexidade do sistema didático. **Revista Linhas**, v. 19, n. 39, p. 167-190, 2018.

BRADLEY, P.; COOPER, S.; DUNCAN, F. A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. **Medical education**, v. 43, n. 9, p. 912-922, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 335 de 27 de novembro de 2003**. Afirma a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 10, 23 de julho 2018**: seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde Interprofissionalidade: 2018/2019. Diário Oficial União. Brasília, DF, 24 Jul 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS/MS nº 569, de 8 de dezembro de 2017**. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Diário Oficial União. Brasília, DF, 26 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_desafios\\_perspectivas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf). Acesso em: 12 jun. 2019.

CALIATTO, S. G.; ALMEIDA, L. S. Aprendizagem e rendimento acadêmico no Ensino Superior. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 15, n. 4, p. 1855-1876, 2020.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 5-8, mar. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0700>.

CARABETTA JUNIOR, V. Problematization methodology: possibility for meaningful learning and interdisciplinary in medical education. **FEM (Ed. impresa)**, Barcelona, v. 20, n. 3, p. 103-110, 2017. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322017000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000300003&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2020.

CARLOMAGNO, M. C. Conduzindo pesquisas com questionários online: Uma Introdução as Questões Metodológicas. In SILVA, T.; BUCKSTEGGE, J.; ROGEDO, P. **Estudando cultura e comunicação com mídias sociais**. Brasília: IBPAD, 2018. p. 31-55.

CARVALHO, J. A.; ARAÚJO, J. E. N. R.; ALVES, F. A. Andragogia: a forma adequada de aprendizagem para o adulto. **Cadernos UniFOA**, v. 3, n. 1 Esp, p. 19, 2019.

CARVALHO, W. M. et al. Aceitação da utilização de metodologias ativas nos estágios no SUS por discentes da graduação e pós-graduação em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 1, p. 88-98, 2016. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/224>

CASSARO, B. C. et al. Participação de estudantes no Pet-Saúde Interprofissionalidade. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 9, n. Supl.1, p. 77-78, 1 dez. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>

CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative). **A national interprofessional competence framework**. Vancouver: CIHC; 2010. Disponível em: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2004.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, dez 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>

COSTA, M. V. D. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde**. 2014. 150 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COSTA, M. V. D. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (oRG.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 14-28

COSTA, M. V. D. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>

COSTA, M. V. D. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface** (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>.

COSTA, M. V. D.; BORGES, F. A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface** (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 753-763, 2015.

COUPER, M. P. Web surveys: A review of issues and approaches. **The Public Opinion Quarterly**, v. 64, n. 4, p. 464-494, 2000.

CUFF, Patricia A. et al. (Ed.). **Interprofessional education for collaboration: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice: Workshop summary**. Washington, DC: The National Academies Press, 2013. Doi: <https://doi.org/10.17226/13486>.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 780-788, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n3/780-788/pt>

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup1, p. 8-20, 2005.

ESTRELA, C. **Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista brasileira em educação médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-150, mar. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00602014>

FARIAS-SANTOS, B. C. S.; NORO, L. R. A. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 997-1004, 2017.

FERREIRA, C. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde. In: SEMINÁRIO DE TECNOLOGIAS APLICADAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE; 1. 2015. Bahia. **Anais...** v. 1, n. 1, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida. **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.

FREETH, D. **Interprofessional learning**. Edinburgh: Association for the Study of Medical Education, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

GABA, D. M. The future vision of simulation in health care. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. suppl 1, p. i2-i10, 2004. Disponível em:  
<[https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/13/suppl\\_1/i2.full.pdf](https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/13/suppl_1/i2.full.pdf)>

GOMIDE, M.F.S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018.

GONÇALVES, M. F.; GONÇALVES, A. M.; GONÇALVES, I. M. F. Aprendizagem baseada em problemas: uma abordagem no ensino superior na área da saúde. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades-Rev. Pemo**, v. 2, n. 1, 2020.

GONTIJO, E. D.; FREIRE FILHO, J. R.; FORSTER, A. C. Educação Interprofissional em Saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. **Cadernos do Cuidado**, v. 3, n. 2, 2019.

GUIMARÃES, S. E. R.; BORUCHOVITCH, E. O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da teoria da autodeterminação. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, n. 2, p. 143-150, 2004. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000200002>

HALL, L. W.; ZIERLER, B. K. Interprofessional education and practice guide no. 1: developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, v. 29, n. 1, p. 3-7, 2015. Disponível em:  
<https://doi.org/10.3109/13561820.2014.937483>

IPEC (Interprofessional Education Collaborative). **Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update**. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2016. Disponível em:  
<<https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2020

- KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. M. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração?. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 53, e03453, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018015703453>
- KNECHT-SABRES, L. J. et al. Effectiveness of an interprofessional education event for graduate health professional students. **Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice**, v. 14, n. 4, Artigo. 2, 2016.
- KUBÁTOVÁ, J. Providing university students with skills for future work environment. INTED2014. **Proceedings**, International Association of Technology, 2014.
- LIE, D. A. et al. Interprofessional education and practice guide n. 5: Interprofessional teaching for prequalification students in clinical settings. **Journal of interprofessional care**, v. 30, n. 3, p. 324-330, 2016.
- LIMA, A. W. S. et al. Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3240, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3227.3240>.
- LISTON, B. W.; WAGNER, J.; MILLER, J. A Curricular Innovation to Promote Interprofessional Collaboration. **Journal of Curriculum and Teaching**, v. 2, n. 1, p. 68-73, 2013.
- LUSTOSA, C. V. G. F.; MOURA, M. G. C. Dialogando sobre a aprendizagem do estudante adulto. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e878997964-e878997964, 2020.
- MAGRI, P. E. F. et al. Gestão do conhecimento e educação interprofissional: um alinhamento possível. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO CIK (CYRUS INSTITUTE OF KNOWLEDGE); 8. 2020. **Anais...** 2020.
- MARTIMIANAKIS, M.A.; MANIATE, J.M.; HODGES, B.D. Sociological interpretations of professionalism. **Med. Educ.**, v. 43, n. 9, p. 829-837, 2009.
- MASOCATTO, N. O. et al. Percepção de alunos de curso de graduação em medicina sobre o Team-Based Learning (TBL). **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 111-114, jul. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180231>
- MATA, J. F. et al. Uso da simulação realística de alta fidelidade na graduação como indutor do caráter interprofissional: experiência do hospital universitário de Brasília da universidade de Brasília. **JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 3, p. 37-38, 19 set. 2018.
- MATA, J. F. et al. Uso da simulação realística de alta fidelidade na graduação como indutor do caráter interprofissional: experiência do hospital universitário de Brasília da universidade de Brasília. **JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 3, p. 37-38, 2017. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/653>

MATIAI, G. et al. Desenvolvimento e validação de instrumento para avaliação das competências gerais nos cursos da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 Supl 1, p. 606-613, 2019.

MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M.; VASCONCELOS, M. I. O. Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 2016.

MOGILKA, M. Autonomia e formação humana em situações pedagógicas: um difícil percurso. **Educação e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 57-68, 1999.

MONTANARI, P. M. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 980-986, 2018.

MONTEIRO, S. O. M.; TAVARES, J. P. C.; PEREIRA, A. M. S. Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento acadêmico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 13, n. 1, p. 23-29, 2008.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens**, v. 2, n. 1, p. 15-33, 2015.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, set./dez. 2015.

NORO, L. R. A.; MOYA, J. L. M. Condições sociais, escolarização e hábitos de estudo no desempenho acadêmico de concluintes da área da saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021042, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00210>.

NUTO, S. A. S. et al. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. *Revista brasileira de educação medica*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 50-57, jan.2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160018>

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 21-38, 2005

OCHOA, C. **Qual é o tamanho da amostra que eu preciso?** 2013. Disponível em: <http://www.netquest.com/blog/br/qual-e-o-tamanho-de-amostra-que-preciso>. Acesso em: 24 abr. 2021.

OLIVEIRA, V. F. et al. Comparison of the Readiness for Interprofessional Learning and the rate of contact among students from nine different healthcare courses. **Nurse education today**, v. 63, p. 64-68, 2018. DOI: <https://doi.or/10.1016/j.nedt.2018.01.013>

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 7-15, Dec. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>.

PEREIRA, M. C.; COUTINHO, D. J. G. Aprendizagem: uma experiência no ensino superior/Learning: experience in high education. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 35898-35908, 2020

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PIRES, R. O. M.; BUENO, S. M. V. A problematização como modelo para ensino universitário: uma experiência piloto com alunos do 3º e 4º anos do curso de odontologia. **Rev ABENO**, v. 1, n. 6, p. 54-60, 2006. Disponível em: <http://www.cbrohi.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Revista-Abeno-2006.pdf#page=55>

POLETTI, P. R.; JURDI, A. P. S. A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1777-1786, 2018.

RAPCHAK, M. E. et al. Implementing an interprofessional information literacy course: impact on student abilities and attitudes. **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, v. 106, n. 4, p. 464, 2018.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 6, n. 6, CD000072, 22 jun. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. **Work**, v. 41, n. 3, p. 233-245, 2012.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane database of systematic reviews**, n. 3, 2013.

REEVES, S.; RICE, K.; CONN, L. G. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. **J Interp Care**, v. 23, n. 6, p. 633-645, 2009.

RODRIGUES, J. R. S.; SOARES, F. J. P; ALCÂNTARA, R. C. Perspectivas para a educação interprofissional em um hospital de trauma. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1765/1718>

RODRIGUES, J. S. Metodologia da problematização e o desenvolvimento de habilidades interpessoais na formação profissional em saúde. **Scientia Plena**, v. 13, n. 5, 2017. Disponível em : <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/3422>

ROSSIT, R. A. S. et al. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1399-1410, 2018

SAHÃO, F. T.; KIENEN, N. Comportamentos adaptativos de estudantes universitários diante das dificuldades de ajustamento à universidade. **Quaderns de psicologia**, v. 22, n. 1, p. 0007, 2020. Doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1612>

SALVADOR, C. A. B. et al. Simulação realística, estratégia metodológica para a formação de profissionais na área da saúde: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 58-64, 2019. Disponível em: <https://www.editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6466>.

