

# Disponibilidade para aprendizagem interprofissional em cursos de saúde em uma faculdade do nordeste brasileiro

## Availability for interprofessional learning in health courses in a college in northeastern Brazil

Cleyton Anderson Leite Feitosa<sup>1</sup> , Neciula de Paula Carneiro Porto Gomes<sup>2</sup> , Renilde Muniz da Silva<sup>3,4</sup> 

1. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil. 2. Western University London, Victoria Hospital, Canadá. 3. Docente da Pós-graduação stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e da Pós-graduação stricto sensu da FPS. 4. Docente da Pós-graduação stricto sensu da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** verificar a disponibilidade dos estudantes dos cursos de saúde, de instituição de ensino superior do nordeste brasileiro, para o aprendizado interprofissional e as práticas colaborativas como fundamento de estratégias formativas. **Método:** o estudo trata de uma pesquisa descritiva-analítica e de caráter quantitativo com universo composto por 356 estudantes de cursos de saúde, como enfermagem, farmácia, fisioterapia, odontologia, educação física, nutrição e psicologia. Foi aplicado o questionário online *Readiness Interprofessional Learning Scale*, com 27 questões sociodemográficas e vivência acadêmica com tabulação e análise no *Software Statistical Package for the Social Sciences* 13.0. Foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Mann-Whitney. **Resultados:** dos 349 estudantes participantes, destaca-se que 14,6% afirmaram ter participado de atividades extracurriculares diversas juntamente com estudantes de outros cursos, e 5,7% ter participado de forma compartilhada, interagindo com estudantes de outros cursos em estágio curricular. **Conclusão:** Os estudantes apresentam disponibilidade positiva para a Educação Interprofissional, tornando propício para as Instituições de Ensino Superior realizarem adaptações curriculares.

**Palavras-chave:** Educação Superior; Relações Interprofissionais; Educação Interprofissional; Estudantes.

### Abstract

**Objective:** to verifying the availability of students of health courses, of higher education institutions in northeastern Brazil, for interprofessional learning and collaborative practices as the foundation of training strategies. **Methods:** The study is a descriptive-analytical and quantitative research with a universe composed of 356 students of health courses, such as nursing, pharmacy, physiotherapy, dentistry, physical education, nutrition and psychology. The online *Readiness Interprofessional Learning Scale* questionnaire was applied, with 27 sociodemographic questions and academic experience with tabulation and analysis in the *Software Statistical Package for the Social Sciences* 13.0. Kolmogorov-Smirnov and Mann-Whitney tests were performed. **Results:** Of the 349 participating students, it is noteworthy that 14.6% claimed to have participated in various extracurricular activities together with students from other courses, and 5.7% had participated in a shared way, interacting with students from other courses in a curricular internship. **Conclusion:** Students have a positive availability for Interprofessional Education, making it conducive for Higher Education Institutions to carry out curricular adaptations.

**Keywords:** Higher Education; Interprofessional Relations; Interprofessional Education; Students.

### INTRODUÇÃO

O processo de formação profissional orientado para fortalecer os sistemas sanitários encontra-se em um momento histórico de desafios, reajustes e reformas para esse novo século. Partindo desse pressuposto, um grande entrave consiste em entender as dinâmicas e complexas necessidades de saúde, demonstrando que a reforma do modelo de atenção necessita vir seguida de um processo sólido de reorientação do modelo de formação, em um movimento de interdependência<sup>1,2</sup>.

Há uma organização no processo de trabalho que legitima as práticas fragmentadas. Estas práticas provocam implicações para os usuários, os profissionais de saúde e os serviços<sup>3</sup>.

Diante deste cenário, pode-se observar que não é possível oferecer uma saúde resolutiva e eficaz atendendo às

necessidades do usuário cada vez mais complexas, se os modelos de produção de serviços de saúde continuam fragmentados. Por esse motivo, busca-se um perfil profissional apto a trabalhar em serviços de saúde integrais, com maior incorporação e valorização do trabalho colaborativo como princípio orientador do processo de trabalho em saúde<sup>4,5</sup>.

