

ATIVIDADE DE ENSINO INTEGRADORA DOS CURRÍCULOS NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ENTRE O MULTIPROFISSIONAL, O INTERDISCIPLINAR E O INTERPROFISSIONAL

*Luciane Ines Ely
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

I n t r o d u ç ã o

No Brasil, as mudanças observadas nos currículos dos cursos da área da saúde promovidas por políticas de saúde e de educação, desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido, intensificaram o debate acerca da formação de profissionais que pretendam atuar em um modelo de integralidade do cuidado.

Nesse contexto, propostas curriculares inovadoras, integradas ou de base interdisciplinar começam a se destacar no país (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012), trazendo para a pauta de discussões a necessidade de uma formação em saúde que transcenda os fazeres individualizados de cada profissão. Assume-se, assim, a importância do trabalho em equipe e da compreensão contextualizada e ampla dos processos de saúde-doença (FEUERWERKER; CAPAZZOLLO, 2013; BATISTA et al., 2013).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a influência das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde e dos programas ministeriais indutores de mudanças na graduação – como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2008) – possibilitaram o ensino junto aos serviços do SUS, de modo especial, no período dos estágios curriculares, além da qualificação das relações de integração ensino-serviço-comunidade. É uma formação que aproxima o estudante de graduação do conhecimento em relação ao funcionamento dos serviços públicos de saúde e do trabalho em equipe multiprofissional, possibilitando o desenvolvimento de competências para a autonomia na resolução de problemas (TOASSI et al., 2013, BATISTA et al., 2015).

Para além dos estágios específicos de cada um dos cursos de graduação, a inovação e o desafio na educação dos profissionais da saúde concentraram-se na superação do modelo tradicional de formação organizado em núcleos, onde as oportunidades de aprendizagem compartilhada são escassas ou inexistentes, formando profissionais possivelmente com práticas também fragmentadas e isoladas.

Com a intenção de avançar em propostas curriculares compartilhadas entre diferentes cursos da saúde, em 2012, é oferecida na UFRGS a atividade de ensino Práticas Integradas em Saúde I, a 'disciplina integradora'. A iniciativa é multiprofissional, reunindo estudantes e professores de diferentes cursos de graduação, busca a interdisciplinaridade ao mesmo tempo em que tem potência para o desenvolvimento de uma experiência interprofissional. Acontece em cenários de prática da Atenção Primária à Saúde (APS) – Unidades de Saúde da Família – de um dos distritos docente assistencial da UFRGS, o distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (TOASSI; LEWGOY, 2016). Quinze cursos participam da proposta da disciplina, sendo 14 da área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social) e o curso de graduação em Políticas Públicas.

Em 2017, a compreensão dos significados da vivência na disciplina integradora foi tema de dissertação do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da UFRGS, confirmando que a experiência de ensino se apresenta como um potente cenário para o desenvolvimento da educação interprofissional na graduação (ELY, 2017).

Entendendo a importância político-institucional de uma disciplina compartilhada entre estudantes e professores de diferentes profissões para a inte(g)ração entre os cursos da saúde, este texto propõe-se a discutir as aproximações conceituais de interdisciplinaridade, multi e interprofissionalidade, bem como a análise do processo de implementação, desenvolvimento e perspectivas da disciplina integradora na UFRGS.

Multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade: o que diferencia e o que aproxima esses conceitos no ensino de graduação em saúde?

As inovações impulsionadas pelas políticas públicas já mencionadas, além de promoverem maior aproximação entre universidade e o contexto do SUS, também fomentaram a necessidade de inte(g)ração entre os cursos da saúde. Somado a isso, a compreensão da integralidade da atenção como eixo central do trabalho e do ensino na saúde coloca o trabalho interdisciplinar e interprofissional como uma necessidade fundamental no processo de formação em saúde.

O conceito da interdisciplinaridade já é conhecido no Brasil, mas o mesmo não se pode afirmar sobre o conceito da interprofissionalidade. Iniciativas de inte(g)ração curricular recebe(ram) o nome de interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e, mais recentemente, entra em pauta o conceito de interprofissionalidade. Qual é a diferença entre os conceitos multiprofissional e interprofissional? Entre interdisciplinar e interprofissional? Que aproximações são possíveis?