SAMPAIO, J. et al. Pet-saúde e educação permanente: dispositivos potentes na problematização do acolhimento na saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, p. 49-54, 4 nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/20941>

SCHEERENS, J. **Melhorar a eficácia das escolas**. Porto: Edições ASA, 2004

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, apr. 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SEMESP. **Mapa do Ensino Superior no Brasil**. 10. ed. São Paulo: SEMESP, 2020. Disponível em: <https://www.semesp.org.br/mapa-do-ensino-superior/edicao-10/>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, F. A. M.; CASSIANI, S. H. B; FREIRE FILHO, J. R. Interprofessional Health Education in the Region of the Americas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3013, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, Spec 2, p. 16-24, 2015.

SILVA, T. G. **Protagonismo na adolescência**: a escola como espaço e lugar de desenvolvimento humano. 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. <https://doi.org/10.5380/jpe.v13i0.67496>

SIQUEIRA, M. B. S. et al. Simulação como estratégia de interferência na autoconfiança interprofissional no âmbito da atenção primária. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e46768, dez. 2019. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.46768>.

SMOLKA, M. L. R. M. et al. A autonomia do estudante na educação médica. **Revista da JOPIC**, v. 3, n. 6, 2020.

SOLOMON, P. et al. Students' perceptions of interprofessional learning through facilitated online learning modules. **Medical teacher**, v. 32, n. 9, p. e391-e398, 2010. Doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.495760>

SOUTO, T. S.; BATISTA, S. H.; ALVES BATISTA, N. A educação interprofissional na formação em Psicologia: olhares de estudantes. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v. 34, n. 1, p. 32-45, mar. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100004>.

SUMIYOSHI, T. et al. Learning outcomes of interprofessional collaboration among medical and nursing students in Japan. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 21, p. 100377, 2020.

TEIXEIRA, F. A. et al. Revisão sistemática acerca da produção científica na área da saúde sobre desempenho acadêmico de universitários. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 24, n. 1, p. 189-199, 2016.

TEMBO, C.; BURNS, S.; KALEMBO, F. The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. **PLoS One**, v. 12, n. 6, p. e0178142, 2017.

TEO, C. R. P. A.; BORSOI, A. T.; FERRETTI, F. Metodologia da problematização: uma possibilidade para o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas em contextos curriculares tradicionais. **Educação**, v. 42, n. 3, p. 486-495, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/338380385\\_Metodologia\\_da\\_problematizacao\\_uma\\_possibilidade\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_de\\_competencia\\_s\\_critico-reflexivas\\_em\\_contextos\\_curriculares\\_tradicionais](https://www.researchgate.net/publication/338380385_Metodologia_da_problematizacao_uma_possibilidade_para_o_desenvolvimento_de_competencia_s_critico-reflexivas_em_contextos_curriculares_tradicionais)>. Acesso em: 21 nov. 2020.

TOMPSEN, N. N. et al. Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 47, n. 5, p. 309-320, out. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.08518>.

VIEIRA, M. N. C. M.; PANÚNCIO-PINTO, M. P. A metodologia da problematização (mp) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 48, n. 3, p. 241-248, 2015.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde**: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

WELLER J. Shedding new light on tribalism in health care. **Med. Educ.**, v. 46, n. 2, p. 134-136, 2012.

WHO (World Health Organization). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Genebra, Suíça: WHO; 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)>

## APÊNDICE A – Instrumento Completo

### Caracterização sócio demográfica

Quanto ao sexo:

- ( ) Masculino  
( ) Feminino

Curso em que estuda:

- ( ) Educação Física  
( ) Enfermagem  
( ) Farmácia  
( ) Fisioterapia  
( ) Psicologia

Fase do curso que estuda:

- ( ) 2ª. Fase  
( ) 4ª. Fase  
( ) 6ª. Fase  
( ) 8ª. Fase  
( ) 10ª. Fase

**Nos itens abaixo avaliados, conforme seu grau de concordância marque de 1 à 5, para:**

- 1=Discordo totalmente;  
2=Discordo;  
3=Não concordo nem discordo;  
4=Concordo;  
5=Concordo totalmente

### Itens para avaliação do método de problematização

		1	2	3	4	5
Preferência	Eu preferi a <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> sobre esse tema à aula expositiva (conferência) tradicional					
	Essa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> exigiu maior esforço meu do que uma aula tradicional					
Motivação & satisfação	Essa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> me motivou a estudar mais					
	Essa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> teve um impacto positivo no meu aprendizado					
Aprendizado & Equipe	Essa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> me ajudou a aprender a estudar em grupo					
	As discussões das questões dessa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> em grupo me ajudaram a compreender melhor o conteúdo					
Quanto à problematização	Essa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i> foi bem organizado					
	Eu fiquei satisfeito com o método dessa <i>PROBLEMATIZAÇÃO</i>					