Em face da complexidade e natureza multifacetada da saúde, destacam-se iniciativas para resolução desses problemas como a Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Qualquer intervenção em que profissionais de mais de uma profissão de saúde e assistência social aprendem interativamente juntas, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde e bem-estar do usuário, pode ser definida como EIP<sup>6</sup>.

**Correspondente:** Cleyton Anderson Leite Feitosa; Endereço: Rua Monsenhor João Kerhle, N°1220, Ap.302, AABV Várzea, Serra Talhada – PE, CEP 56912-070. E-mail: cleytonfeitosa@hotmail.com

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse

Recebido em: 14 Mar 2022; Revisado em: 31 Mar 2023; Aceito em: 11 Abr 2023

## 2 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando a problemática de fundo, exerceu papel fundamental no estímulo e no encorajamento dos países para a realização dessa discussão. A prática interprofissional faz-se sustentável buscando mecanismos para garantir a segurança e qualidade do atendimento aos usuários, por meio da colaboração entre diferentes profissionais e maior integração entre os serviços de saúde<sup>7,8</sup>.

A OMS enfatizou seu comprometimento com a EIP diante da necessidade global em qualificar para o trabalho e reorientar a formação em equipe. Assinala, também, a importância dessa estratégia de educação no desenvolvimento de habilidades necessárias para prática colaborativa e uma saúde resolutiva. Objetiva-se uma abordagem baseada em evidências, permitindo ampliar a resolutividade do serviço e a qualidade de atenção à saúde. Portanto, aprimora os sistemas de saúde fragmentados e com dificuldade em todo o mundo, em países desenvolvidos e subdesenvolvidos<sup>8</sup>.

A relevância dos temas práticas colaborativas, trabalho em equipe e educação interprofissional está ligada diretamente a mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população mundial, exigindo, assim, profissionais capacitados para abordar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde do usuário mediante a colaboração interprofissional<sup>9</sup>.

No Brasil, são desenvolvidas propostas indutoras em direção à integração ensino-serviço e ao trabalho em equipe. Com o propósito de contribuir para a consolidação do SUS no Brasil, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação na área da saúde (DCN), com o objetivo de oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS de acordo com a Lei 8.080/90<sup>10</sup>.

A formação profissional em saúde deve garantir que o processo ensino-aprendizagem alcance as necessidades de saúde das comunidades, portanto, seja orientado para integralidade do cuidado em saúde. Esse caminho aponta para a ressignificação do modelo hegemônico de formação na área da saúde, no sentido da valorização ao trabalho em equipe de maneira colaborativa<sup>11</sup>.

As práticas colaborativas se dão por meio da EIP, que consiste em momentos nos quais profissionais ou estudantes de duas ou mais profissões aprendam juntos, de forma interativa, com o propósito explícito de avançar na perspectiva da colaboração, buscando a melhoria na qualidade da atenção à saúde. A EIP possui grande valor no desenvolvimento de competências colaborativas como colunas para o efetivo trabalho em equipe na produção dos serviços de saúde e promoção do cuidado<sup>12</sup>.

A EIP deve ser parte do desenvolvimento profissional contínuo do indivíduo, iniciando com programas de pré-qualificação e tendo continuidade toda sua carreira profissional<sup>13</sup>. Os

objetivos e a natureza da iniciativa da EIP diferem, dependendo do estágio de aprendizado, podendo ser utilizada, inicialmente, para preparar estudantes para práticas colaborativas, enquanto esse tipo de educação, em uma fase mais tardia, poderia reforçar experiências de aprendizado e apoiar as práticas colaborativas<sup>14</sup>.