Nos espaços escolares e universitários o saber científico está fragmentado em inúmeras disciplinas divididas em especialidades e em subespecialidades. A organização da ciência com a fragmentação do objeto é compreendida como disciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2000). A disciplina é uma estratégia de organização do saber para a compreensão dos fenômenos, com métodos, teorias e conceitos com fronteiras delimitadas (FURTADO, 2007).

O conhecimento construído disciplinarmente limita a uma única perspectiva de ver e analisar os fatos, fragmentando a realidade, e por consequência, alimenta níveis de percepção e de consequência dos sujeitos envolvidos muito limitados (FAZENDA, 2008). O conhecimento organizado em disciplinas estanques não responde a complexidade das situações que se apresentam. A superação da disciplinaridade requer a inte(g)ração entre os campos disciplinares (ALMEIDA FILHO, 2000).

A interdisciplinaridade pressupõe uma relação dialógica, de cooperação intelectual, de integração e mudança de atitude em relação ao conhecimento. Viabiliza o trabalho conjunto a partir de um projeto comum que ajude na superação das fronteiras dos núcleos de saberes, explorando várias relações e possibilidades. Num currículo de pressupostos interdisciplinares, diferentes saberes são reconhecidos e contextualizados, ou seja, o objeto do conhecimento não pode ficar enclausurado numa disciplina ou numa realidade pesquisada (MORAES, 2010). A interdisciplinaridade se refere aos conhecimentos, ao modo de pensar (MORIN, 2005). Consiste na interação de duas ou mais disciplinas em relação às suas ideias, tarefas, campos conceituais (ANASTASIOU, 2005).

A multiprofissionalidade e a interprofissionalidade se referem à prática profissional. A educação multiprofissional ocorre "quando duas ou mais profissões aprendem lado a lado por qualquer motivo" (BARR, 2005, p. 6). Já a educação interprofissional são "ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem uns com os outros para melhorar a colaboração e qualidade dos cuidados" (BARR, 2005, p. 6). A primeira pressupõe que diferentes profissões estejam atuando juntas, mas não necessariamente havendo interação ou um propósito claro. Do contrário, a interprofissionalidade implica na interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum (OMS, 2010); é uma resposta à segregação das profissões.

A perspectiva interdisciplinar não necessariamente estimula a colaboração entre diferentes profissões, mas sim entre áreas do conhecimento que podem ser até mesmo de uma mesma categoria profissional (THIESEN, 2008). A interdisciplinaridade pode ser um instrumento para a educação interprofissional, mas não sinônimo (BARR; LOW, 2013).

O que esses conceitos têm em comum? Ambas perspectivas têm em seu cerne a necessidade da inte(g)ração e de cooperação: de experiências, de saberes, das profissões. São respostas à fragmentação e segregação de saberes e de fazeres. Não são sinônimos, mas se complementam.

Como esses conceitos se articulam no ensino na saúde e nos serviços? Há um Sistema Único de Saúde que têm como orientação princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação, com objetivo de alcançar uma abordagem integral do cuidado à saúde (BRASIL, 1990). Para tanto, é necessária a atuação integrada e colaborativa dos profissionais do SUS (PEDUZZI et al., 2013). Em outras palavras, para promover a integralidade, há que se proporcionar estratégias para melhorar as relações entre os profissionais e desenvolver competências para o trabalho em equipe, para o trabalho interprofissional colaborativo.

Por outro lado, para a disposição de práticas do trabalho em equipe mais democráticas, menos hierarquizadas e menos fragmentadas em direção à integralidade do cuidado em saúde, há que se repensar o processo de formação dos profissionais da saúde. O ensino em saúde no Brasil tem se comprometido com o desenvolvimento de profissionais para trabalho em equipe? Como os cursos de graduação estão preparando os estudantes na perspectiva da integralidade do cuidado? (BATISTA, 2012). Como as iniciativas das políticas públicas dialogam com os fazeres clínicos das diferentes profissões? Como os cursos estão desenvolvendo o trabalho interprofissional colaborativo?

O debate da articulação entre a formação de profissionais para exercerem suas atividades no modelo da integralidade do cuidado tem se intensificado, visto que o desenvolvimento da capacidade para o trabalho em equipe ainda é um dos aspectos nevrálgicos no processo de formação em saúde. As universidades organizam em núcleos o processo de formação de profissionais que necessitarão trabalhar em equipe (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

A educação interprofissional (EIP) é um meio de desafiar essa forma comum de formação, a fim de encontrar respostas a nova configuração de contextos: "complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino" (PEDUZZI et al., 2013, p. 979).