### Itens para avaliação sobre a percepção em trabalhar com outros estudantes ou outras profissões

	1	2	3	4	5
Fator 1 – Trabalho em equipe e colaboração (TEC)					
1. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.					
2. Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.					
3. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.					
4. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.					
5. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.					
6. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.					
7. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.					
8. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.					
9. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.					
10. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.					
11. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.					
12. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.					
13. A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.					
14. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.					
Fator 2 – Identidade Profissional (IP)					
15. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.					
16. Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.					
17. A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.					

18.	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.					
19.	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.					
20.	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).					
21.	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).					
22.	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).					
Fator 3 – Atenção à Saúde Centrada no Paciente (ACP)						
23.	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).					
24.	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).					
25.	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).					
26.	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).					
27.	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).					

Fonte: Adaptado de: MASOCATTO, N. O. et al. Percepção de Alunos de Curso de Graduação em Medicina sobre o Team-Based Learning (TBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 111-114, 2019; PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe 2, p. 7-15, 2016

## APÊNDICE B – Instrumento Parcial

### Caracterização sócio demográfica

Quanto ao sexo:

- ( ) Masculino  
( ) Feminino

Curso em que estuda:

- ( ) Educação Física  
( ) Enfermagem  
( ) Farmácia  
( ) Fisioterapia  
( ) Psicologia

Fase do curso que estuda:

- ( ) 2ª. Fase  
( ) 4ª. Fase  
( ) 6ª. Fase  
( ) 8ª. Fase  
( ) 10ª. Fase

**Nos itens abaixo avaliados, conforme seu grau de concordância marque de 1 à 5, para:**

- 1=Discordo totalmente;  
2=Discordo;  
3=Não concordo nem discordo;  
4=Concordo;  
5=Concordo totalmente

### Itens para avaliação sobre a percepção em trabalhar com outros estudantes ou outras profissões

	1	2	3	4	5
Fator 1 – Trabalho em equipe e colaboração (TEC)					
1. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.					
2. Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.					
3. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.					
4. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.					
5. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.					

6.	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.					
7.	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.					
8.	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.					
9.	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.					
10.	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.					
11.	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.					
12.	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.					
13.	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.					
14.	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.					
Fator 2 – Identidade Profissional (IP)						
15.	Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.					
16.	Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.					
17.	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.					
18.	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.					
19.	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.					
20.	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).					
21.	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).					
22.	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).					
Fator 3 – Atenção à Saúde Centrada no Paciente (ACP)						
23.	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).					
24.	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).					

25.	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).					
26.	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).					
27.	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).					

Fonte: Adaptado de PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe 2, p. 7-15, 2016

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA INTERPROFISSIONAL DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE NUMA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE Sob a responsabilidade do pesquisador Míriam Cristina José Valério, a qual pretende investigar a a interprofissionalidade dos acadêmicos da área da saúde.**

Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas objetivas ao questionário a ser aplicado pelo pesquisador, o qual irá verificar como se dá o desenvolvimento da interprofissionalidade analisando se existe diferença entre os grupos que trabalham de forma interprofissional e os que não trabalham.

A sua participação é isenta de despesas e tem direito à assistência na atenção básica de saúde e não tem direito a indenização por eventuais danos, efeitos colaterais e reações adversas decorrentes de sua participação na pesquisa.

Os riscos relacionados à pesquisa são mínimos, entretanto, cita-se constrangimento por responder ao questionário, isso será amenizado proporcionando um ambiente privado sem interferências externas ao responder as questões, é necessário salientar também que todos os dados pesquisados ficaram sob a guarda da professora pesquisadora. Os benefícios da pesquisa estão relacionados ao uso de metodologia ativa, que promove uma aprendizagem significativa

A pesquisa se justifica através da importância em se utilizar métodos ativos e inovadores no processo de ensino aprendizagem para formar profissionais na área da saúde mais críticos e atualizados com as necessidades da sociedade atual.

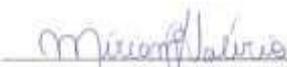
Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador Míriam Cristina José Valério, pelo telefone (47992052508), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UnC, na Av. Presidente Nereu Ramos, 1071, Jardim do Moinho, Mafra-SC, telefone (47) 3641-5500 e/ou e-mail [comitedeetica@unc.br](mailto:comitedeetica@unc.br)

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso desistir quando quiser, sem qualquer explicação. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante



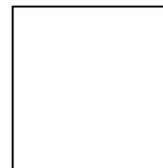
Assinatura do professor Responsável

Profissão: Farmacêutico

CRF SC 14966 / 024.650.939-24

Nº de Registro no Conselho/CPF

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Impressão do dedo polegar  
Caso não saiba assinar

## **APÊNDICE D – Protocolo de Tratamento – Grupo PET e Grupo não PET**

### **Tema:**

Cirurgia bariátrica é a solução?