Embora haja respaldo e destaque em evidências científicas e acordo entre órgãos como os Ministérios da Saúde e Educação e instituições de ensino sobre a educação interprofissional e práticas colaborativas, surgiram inquietações que conduziram a este estudo: há disponibilidade dos estudantes para a aprendizagem interprofissional e desenvolvimento das práticas colaborativas a partir das dimensões: trabalho em equipe, identidade profissional e atenção centrada ao paciente? Como essa disponibilidade pode orientar a elaboração de estratégias de formação?

## MÉTODOS

Este é um estudo observacional, transversal, descritivo, e de caráter quantitativo e analítico. Com uma amostra de 349 estudantes matriculados do 1º ao 10º período em um dos sete cursos de saúde de uma instituição de ensino superior do nordeste brasileiro. Os cursos participantes foram Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Educação Física, Nutrição e Psicologia. Nesta Instituição de Ensino, período é a denominação para o semestre letivo, merece destaque a diferença na duração dos cursos, sendo oito semestres para Educação Física e Nutrição e dez semestres para Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia.

Após a aprovação do comitê de ética e pesquisa através do CAAE: 30895420.0.0000.8267 e Parecer Nº 4.032.575, a coleta de dados foi realizada entre os meses de abril de 2020 e setembro de 2020, utilizando formulário *online*.

O convite foi enviado pelos coordenadores dos cursos por link de acesso para o preenchimento do formulário via internet para todos os estudantes matriculados, totalizando 1182 convites, semanalmente, alternando reenvios entre as segundas e as sextas-feiras ao longo de cinco meses correspondentes ao período de coleta de dados. O estudante que, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponível na abertura do formulário, o qual possibilitava salvar uma cópia em PDF, e, após aceitar participar, a coleta dos dados foi realizada em um único momento.

O estudante era direcionado às sessões seguintes do questionário que continha: dados gerais (curso, período, sexo, idade, cor, estado civil, local de residência e estado), atividades vivenciadas na graduação (estágios curriculares, disciplina integradora, atividade de extensão, pesquisa, estágio extracurricular e atividades extracurriculares diversas) e a *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), na versão traduzida e adaptada ao português, validada para cursos de graduação com 27 questões distribuídos em três fatores

### 3 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

[Fator 01- Trabalho em equipe com 14 itens (1-9, 12-16); Fator 02- Identidade profissional com 8 itens (10, 11, 17, 19, 21-24) e Fator 03- Atenção à saúde centrada no paciente com 5 itens (25-29)]. É uma escala psicométrica de autorrelato que permite avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado com estudantes de outras profissões<sup>6</sup>.

A escala de respostas é representada por números/rótulos semânticos (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo plenamente). Quanto maior o escore de resposta, maior é a concordância com o item analisado e mais fortes serão as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional<sup>6</sup>.

Para o cálculo amostral, o número total de indivíduos respondentes obedeceu a uma proporção mínima de 10 participantes para cada variável do instrumento (27 itens), sendo o valor mínimo de 270 indivíduos, seguindo critérios orientados por Hair et al.<sup>15</sup>, totalizando 349 participantes.

Os dados foram tabulados e analisados nos Softwares SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Microsoft Office Windows®* e *Excel®* (versão 2010). Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas, com suas respectivas frequências absolutas e relativas e por meio da estatística descritiva com média, mínimo, máximo e distribuição percentual, respeitando a especificidade de cada variável. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas e a comparação dos dois grupos Mann-Whitney (não normal).

## RESULTADOS

Todos os estudantes matriculados nos cursos de saúde da IES, no período da coleta de dados, receberam convites para participar da pesquisa respondendo ao formulário. Entre os 1.182 estudantes dos cursos de saúde matriculados e convidados para participar da pesquisa, 356 responderam ao formulário, sendo que sete responderam que não concordavam. Portanto, o número efetivo de participantes foi de 349 estudantes, o que representou que a taxa de resposta ao formulário foi satisfatória, o estudo superou o valor mínimo de participantes estipulado para o cálculo amostral, com total de 30% (n= 349), obedecendo a uma proporção mínima de 10 participantes para cada variável do instrumento (27 itens), o que corresponde a 270 indivíduos e segue critérios orientados por Hair et al.<sup>15</sup>. Enquanto outros autores apontam taxas em torno de 25%<sup>16,17</sup>, podendo ser ainda menores, em torno de 10%, com estudantes<sup>18</sup>.