Conceitualmente, a EIP é definida como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde e o bem-estar dos pacientes (REEVES et al., 2013). A EIP traz, ao estudante, a oportunidade de compreender mais claramente o trabalho como membro de equipe de prática colaborativa, aumentando a eficiência das equipes ao reduzir duplicidade de serviços (OMS, 2010).

Por que a EIP é importante? A EIP foi desenvolvida como uma forma de superar o desconhecimento e o preconceito entre as profissões, tendo em vista que, ao aprenderem em conjunto, as profissões saberão trabalhar melhor juntas, e, assim, melhorar a qualidade dos serviços prestados (BARR, 2005). É uma importante estra-

tégia para o desenvolvimento de profissionais preparados para o trabalho em equipe, prática fundamental para a integralidade do cuidado (BATISTA, 2013).

Na perspectiva de McNair (2005), para que o cuidado em saúde seja feito em equipe, no coletivo, a EIP estabelece, como ponto de partida, a prática do aprender junto sobre o trabalho em saúde. A EIP é uma metodologia educacional que privilegia a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o comprometimento com a integralidade das ações, a partir da clareza e respeito às peculiaridades de cada profissão (BARR, 2005), e vem se apresentando “como uma forma de incentivar novas relações entre os profissionais de saúde, por meio da colaboração” (COSTA, 2014, p. 26).

Os princípios da EIP se aplicam tanto para a formação profissional quanto para a educação permanente dos profissionais da saúde (BARR, 2005), para a formação do trabalho colaborativo em saúde, fundamental para a integralidade do cuidado (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2014). O trabalho colaborativo “ocorre quando vários profissionais de saúde fornecem serviços integrais, trabalhando em conjunto, de forma articulada, juntamente com os pacientes, suas famílias e comunidades, para proporcionar a mais alta qualidade de atendimento” (OMS, 2010, p. 7).

Como proposta pedagógica, a EIP deve ser complementar a educação uniprofissional e/ou multiprofissional, mantendo as especificidades de cada área da saúde e reforçando a identidade dos profissionais que estão aprendendo juntos (BARR, 2005). A interprofissionalidade complementa o núcleo de formação. O núcleo de formação está relacionado às singularidades que definem a identidade de cada profissão. O campo de formação diz respeito às responsabilidades e saberes comuns das profissões (CAMPOS, 1997).

A EIP baseia-se nas teorias clássicas da aprendizagem de adultos (BARR, 2005), despertando o pensamento crítico e reflexivo, incentivando a autonomia e a aprendizagem ao longo da vida. Uma característica chave para a EIP são os métodos de aprendizado que permitem a interatividade e a colaboração (REEVES, 2016). Resultados de revisão sistemática mostra que as estratégias pedagógicas mais utilizadas são aprendizagem baseada em problemas, em seminários e em simulação / dramatização, devendo estar de acordo com os recursos disponíveis, os objetivos da iniciativa e o perfil dos participantes. A combinação de diferentes métodos pode contribuir para melhorar a aprendizagem (REEVES, 2016).

Barr et al. (2016) lembram que nenhum método de ensino e aprendizagem é suficiente. Independente de qual for o método de escolha, deve ser ativo, reflexivo e centrar-se no paciente, criar oportunidades de comparar e contrastar papéis e responsabilidades, conhecimentos e habilidades.

Para o desenvolvimento de atitudes positivas, Carpenter (1995), entende que há necessidade de criar oportunidades para que os estudantes possam expressar-se

abertamente, compartilhando suas opiniões, além de disponibilizar tempo para refletir sobre o papel de cada um em uma equipe.

Gill e Ling (1995)¹⁴ apud Oandasan e Reeves (2005), sugerem que o aprendizado efetivo na EIP seja constituído por grupos de cerca de 8 a 10 membros, assegurando uma combinação igual de profissionais, visto que se o grupo tiver mais membros de uma determinada profissão a interação pode ser inibida pela dominação do grupo profissional maior.

A imersão em experiência prática é recomendada por Schön (1987), para oportunizar movimento de 'reflexão em ação', para a possibilidade de modificar a ação enquanto ela está sendo realizada, bem como o movimento de 'reflexão sobre a ação', para refletir sobre a ação já realizada e compreender como chegaram aos resultados.