### **Metodologia:**

Problematização - Método do Arco de Charlez Marguerez (Etapa 2)

### **Objetivos de aprendizagem**

- Capacitar o estudante para elaborar diagnóstico de situação problema em pacientes com DCNT – Cirurgia bariátrica e suas comorbidades
- Associar conceitos importantes às DCNT.
- Elaborar raciocínio crítico e reflexivo para atuação profissional do estudante.
- Vislumbrar a atuação profissional/interprofissional frente ao paciente com doença crônica não transmissível
- Investigar as possíveis condutas terapêuticas para o tratamento do paciente

### **Descrição da metodologia da problematização (Etapa 2)**

É uma metodologia de ensino que possibilita o desenvolvimento de habilidades socioemocionais de trabalho em equipe e de relacionamento com os usuários do serviço de saúde, sendo que este ocorre através da compreensão da realidade das pessoas, bem como dos determinantes socioeconômicos, políticos e culturais que interferem na qualidade de vida.

Segundo Vieira (2015), a metodologia deve ser estruturada usando o Método do Arco de Charlez Marguerez, segundo o qual partindo da realidade, os estudantes observam os seus problemas, elencam pontos-chave, procuram informações por meio da teorização, elaboram hipóteses de solução e por último efetuam a aplicação à realidade. Conforme segue:

Figura 1 – Arco de Maguerez, segundo Berbel, a partir de Bordenave e Pereira



A estrutura do Método do Arco parte da realidade, e percorre etapas que envolvem observação, identificação de problemas, reflexão, teorização, hipótese de solução e propostas. O alvo é sempre a realidade e as possibilidades de transformá-la, através da solução do problema colocado. Para tanto, o Esquema do Arco de Maguerez se desenvolve em cinco etapas:

**A. Observação da realidade concreta:** estudantes são orientados a observar determinada realidade a partir de um tema ou conteúdo, registrando sistematicamente suas percepções com foco no tema. Devem problematizar dificuldades, falhas, contradições, discrepâncias e conflitos. Um ou mais problemas são escolhidos para estudo e investigação, podendo ocorrer a formação de pequenos grupos.

O professor tem o papel de animador da discussão, auxiliando na formulação final e redação do problema que subsidiará as etapas seguintes.

**B. Determinação de pontos-chave:** os estudantes refletem sobre a gênese do problema, identificando a sua multideterminação e complexidade, questionando sua dimensão social e os possíveis determinantes que afetam o contexto no qual o problema ocorre e que não são evidenciados. Numa análise mais criteriosa do problema, buscam alternativas para sua solução.

O professor orienta os estudantes na produção de uma nova síntese e seleção dos pontos mais relevantes (pontos-chave), que serão estudados na próxima etapa por meio de conhecimentos teóricos para compreender o problema com maior profundidade (tópicos ou perguntas).

**C. Teorização:** os estudantes se organizam para buscar conhecimentos e informações sobre o do problema em variadas fontes (pesquisa bibliográfica, leitura, entrevistas, consultas a especialistas). As informações são tratadas, organizadas e analisadas, discute-se sua validade e pertinência para a resolução do problema, verificando-se se as hipóteses foram confirmadas.

O registro dessa etapa e das conclusões dela extraídas é necessário para o desenvolvimento da etapa seguinte.

**D. Hipóteses de solução:** a partir do estudo realizado são buscados os elementos para a elaboração de possíveis soluções, de forma criativa e crítica. O que precisa e pode ser feito para que o problema seja solucionado?

As hipóteses são construídas após o estudo, como consequência da compreensão da realidade, investigando o problema de todos os ângulos possíveis.

**E. Aplicação prática à realidade:** de caráter prático, esta etapa completa a cadeia dialética ação – reflexão – ação, retornando ao ponto de partida, que é a realidade social. Ao adotar esta trajetória, os estudantes devem tomar decisões e executá-las, indo além do exercício intelectual, pois assumiram compromisso com a transformação do seu meio, mesmo que em pequena dimensão (etapa a ser trabalhada usando a metodologia da simulação realística).

Para cada etapa do arco, define-se um conjunto de ações possíveis, as quais devem ser associadas à saberes específicos. Esse pensamento organiza e estrutura o método, a partir de um encadeamento concreto de ações. A MP tem como principais objetivos desencadear o pensamento reflexivo e mobilizar o potencial social e político do estudante. Outros objetivos são estimular o raciocínio e o desenvolvimento de habilidades intelectuais.

A MP requer o trabalho em grupos, que contribui para o desenvolvimento de habilidades importantes para cooperar, conviver, comunicar-se, planejar. Para que a MP seja bem-sucedida, Berbel (2014), orienta que, se faz necessário em primeiro lugar, olhar para a realidade de forma crítica e analítica, identificando o que precisa ser modificado, transformado. Para então, eleger o problema prioritário a ser estudado.