Além disso, destes 349, 28,1% (n= 98) eram estudantes do curso de Enfermagem com maior percentual, seguido de Fisioterapia 26,6% (n=93) e Odontologia 17,8% (n=62) e 27,5% (n=96) pertenciam a outros cursos. Destaca-se uma maior adesão à participação dos estudantes do 3º período 14,0% (n=49),

seguido do 7º 12,9 (n=45) e do 1º período 12,3% (n=43).

O número de estudantes participantes da pesquisa apresentou variação de acordo com os matriculados. Pode-se observar que houve uma maior predominância de participantes do sexo feminino, com 79,9% (n= 279), em relação ao sexo masculino 20,1% (n=70). Esta característica se reproduz em todos os períodos dos cursos. Em relação à idade, 42,1% (n= 147) da amostra tem entre 19 a 21 anos; 55,9% (n= 195) se declaram de cor parda; 84% (n= 293) afirmam estado civil solteiro(a); 88,5% (n= 309) residem em zona urbana e 93% (n= 325) residem no estado de Pernambuco.

Quando questionados sobre as atividades vivenciadas na graduação, 75,4% (n=263) dos estudantes afirmaram não ter participado de estágios extracurriculares, 44,1% (n=154) relataram ter participado de disciplinas integradoras apenas com estudantes do mesmo curso, 14,6% (n=51) afirmaram ter participado de atividades extracurriculares diversas, juntamente com estudantes de outros cursos, e 5,7% (n=20) relataram ter participado de forma compartilhada, interagindo com estudantes de outros cursos em estágio curricular, o que caracteriza uma experiência de EIP.

Sobre a RIPLS, a distribuição das respostas dos estudantes mostrou média superior a “4 – concordo” e, no fator global, correspondendo à mediana 4,11. Para o primeiro fator, demonstrado no gráfico 1, pode-se observar uma tendência atitudinal positiva para a disponibilidade ao trabalho interprofissional em todos os itens com maior frequência das assertivas *concordo* e *concordo totalmente*.

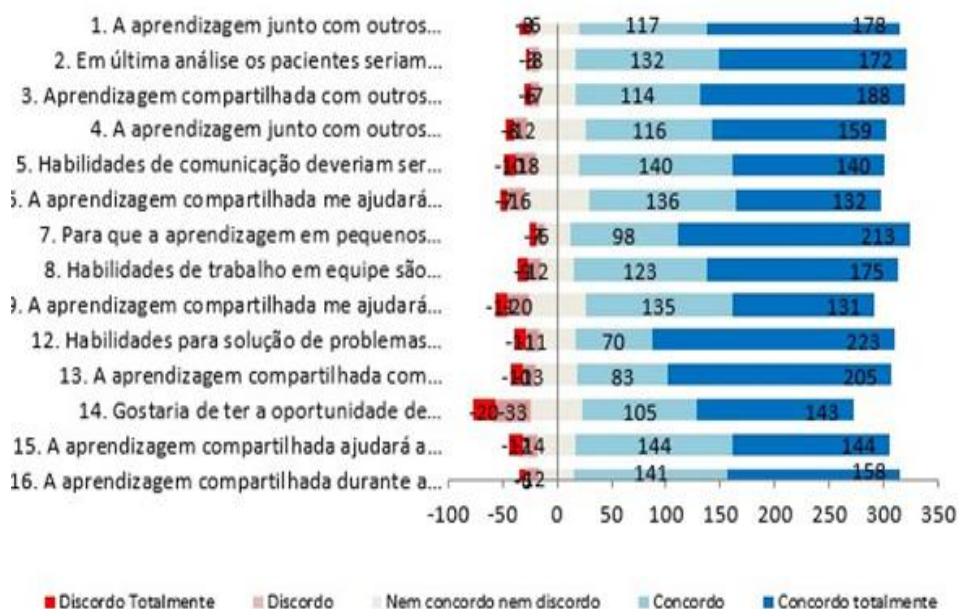
O item 12 “[**Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.**]” destaca-se com um maior índice de resposta a escala likert (5- concordo totalmente), obtendo 63,9% (n=223). Este item foi invertido para efeito do cálculo do escore fatorial e da consistência interna do fator, demonstrando atitude positiva dos estudantes. Na tabela 1, estão expressas a média 4,38 e mediana 4 e, como mediana geral para o primeiro fator, 4,28.