A EIP pode ser abordada em oportunidades de aprendizagem informal ou formal. É possível organizar atividades informais de aprendizagem em um programa interprofissional ou o aprendizado pode ocorrer mesmo em encontros informais, sem planejamento prévio, como resultado de uma iniciativa interprofissional. São nos momentos informais que os estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos voltados ao seu processo de educação formal (REEVES, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) sugere que as atividades de EIP tenham o mesmo peso da formação específica de cada profissão, pois a EIP voluntária ou eletiva pode ficar subentendida como de menor importância, reduzindo o comprometimento dos estudantes.

A avaliação da aprendizagem em iniciativas de EIP deve estar baseada em demonstrações da competência colaborativa. Exemplos de métodos utilizados são os diários reflexivos, registros de aprendizagem e portfólios (BARR et al., 2016).

Em relação à avaliação das experiências de EIP, a literatura menciona dois principais instrumentos: o Questionário com Escala de Percepção da Experiência Interprofissional – IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) e o questionário para avaliação de atitudes e prontidão – RIPLS (Readiness for Interprofessional Learning Scale) (LIE et al., 2013), validado para língua portuguesa falada no Brasil por Peduzzi et al. (2015).

Qual o melhor momento para introduzir a EIP nos percursos de formação dos estudantes dos cursos de saúde? Pesquisas têm encontrado diferentes respostas para essa questão. Recomenda-se que a EIP deva ser introduzida nos primeiros dois anos da formação, com o argumento que o estudante possa desenvolver atitudes e com-

¹⁴ GILL, J.; LING, J. Interprofessional shared learning: a curriculum for collaboration. In: SOOTHILL, K; MACKAY, L.; WEBB, C. (Ed.). **Interprofessional relations in health care**. London: Edward Arnold, 1995.

portamentos positivos ao conhecer e se relacionar com outros profissionais (HORAK; O'LEARY; CARLSON, 1998; LEAVISS, 2000). Há, no entanto, o entendimento de que a EIP deva ocorrer quando o estudante estiver em momento mais avançado da sua formação, visto que os estudantes devam estar seguros em seus papéis profissionais antes de poderem atuar como membros da equipe (PARSELL; BLIGH, 1998).

Para Oandasan e Reeves (2005), não há uma receita, a priori, para saber quando é o melhor momento de introduzir a EIP na graduação. Diferentes tipos de oportunidades de aprendizagem compartilhada usando modelos uni, multi ou interprofissionais devem fazer parte do processo de formação. Para Harden (1998), o melhor método para a aprendizagem das competências específicas da profissão é a estratégia educacional uniprofissional. Mas é preciso avaliar que podem haver momentos em que é mais vantajoso usar uma abordagem multi ou interprofissional. Para a escolha da estratégia de aprendizagem uni, multi ou interprofissional, é necessário refletir sobre os objetivos pretendidos, o contexto da aprendizagem, o estágio/fase da educação, o ambiente, o perfil dos participantes, a abordagem de aprendizagem e os tópicos ou assuntos a serem abordados (HARDEN, 1998; JOHNSTON; BANKS, 2000; OANDASAN; REEVES, 2005).

As ações interprofissionais podem se apresentar em três níveis: o nível macro, o nível médio, e o nível micro. O nível macro está relacionado às políticas mais gerais de reorientação da formação; o nível médio, aos desenhos curriculares e programas dos componentes curriculares; e o nível micro, às relações e interações interpessoais e interprofissionais (REEVES, 2016).

A legislação tem importante impacto no desenvolvimento, implementação e sustentabilidade da EIP, tendo em vista que "mudanças legislativas podem influenciar a forma como os profissionais de saúde são ensinados, acreditados, regulamentados e remunerados" (OMS, 2010, p. 31). No contexto brasileiro, em nível macro, é possível perceber importantes mudanças que estimulam a adoção da EIP nas instituições formadoras. A exemplo disso estão as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, o primeiro curso da saúde a incluir no texto de suas diretrizes a educação para o trabalho interprofissional (BRASIL, 2014).

Tanto no nível macro, como no médio e no micro, é fundamental que haja um forte e consistente apoio institucional. Destacam-se, nessa perspectiva, uma equipe docente capacitada que apoie a EIP, políticas institucionais e recursos para desenvolver e implementar a EIP, investimento em conhecimento sobre EIP e disseminação da proposta, tempo para planejamento e boa comunicação entre os envolvidos na proposta de EIP (REEVES, 2016).