É importante refletir a respeito de perguntas como:

Por que será que esse problema existe?

Que determinantes maiores ou contextuais poderiam estar atuando para a existência desta situação?

## Descrição do Caso Clínico

Atuação interprofissional frente ao paciente com DCNT – Conduas sobre a Cirurgia Bariátrica

### SITUAÇÃO PROBLEMA – Cirurgia bariátrica é a solução?

#### CASO CLÍNICO

Sr. J, paciente do sexo masculino, 46 anos, tabagista, em acompanhamento com endocrinologista para controle da diabetes mellitus tipo 2 (DMT2).

Apresentava hipertensão e dislipidemia com uso contínuo de: Gliclazida, Metformina, Insulina NPH, Losartana, Sinvastatina, AAS.

Na ocasião, assintomático com pressão arterial (PA) = 130x80mmHg, IMC = 34,2 Kg/m<sup>2</sup>, e apresentando descontrole nos parâmetros bioquímicos glicêmicos (hemoglobina glicada (HbA1c) = 11,68% e glicemia em jejum = 215 mg/dL).

Foram reajustadas as medicações, orientada dieta e atividade física com monitorização glicêmica.

Contudo, perdeu seguimento com a equipe multidisciplinar.

Após dois anos, o paciente retornou à unidade de saúde, relatando persistência do descontrole glicêmico e realização de angioplastia. Trazia consigo relatório do cardiologista indicando a cirurgia bariátrica, em consequência do alto fator de risco cardiovascular. Para tanto, foi encaminhado novamente a equipe multidisciplinar, na anamnese o Sr. J relatou:

Há 10 meses, ficou viúvo, o que provocou um quadro depressivo. A partir de então, passou a morar com a filha (21a), que trabalha o dia todo, seu hábito alimentar é inadequado, consome muitos produtos industrializados, sem preocupar-se com restrição calórica ou glicêmica. Está sedentário e permanece tabagista, sente-se cansado e desanimado.

Neste momento apresentava pressão arterial (PA) = 140x90mmHg, IMC = 35,1 Kg/m<sup>2</sup>, e continuava com descontrole nos parâmetros bioquímicos glicêmicos (hemoglobina glicada (HbA1c) = 12,34% e glicemia em jejum = 225 mg/dL).

Fonte: Adaptado de Silva (2018)

Obs: parâmetros bioquímicos: Hemoglobina Glicada (HbA1c) até 5,7% - normal, entre 5,7 e 6,5% - pré diabetes, maior que 6,5% - diabetes, Glicemia em jejum = 99 mg/dL – normal, 100 a 126mgdl – pré diabetes, maior que 126 – diabetes.

Após interpretar este contexto de DCNT, obesidade, cirurgia bariátrica e quadro depressivo, em equipe, de acordo com a MP:

1. Identifique a realidade apontada
2. Eleja o foco do problema (apontamentos dos alunos)

3. Identifique os fatores associados ao problema (apontamentos dos alunos)
4. Estabeleça a relação entre as informações (discussão dos conceitos trazidos pelo professor)
5. Use a criatividade para encontrar uma solução (baseado nos apontamentos e na discussão dos conceitos)
6. Planeje a execução da ação (apresentação via simulação realística)
  - Lembre-se de correlacionar a questão levantada a sua profissão, como pode intervir e se é viável a participação de outros profissionais, como poderiam contribuir.
  - Seguem informações complementares para subsidiar suas decisões.

### **Informações complementares**

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como **“o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”** (SCLiar, 2007), o qual ressalta a importância dos aspectos mentais e sociais na saúde das pessoas.

A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública com diversas consequências danosas. É uma doença crônica não transmissível (DCNT), caracterizada pelo excesso de gordura no organismo com desproporção na distribuição da gordura pelo corpo, que apresenta um crescimento progressivo a níveis pandêmicos, sendo considerada o mal do século.

Em sua determinação estão envolvidos aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais e nesse sentido, a terapia interdisciplinar tem sido amplamente indicada como uma abordagem eficiente. Contudo, a adesão à terapia, fundamental para seu êxito, é uma questão crítica. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma pessoa com sobrepeso gasta 25% mais em serviços com a saúde e ganha 18% menos do resto da população.

A mudança radical nos hábitos da população está levando o país a estes resultados, já que é constatado um aumento do consumo de alimentos altamente calóricos e ricos em gordura, sal e açúcar, mas pobres em vitaminas, minerais e outros micronutrientes. “Ao mesmo tempo, ocorreu uma queda na atividade física por causa do aumento de atividades de natureza sedentária, mudança nos meios de transporte e aumento da urbanização”, enfatiza.

A cirurgia bariátrica (CB) é um dos tratamentos mais revolucionários para manejo de casos de obesidade grave. De acordo com a Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos, a cirurgia é recomendada para pacientes com IMC de 40 kg/m<sup>2</sup> ou superior e para aqueles com um IMC de 35 kg/m<sup>2</sup> ou maior na presença de pelo menos uma comorbidade relacionada à obesidade, além de ser uma opção viável para pacientes que não respondem aos demais tratamentos conservadores para perda de peso (SILVA, 2018).