Assim como o primeiro fator, o segundo também apresenta tendência atitudinal positiva para o trabalho interprofissional; porém, com resultados menos expressivos que o fator anterior, o item 11 “[**Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.**]” destaca-se com maior índice de respostas à assertiva 5 invertidas, concordo e concordo totalmente com 47,9% (n= 167) como representado no gráfico 2.

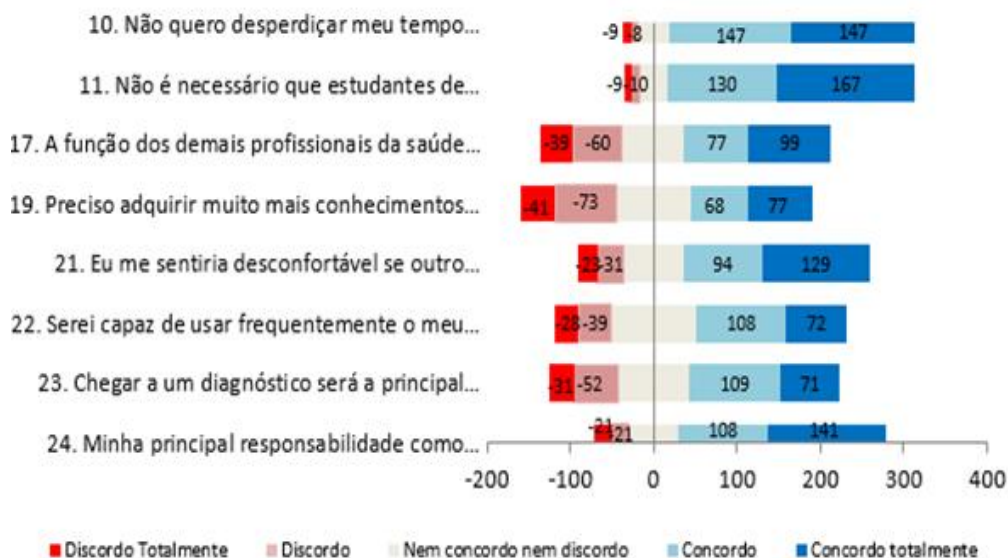
O segundo fator está representado com mediana de 3,75. Os itens 10, 11, 17, 19 e 21 foram invertidos para efeito do cálculo do escore fatorial e da consistência interna do fator, demonstrando atitude positiva dos estudantes. O item 11 destaca-se com média 4,25 e mediana 4 como representado na tabela 1.

#### 4 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

**Gráfico 1.** Disponibilidade dos estudantes ao fator 1 – Trabalho em equipe e colaboração.



**Gráfico 2.** Disponibilidade dos estudantes ao fator 2 – Identidade profissional.



**Tabela 1.** Disponibilidade dos estudantes dos cursos de saúde em relação à educação interprofissional de acordo com os itens da RIPLS.