A questão da formação continuada dos docentes é ressaltada pela literatura, a fim de facilitar e ressignificar o conhecimento sobre mediação interprofissional. Colegas mais experientes, por exemplo, podem ajudar a desenvolver habilidades da EIP, além de opor-

tunidades regulares e contínuas de discussão e reflexão dos facilitadores da EIP (LINDQVIST; REEVES, 2007).

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o documento 'Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa' (OMS, 2010), apresentando uma série de itens no nível da prática e de sistemas que podem auxiliar na implementação de políticas da educação interprofissional e a prática colaborativa, resultado de estudos de pesquisadores de diversas áreas de vários países. O documento apontou a colaboração interprofissional em educação e prática como uma potente estratégia de redução da crise mundial na força de trabalho na saúde. Afirmou que muitos anos de pesquisa evidenciam que "a educação interprofissional eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz" (OMS, 2010, p. 7). O texto apresenta um mapeamento de iniciativas de EIP em vários países, indicando, no Brasil, a Estratégia da Saúde da Família, pilar da Rede de Atenção à Saúde no SUS, como uma iniciativa de EIP.

O SUS apresenta um caráter interprofissional, visto a articulação entre a formação e o sistema de saúde, gestão e controle social. A APS, principalmente a Estratégia da Saúde da Família, tem como premissa uma atuação integrada e colaborativa da equipe de profissionais de saúde: agente comunitário de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas e profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (PEDUZZI, 2016). Outra relação do SUS com a EIP refere-se ao princípio da integralidade do cuidado. "A articulação no cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática" (SILVA et al., 2015, p. 18).

Revisão de literatura realizada por Agreli, Peduzzi e Silva (2016) sobre a atenção centrada no paciente e a relação com a prática interprofissional colaborativa na APS revelou que, "à medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além da sua própria atuação profissional" (p. 905). Essa é uma das perspectivas da integralidade.

A formação dos profissionais e a atenção à saúde tem entre si uma relação recíproca, pois o que acontece na formação influencia na atenção à saúde e vice-versa. Para passar de um modelo uniprofissional para um modelo interprofissional de formação é preciso contar com serviços de saúde e uma rede de atenção à saúde que faça atenção integral na qual os estudantes possam desenvolver sua aprendizagem¹⁵.

Embora o cenário de prática brasileiro tenha um caráter interprofissional, tem muito a avançar na prática educativa interprofissional em cenários de formação. Nas universi-

¹⁵ Fonte: Registro no Diário de Campo no dia 02/12/2016, baseado na fala da professora Marina Peduzzi durante o 2º Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, em Santos, São Paulo.

dades brasileiras há investimentos tímidos, ainda, na EIP. Destacam-se iniciativas da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (BATISTA, 2012), a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - FCMS/JF (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011), Universidade Federal do Sul da Bahia (ALMEIDA FILHO et al., 2014), a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em São Paulo. Também é possível destacar os Bacharelados Interdisciplinares em Saúde, com uma formação mais ampla e currículos mais flexíveis, além de iniciativas observadas na Universidade Federal do Sul da Bahia, Universidade Federal da Bahia e Universidade do Recôncavo Baiano.

Tais iniciativas apresentam-se de diversas formas no contexto brasileiro: arquiteturas curriculares interprofissionais, compartilhamento de disciplinas comuns entre diferentes cursos, adoção da interprofissionalidade nas residências multiprofissionais (COSTA, 2016).

Há, ainda, importantes desafios para a implementação da EIP. O “processo de formação é muito conteudista e dificulta a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração” (COSTA, 2016, p. 198). Além disso, a estrutura física e os desenhos curriculares corroboram para o funcionamento de cada curso em sua própria estrutura, legitimando a segregação. O maior desafio é a barreira cultural, que fortemente contribui na formação das identidades profissionais (COSTA et al., 2016).

Para Batista (2013, p. 62),

a concretização de propostas de educação interprofissional significa assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isso implica o desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe.

Na UFRGS, a oportunidade de convivência e aprendizado compartilhado entre diferentes cursos em atividades de ensino na graduação expressa-se pela disciplina ‘Práticas Integradas em Saúde I’ (PIS I). Seu processo de implementação, desenvolvimento e perspectivas serão abaixo analisados.