As seguintes doenças associadas à obesidade justificam a indicação da cirurgia bariátrica: Diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronária, osteo-artrites, doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação), asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) antes de operar, o paciente com IMC entre 35 kg/m<sup>2</sup> e 40 kg/m<sup>2</sup>- que comprove qualquer doença mencionada na lista do Conselho Federal de Medicina - precisa ter passado por tratamento clínico com equipe multidisciplinar. Não obtendo sucesso em outras formas de tratamento, o paciente pode se tornar um candidato à bariátrica. No Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes que desejam fazer a cirurgia precisam dispor-se a permanecer dois anos tentando emagrecer pelos métodos “tradicionais” (alimentação, atividade física e remédios). Este procedimento ao final dá direito a um atestado de impossibilidade do atingimento do peso ideal e então a cirurgia entra em cena (SBCBM, 2019)

A obesidade grave é capaz de esquivar-se das abordagens dietéticas, farmacológicas e esportivas, mas em geral, responde bem à cirurgia. Assim, no tratamento de obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica acaba sendo a intervenção mais eficaz (KELLES et al., 2015; MURARA et al., 2008).

Para os pacientes que não respondem ao regime terapêutica conservador, a cirurgia bariátrica é o método de escolha e com melhores resultados para o tratamento

da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. As cirurgias anti-obesidade têm como finalidade terapêutica limitar a capacidade gástrica ou interferir na absorção dos alimentos ou, conforme a técnica utilizada, a combinação de ambas (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004). A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos e psicológicos do doente (COUTINHO, 1999).

Normalmente, as abordagens utilizadas no tratamento da obesidade focam somente na saúde fisiológica e não no sujeito e sua relação com o corpo. Nesse sentido, compreender outros aspectos envolvendo a imagem corporal pode levar a uma legítima aceitação e real mudança na sua composição corporal (SILVA, 2017).

Segundo Coelho (2014), a principal alteração encontrada na maioria dos artigos foi a Depressão, seguido da Ansiedade, dos Transtornos Alimentares e da Imagem corporal. Em relação a Dependência do álcool e tabaco no período de pós-operatório, se constatou que os pacientes tendem a utilizar a bebida (6%) e o cigarro (22%) como forma de aliviarem a ansiedade e a depressão sentidas neste período, no período pós-operatório. Em função da melhor condição de saúde e aumento da autoconfiança, pode-se perceber melhoria na qualidade de vida social e sexual.

Devido a sua proximidade com o paciente o profissional de saúde tem a responsabilidade de orientar corretamente o paciente sobre o medicamento, mas deveria também fazer uma orientação sobre hábitos saudáveis, ser um multiplicador de indicações corretas e saudáveis para a melhoria da qualidade de vida, logo da saúde da comunidade (BORSATO, 2008).

A dificuldade de acesso da maioria da população à assistência médica especializada, faz com que muitas pessoas obesas recorram a utilização de tratamentos não muito eficazes e seguros, como dietas não acompanhadas por nutricionistas, medicamentos à base de plantas medicinais sem comprovação científica, coquetéis, entre outros.

O uso de medicamentos para o controle da obesidade deve ser feito com cuidado. Cada medicamento específico, dependendo de sua composição farmacológica, apresenta diversos efeitos colaterais, alguns deles bastante graves como arritmias cardíacas, surtos psicóticos e dependência química. Por essa razão devem ser utilizados apenas em situações especiais de acordo com o julgamento criterioso do médico assistente.

Também é importante ressaltar sobre os cuidados relacionados as alterações respiratórias e a sobrecarga articular, que deve ser oferecido ao paciente obeso, além das alterações dermato-funcionais.

Para o tratamento do paciente obeso, é importante a atuação de equipe interprofissional e práticas colaborativas, que produzem resultados ainda melhores quando associadas à cooperação da família em todo o processo terapêutico. Essa relação entre profissionais de diferentes áreas promove maior envolvimento dos pacientes e da família no tratamento, o que é fundamental para a obtenção de bons resultados no seguimento doenças crônicas

A abordagem interprofissional e mais integral do paciente tem um papel significativo na redução de muitos desafios enfrentados na prática profissional, não apenas com foco na obesidade, mas também em diversas outras áreas da medicina (OLIVEIRA, 2015).

Nesse contexto se observa a atuação das diversas profissões da saúde, como:

- Educação física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Medicina
- Nutrição
- Psicologia
- Entre outras.

#### **Indicações para cirurgia bariátrica:**

- Indivíduos que apresentem  $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$ ;
- Indivíduos que apresentem  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- Indivíduos com  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$  e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem

sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

1. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
2. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;
3. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;
4. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica).