Fatores/ Itens RIPLS	1	2	3	4	5	Média ± DP	Mediana	Ranking Médio
<b>Fator 1. Trabalho em equipe e colaboração</b>								
01. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	2,3	1,7	11,5	33,5	51	4,29±0,904	5	4,29
02. Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	0,9	2,3	9,7	37,8	49,3	4,32±0,810	4	4,32

## 5 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

Fatores/ Itens RIPLS	1	2	3	4	5	Média ± DP	Mediana	Ranking Médio
03. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	1,7	2	9,7	32,7	53,9	4,35±0,867	5	4,35
04. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.	2,3	3,4	15,5	33,2	45,6	4,16±0,964	4	4,16
05. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	2,9	5,2	11,7	40,1	40,1	4,09±0,988	4	4,09
06. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	2	4,6	16,6	39	37,8	4,06±0,953	4	4,06
07. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	2	1,7	7,2	28,1	61	4,44±0,858	5	4,44
08. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	2,6	3,4	8,6	35,2	50,1	4,27±0,942	5	4,27
09. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	3,2	5,7	14,9	38,7	37,5	4,02±1,020	4	4,02
12*. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.	3,2	3,2	9,7	20,1	63,9	4,38±1,001	4	4,38
13. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	2,9	3,7	10,9	23,8	58,7	4,32±1,002	4	4,32
14. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	5,7	9,5	13,8	30,1	41	3,91±1,199	4	3,91
15. A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	3,4	4	10	41,3	41,3	4,13±0,984	4	4,13
16. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	1,7	3,4	9,2	40,4	45,3	4,24±0,884	4	4,24
<b>Fator 2. Identidade profissional</b>								
10*. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	2,6	2,3	10,9	42,1	42,1	4,19±0,906	3	4,19
11*. Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.	2,6	2,9	9,5	37,2	47,9	4,25±0,927	4	4,25
17*. A função dos demais profissionais da saúde é, principalmente, apoio aos médicos.	11,2	17,2	21,2	22,1	28,4	3,39±1,351	4	3,39
19*. Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.	11,7	20,9	25,8	19,5	22,1	3,19±1,313	4	3,19
21*. Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.	6,6	8,9	20,6	26,9	37	3,79±1,218	4	3,79
22. Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).	5,7	6,6	20,3	21,5	14,3	3,45±1,170	4	3,45
23. Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).	6,6	8,9	14,3	23,2	15,5	3,39±1,217	5	3,39
24. Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).	5,2	2,9	10	21,5	28,9	3,94±1,163	4	3,94

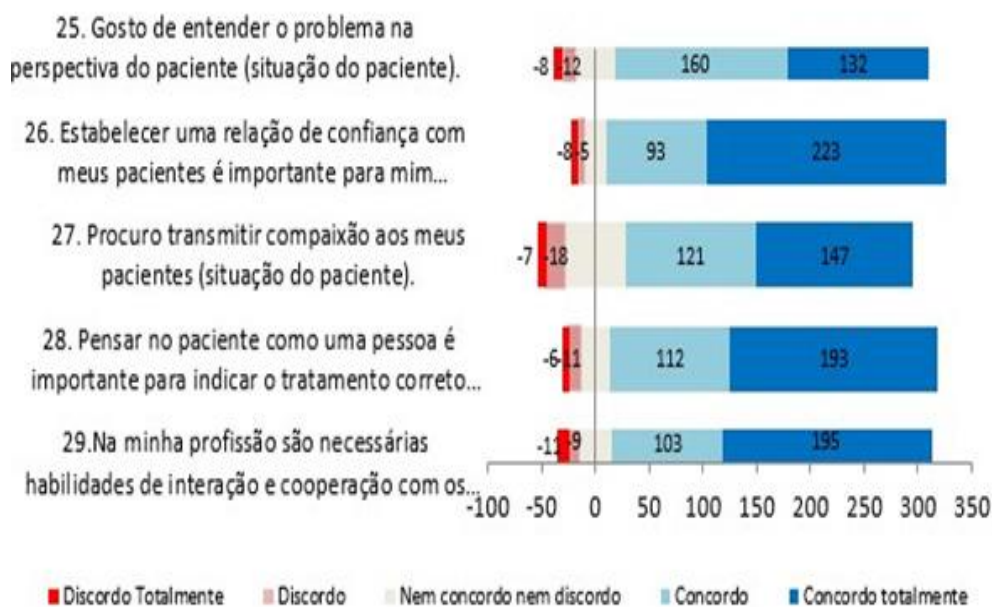
Fatores/ Itens RIPLS	1	2	3	4	5	Média ± DP	Mediana	Ranking Médio
<b>Fator 3. Atenção à saúde centrada no paciente</b>								
25. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).	2,3	1,1	8	31,5	25,5	4,13±0,901	5	4,13
26. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).	2,3	4	18,6	43,6	25	4,48±0,853	5	4,48
27. Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).	2	5,2	16	34,7	42,1	4,10±0,981	4	4,1
28. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).	1,7	3,2	7,7	32,1	55,3	4,36±0,885	5	4,36
29. Na minha profissão, são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).	3,2	2,6	8,9	29,5	55,9	4,32±0,966	5	4,32