A disciplina ‘Práticas Integradas em Saúde I’: processo de implementação, desenvolvimento e perspectivas

A escrita sobre a implementação da disciplina PIS I na UFRGS lançou mão de análise documental. Foram pesquisados atas e registros de reuniões da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) dos anos 2009, 2010 e 2011, Relatório do Grupo de Trabalho da

PIS I do ano de 2010, período em que a disciplina foi amplamente discutida e planejada. Outro documento analisado foi o livro 'A arte de ensinar e fazer saúde - Pró-Saúde II: relato de uma experiência', que conta o processo e os movimentos do Pró-Saúde II nessa Universidade (BUENO; TSCHIEDEL, 2011).

A proposta da atividade de ensino integradora parte de um contexto de articulações entre os cursos da saúde na UFRGS, a partir da criação da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), órgão colegiado vinculado à Pró-Reitoria de Graduação. Constitui-se por um representante docente de cada um dos cursos da área de saúde da UFRGS indicado pela respectiva Comissão de Graduação; um representante da Pró-Reitoria de Graduação; representação discente eleita por seus pares na forma da lei; um representante dos servidores técnico-administrativos, no cargo de Técnico em Assuntos Educacionais das Unidades participantes da Coordenadoria, escolhido e indicado por seus pares (UFRGS, 2017a).

A CoorSaúde foi instituída em 2008 com o intuito de contribuir com propostas inovadoras de formação de profissionais da saúde, com forte atuação no setor da saúde. Propõe-se a desenvolver um Projeto Pedagógico Institucional que atenda às DCN dos cursos da saúde, incluindo a aproximação das relações da Universidade com o SUS, tendo em vista as necessidades sociais em saúde e o desenvolvimento de políticas públicas. Tem como foco a articulação entre os cursos da saúde, principalmente no que diz respeito à inserção dos estudantes nas redes de atenção à saúde (UFRGS, 2015).

Atas das reuniões da CoorSaúde entre 2009 e 2011 mostram que, já na primeira reunião de 2009, emerge o reconhecimento da origem da dificuldade de pensar atividades compartilhadas. "[...] a dificuldade de pensar em conjunto se deve ao fato de conhecermos pouco o trabalho do outro" (UFRGS, 2009), ressaltando a necessidade de sensibilização de docentes e discentes para a importância de atividades compartilhadas entre os cursos.

Assim, um grupo de trabalho foi organizado, envolvendo professores e técnicos em assuntos educacionais da Universidade, para a elaboração de proposta piloto de uma atividade de ensino que integrasse os cursos da saúde, com a premissa da utilização de metodologias ativas e vivências em cenários de prática, com a proposta de estar vinculada à CoorSaúde, e não a uma Comissão de Graduação ou Departamento (UFRGS, 2010a).

A intenção de vinculação à CoorSaúde não teve aprovação pela Pró-Reitoria de Graduação e pela Câmara de Graduação, ficando a disciplina, desse modo, vinculada à Comissão de Graduação do curso de Odontologia (BUENO; TSCHIEDEL, 2011; UFRGS, 2011).

A proposta inicial planejava a disciplina em três semestres, priorizando estudantes das etapas iniciais, com os seguintes objetivos: Prática Integrada I – Conhecer o contexto da comunidade e as demandas para a saúde; Prática Integrada II – Gestão de Políticas Públicas em diversas dimensões da comunidade (escola, centros comunitários, etc.) – re-

des de serviços/atendimento; e Prática Integrada III – Intervenção por meio de projetos (UFRGS, 2010b, BUENO; TSCHIEDEL, 2011).

O referido grupo de trabalho planejou a primeira etapa da disciplina, a 'Práticas Integradas I', realizando trocas de experiências sobre trajetórias de trabalho na saúde e na universidade, textos, projetos pedagógicos dos cursos. Esse grupo construiu o programa da disciplina, incluindo a discussão da proposta com profissionais do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (UFRGS, 2010b).

A primeira das disciplinas integradoras foi implementada no primeiro semestre de 2012, iniciando com a participação de 45 estudantes de graduação dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social.. Contempla, em sua ementa, estudos e experiências multiprofissionais e interdisciplinares em cenários do SUS, mais especificamente, Unidades de Saúde da Família (UFRGS, 2017b).