### **Contraindicações para cirurgia bariátrica**

1. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

2. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações obrigatórias à cirurgia;
3. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
4. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
5. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

## REFERÊNCIAS

BORSATO, D. M. et al. O papel do farmacêutico na orientação da obesidade. **Visão Acadêmica**, v. 9, n. 1, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicações para cirurgia bariátrica**. Brasília, 03 nov. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica>>.

COELHO, F. U. A. et al. Impacto emocional sofrido por pacientes em perioperatório de cirurgia bariátrica: revisão integrativa. **Revista de Saúde da AJES**, v. 1, n. 1, p. 3-24, 2014.

COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 1, p. 21-67, 1999.

KELLES, S. M. B. et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1587-1601, 2015.

MASOCATTO, N. O. et al. Percepção de Alunos de Curso de Graduação em Medicina sobre o Team-Based Learning (TBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 111-114, 2019

MURARA, J. R.; MACEDO, L. L. B.; LIBERALI, R. Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução de peso corporal e no combate à obesidade mórbida. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, p. 87-99, 2008. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/70/68>>

OLIVEIRA, A. R. et al. Práticas interprofissionais no combate a obesidade infantil. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 1, p. 47-48, 2015.

OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, 199-201, 2004.

PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe 2, p. 7-15, 2016

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, C. V. et al. Cirurgia bariátrica e controle glicêmico: relato de um caso. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 15-17, 2018.

SILVA, K. et al. Imagem corporal em adolescentes obesas: uma revisão. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 64, p. 217-223, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA.  
Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/>

VIEIRA, M. N. C. M.; PANÚNCIO-PINTO, M. P. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 48, n. 3, p. 241-248, 2015.

## **APÊNDICE E – Protocolo de Tratamento – Grupo PET**

### **Tema:**

Cirurgia bariátrica é a solução?

### **Metodologias:**

Simulação realística (Etapa 4 e Etapa 5)

### **Objetivos de aprendizagem:**

- Demonstrar condutas terapêuticas interprofissionais para o tratamento do paciente pacientes com DCNT – Cirurgia bariátrica e suas comorbidades;
- Revisar conceitos importantes às DCNT;
- Implementar raciocínio crítico e reflexivo para atuação profissional do estudante;
- Produzir a atuação profissional/interprofissional frente ao paciente com doença crônica não transmissível.

### **Descrição da Simulação Realística (Etapa 4 – elaboração da SR, Etapa 5 – apresentação da SR)**

A metodologia de Simulação Realística (SR), é reconhecida como uma metodologia de ensino aprendizagem capaz de intervir positivamente, oportunizando que o discente mobilize conteúdos já acumulados na resolução do problema exposto. Desta forma, a simulação pode proporcionar a ruptura no modo tradicional de ensino, pois é um método no qual o professor deixa de ser o detentor do conhecimento e passa a construí-lo junto aos seus alunos, oportunizando a proatividade do discente em seu próprio aprendizado.

É um recurso metodológico que possibilita a atuação profissional em diversos cenários de aprendizagem, permitindo que o acadêmico tenha atuação direta na problematização de situações reais, induzindo-o na busca de soluções para o problema apresentado. Oportunizando assim, um cenário seguro para a prática profissional em saúde de forma. Ao buscar ferramentas que garantam resultados eficientes durante a formação, como a simulação realística, o professor favorece que o aluno desenvolva raciocínio clínico, assim como atitudinal, promovendo um

ambiente favorável a intervenção, que possibilita reforçar o aprendizado e pontuar a melhorias na conduta. (FERREIRA, 2015).

Ao associar a educação interprofissional e simulação, é possível criar condições para os estudantes aprendam com e sobre outras profissões, permitindo compreender mais profundamente os papéis dos demais profissionais, num ambiente controlado e seguro, favorecendo a compreensão dos conceitos e a consciência na tomada de decisões, tornando a experiência educacional única (BOET, 2014).

### **Atividade:**

Baseado nos critérios metodológicos da SR, os estudantes participantes do grupo PET, devem elaborar uma simulação que:

- Relate o caso clínico do Sr. J, apresentado na MP, considerando a situação relatada e seu aspecto biopsicossocial;
- Demonstre como se deu o atendimento do Sr. J, levando em conta a atuação interprofissional, levando em consideração o cuidado integral do paciente;
- Elabore/crie as profissões envolvidas, as falas e o cenário adequado para transmitir realidade na simulação;
- Apresente a resolução do problema vivenciado pelo Sr. J, conforme discutido na MP e de forma interprofissional;

Esta simulação será demonstrada aos participantes da pesquisa, grupo não PET, para que através dela possam compreender como se dá a atuação interprofissional e quais suas vantagens e dificuldades.

## **REFERÊNCIAS**

BOET, S. et al. Twelve tips for a successful interprofessional team-based high-fidelity simulation education session. **Medical Teacher**, v. 36, n. 10, p. 853-857, 2014.

FERREIRA, C. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde. In: SEMINÁRIO DE TECNOLOGIAS APLICADAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE; 1. 2015. Bahia. **Anais...** v. 1, n. 1, 2015.

KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. M. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração?. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 53, e03453, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018015703453>