O 3º Fator – *atenção centrada no paciente* também se destaca com tendências atitudinais positivas para a EIP, com mediana 4,40. O gráfico 3 demonstra a representatividade expressiva das assertivas concordo e concordo totalmente. O item 26 “[**Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).**]” representa 63,9% (n= 223) com maior percentual da assertiva concordo totalmente. A tabela 1 apresenta média de 4,48 e mediana 5

para o item 26.

Considerando que os cursos têm diferenças entre si em relação ao tempo de duração, tornou-se interessante comparar a pontuação dos estudantes nos fatores da RIPLS entre os cursos de Enfermagem e Fisioterapia, visto que os dois cursos possuem 10 períodos e foram os cursos com maiores porcentagens de participação.

**Gráfico 3.** Disponibilidade dos estudantes ao fator 3 – Atenção à saúde centrada no paciente



Pode-se observar, por meio do fator global, uma maior mediana para o curso de Enfermagem (4,16), enquanto Fisioterapia apresentou (4,07). O fator global mostra que o curso com maior disponibilidade para a EIP é o curso de Enfermagem; porém,

quando avaliados por fatores, constatou-se que o curso de Fisioterapia obteve maiores medianas nos fatores 2 (3,87) e 3 (4,60), enquanto a maior mediana do curso de Enfermagem foi no primeiro fator com (4,28) (tabela 2).

## 7 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

**Tabela 2.** Disponibilidade dos participantes do estudo para a educação interprofissional de acordo com os cursos de Fisioterapia e Enfermagem.

Variável	Fisioterapia (n=93)		Enfermagem (n=98)		p-valor
	M	RM	M	RM	
RIPLS Fator 1	4,21	93,81	4,28	98,08	0,549
RIPLS Fator 2	3,87	97,88	3,75	94,21	0,645
RIPLS Fator 3	4,60	98,81	4,20	93,33	0,489
RIPLS - Pontuação global	4,07	95,22	4,16	96,74	0,849

(\*) Teste de Mann-Whitney (M: Mediana, RM: Ranking Médio)

Ao comparar os grupos dos estudantes dos períodos iniciais com os períodos finais, as variáveis foram dicotomizadas de acordo com as medianas e frequência através do Teste de Mann-Whitney. Evidencia-se uma maior frequência dos estudantes no período inicial com (n= 125) quando comparado ao período final (n= 94).

Observa-se, por meio do fator global, uma maior mediana para os períodos iniciais com (4,14). Nota-se que este grupo possui maior disponibilidade para a EIP em relação ao período final. Sobre os fatores, os períodos finais apresentam uma maior mediana para o fator 1 com (4,35); o fator 2, os dois grupos apresentam a mesma mediana (3,75) e, para o terceiro e último fator, o grupo dos períodos iniciais apresentam maior disponibilidade com mediana de (4,60), conforme apresentado na tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação de grupos de estudantes entre os períodos iniciais e finais.