As atividades de ensino na PIS I estão organizadas em momentos de tutoria no território – grupos de até oito estudantes de graduação e dois professores tutores – tendo como premissa a multiprofissionalidade dos cursos e momentos de concentração. As atividades no território são, de modo geral, acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nos momentos de concentração, estudantes, professores e profissionais dos serviços da saúde compartilham experiências e conhecimentos. O principal instrumento de avaliação da disciplina é o portfólio individual para o acompanhamento do processo de aprendizagem dos estudantes, incluindo a análise dos registros dos diários de campo (TOASSI; LEWGOY, 2016; UFRGS, 2017b).

De 2012 a 2017, a PIS I está compartilhada nos currículos de 15 cursos de graduação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Políticas Públicas, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social., em caráter eletivo ou adicional, com quatro créditos, 60 horas (UFRGS, 2017b). A cada semestre são oferecidas quatro vagas por curso. Nesse período, cerca de 500 estudantes de diferentes cursos de graduação participaram da disciplina, a qual é marcada pela complexidade dos múltiplos olhares sobre os territórios das ESF, traz movimentos de multiprofissionalidade, de interdisciplinaridade e de interprofissionalidade que se mesclam, se sobrepõem, mas também se complementam nas narrativas de seus protagonistas (ELY, 2017).

A 'Práticas Integradas' configura-se como uma iniciativa contra-hegemônica ao modelo de formação uniprofissional, representando a única experiência curricular de integração entre cursos na graduação em saúde da Universidade. Traz a possibilidade de abrir fissuras nos processos instituídos (MERHY; ONOCKO, 1997), provoca estranhamentos,

desafios, aprendizagens e um conjunto de dúvidas e questões tramadas, tecidas entre os atores que dela participam.

Considerações finais

A presença de atividades de ensino integradoras nos currículos da saúde que promovem a integração ensino-serviço-comunidade, como a PIS, permitem encontros que se traduzem em experiências curriculares com potencial para o desenvolvimento do trabalho colaborativo interdisciplinar e interprofissional.

São experiências que produzem vivências entre pessoas (estudantes, professores, profissionais e usuários do SUS) e profissões, o que descortina um conjunto de questões desafiadoras para sua consolidação e permanência. Entre os desafios, destaca-se o contexto/intencionalidade da instituição formadora para apoiar atividades de ensino interprofissionais em cenários de prática do SUS e sua lógica de organização, a proposta dos projetos pedagógicos dos cursos (possibilidade de atividades 'entre cursos'), o caráter de oferecimento das atividades de ensino (obrigatórias/opcionais/adicionais aos currículos), as estratégias pedagógicas das iniciativas, além da formação docente para atuar em atividades que incluam a educação interprofissional. Essas iniciativas de integração devem servir como 'bandeiras' contra a simplificação e 'encastelamento' dos saberes e fazeres, em favor do contextual, do complexo, o que inclui fomento para as discussões sobre a EIP nesta e nas demais Instituição de Ensino Superior do país.

Torna-se fundamental o investimento em pesquisas de avaliação e acompanhamento de tais atividades, em cada curso, com estudantes, professores, gestores universitários, e junto aos serviços de saúde, incluindo a análise de suas estratégias pedagógicas e de articulação com os serviços. Nesse processo, é essencial a valorização da percepção dos estudantes que dela participam ao longo de sua trajetória acadêmica.

Referências

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu. Impresso)**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014.

ANASTASIOU, L. G. C. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

BARR, H. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow**: a review. London, UK: Higher education academy, health sciences and practice network, 2005. 47p. Disponível em: <http://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf> Acesso em: 7 ago. 2017.

BARR, H.; LOW, W. **Introducing interprofessional education**. United Kington: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2013.

BARR, H. et al. **Interprofessional education**: guidelines 2016. Centre for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2016.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cadernos FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.

BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 59-68.

BATISTA, N. A. et al. **A educação interprofissional na graduação em saúde**: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado. Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (IX ENPEC), Águas de Lindóia, SP - 10 a 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1458-1.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BATISTA, S. H. S. S. et al. Formação em saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015.

BRAID, L.; MACHADO, M.; ARANHA, A. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, set. 2012.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde**: Programa Nacio-

nal de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf> Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pr1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BUENO, D.; TSCHIEDEL, R. **A arte de ensinar e fazer saúde:** UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência. Porto Alegre: Libretos, 2011.

CAMPOS, G. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARPENTER, J. Implementing community care. In: SOOTHILL, K.; MACKAY, L.; WEBB, C. (Eds.). **Interprofessional relations in health care.** London: Edward Arnold, 1995. p. 75-87.

COSTA, M. A. **Educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde.** Natal, 2014, 142p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Educação das Profissões de Saúde). Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19808/1/MarceloVC_TESE_2014.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

COSTA, M. A. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

ELY, L. I. **Vivência multiprofissional na graduação em cenários de prática do Sistema Único de Saúde:** a potencialidade para a educação interprofissional. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

FAZENDA, I. C. A. (Org.). O que é interdisciplinaridade? São Paulo: Cortez, 2008.

FEUERWERKER, L.; CAPAZZOLO, A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. In: CAPAZZOLO, A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

FURTADO, J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu. Impresso)**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, ago. 2007.

HARDEN, R. M. AMEE Guide n.12: Multiprofessional education: Part 1 - effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. **Medical teacher**, London, v.20, no. 5, p. 402-408, 1998.

HORAK, B.; O'LEARY, K.; CARLSON, L. Preparing health care professionals for quality improvement: the George Washington University/George Mason University experience. **Quality management in health care**, United States, v. 6, no. 2, p. 21-30, 1998.

JOHNSTON, G.; BANKS, S. Interprofessional learning modules at Dalhousie University. *Journal of health administration education*, New Orleans, v. 18, no. 4, p. 407-427, 2000.
LEAVISS, J. Exploring the perceived effect of an undergraduate multiprofessional educational intervention. **Medical education**, Oxford, v. 34, no. 6, p. 483-486, 2000.

LIE, D. et al. A comparison of two scales for assessing health professional student's attitude toward interprofessional learning. **Medical education online**, Michigan, v. 18, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849511/pdf/ME0-18-21885.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

LINDQVIST, S.; REEVES, S. Facilitators' perceptions of delivering interprofessional education: a qualitative study. **Medical teacher**, London, v. 29, n. 4, p. 403-405, 2007.

McNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Medical education**, Oxford, v. 39, no. 5, p. 456-464. May 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MORAES, M. C. Complexidade e currículo: por uma nova relação. **Polis: Revista da Universidade Bolivariana**, Medellín, v. 9, n. 25, p. 289-311, 2010.

MORIN, E. **Educação e complexidade, os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2005.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

PARSELL, G.; BLIGH, J. Interprofessional learning. **Postgraduate medical journal**, Oxford, v. 74, p. 89-95, 1998.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, 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**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 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. esp. 2, p. 7-15, 2015.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)**. Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

ROSSIT, R.; BATISTA, S. H; BATISTA, N. A. Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Humanidades medicas**, Camaguey, v. 3, n. 1, p. 55-56, 2014.

SCHÖN, D. **Educating the reflective practitioner**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.

SILVA, J. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 2, p. 16-24, 2015.

SILVA, R.; SCAPIN, L.; BATISTA, N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: revista de avaliação da educação superior**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011.

THIESEN, J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008.

TOASSI, R.F.C. et al. Teaching at primary healthcare services within the brazilian National Health System (SUS) in brazilian healthcare professionals training. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 385-92, abr./jun. 2013.

TOASSI, R. F. C; LEWGOY, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, jun. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Ata da reunião da Coordenadoria de Saúde (Coorsauúde) no dia 13 de janeiro de 2009.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Ata da reunião da Coordenadoria de Saúde (Coorsauúde) no dia 05 de março de 2010a.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Relatório do grupo de trabalho da disciplina Práticas Integradas I**, 2010b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Coordenadoria da Saúde. **Ata da reunião da Coordenadoria de Saúde (Coorsauúde) no dia 03 de junho de 2011.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Pró-Reitoria de Graduação. **Coordenadoria da Saúde (Coorsauúde)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsauude>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Pró-Reitoria de Graduação. **Coordenadoria da Saúde (Coorsauúde)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsauude/coorsauude-1>>. Acesso em 7 ago. 2017a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Odontologia. Comissão de Graduação de Odontologia. **Plano de Ensino da disciplina 'Práticas Integradas em Saúde I**. Porto Alegre: UFRGS, mar. 2017b.