Variáveis	Período			
	Inicial		Final	
	M	F	M	F
[A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde]	5,00	125	5,00	94
[Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes]	4,00	125	5,00	94
[Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos]	5,00	125	5,00	94
[A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação]	4,00	125	5,00	94
[Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde]	4,00	125	4,00	94
[A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar, positivamente, sobre outros profissionais?]	4,00	125	4,00	94
[Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros]	5,00	125	5,00	94
[Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde?]	5,00	125	5,00	94
[A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações]	4,00	125	4,00	94
[Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.]	5,00	125	5,00	94
[Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.]	5,00	125	5,00	94
[Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.]	4,00	125	4,00	94
[A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais]	4,00	125	4,00	94
[Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.]	4,00	125	4,50	94
[A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes]	4,00	125	4,00	94
[A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe]	4,00	125	5,00	94
[A função dos demais profissionais da saúde é, principalmente, apoio aos médicos]	3,00	125	4,00	94

Variáveis	Período			
	Inicial		Final	
	M	F	M	F
[Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde]	3,00	125	3,00	94
[Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu]	4,00	125	2,34	94
[Serei capaz de usar, frequentemente, o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional)]	4,00	± 125	4,00	94
[Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)]	4,00	125	4,00	94
[Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico)]	4,00	125	4,00	94
[Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente)?]	4,00	125	4,00	94
[Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)]	5,00	125	4,00	94
[Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente)]	4,00	125	4,00	94
[Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente)?]	5,00	125	5,00	94
[Na minha profissão, são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente)]	5,00	125	4,00	94

(\*) Teste de Mann-Whitney (M: Mediana, F: Frequência)

Quanto à disponibilidade dos participantes do estudo para a educação interprofissional, de acordo com o sexo, as medianas e a frequência foram analisadas através do Teste de Mann-Whitney. No fator global, o sexo masculino se destaca com maior mediana (4,18) em relação ao sexo feminino (4,11), demonstrando uma maior disponibilidade para o sexo masculino.

Sobre a disponibilidade em relação aos períodos dos cursos, foi possível observar uma maior disponibilidade para Educação interprofissional no primeiro fator com o 3º Período com 14,6%, 7º 12,5% e 10º com 12,4%. No segundo fator, o 10º Período se destaca com maior disponibilidade com 13,9%, seguido do 7º 13,8% e o 3º com 13,4%. No 3º fator, o 3º Período se destaca com 15,4%, seguido do 1º 13,8 e do 7º com 12,4%.

Em relação aos fatores, o sexo masculino apresenta maior mediana para o fator 1, com (4,35). No fator 2, ambos os sexos obtiveram a mesma mediana com (3,75), e o fator 3, o sexo feminino apresenta maior mediana com (4,60) (tabela 4).

**Tabela 4.** Disponibilidade dos participantes do estudo para a educação interprofissional de acordo com o sexo.

Variável	Feminino (n=279)		Masculino (n=98)		p-valor
	M	RM	M	RM	
RIPLS Fator 1	4,25	171,3	4,35	189,76	0,170
RIPLS Fator 2	3,75	175,93	3,75	171,29	0,730
RIPLS Fator 3	4,60	175,93	4,30	166,86	0,445
RIPLS – Pontuação global	4,11	173,35	4,18	181,59	0,541

(\*) Teste de Mann-Whitney (M: Mediana, RM: Ranking Médio).

## DISCUSSÃO

Esta pesquisa traz como tema central a disponibilidade dos estudantes dos cursos de saúde de uma IES do nordeste brasileiro para a EIP. Propôs identificar atitudes dos estudantes sobre o trabalho em equipe, identidade profissional e atenção centrada ao paciente e como essa disponibilidade pode orientar quanto à elaboração de estratégias de formação.

Apesar das evidências sobre a educação interprofissional e práticas colaborativas, os currículos dos cursos de saúde da IES ainda se estruturam, exclusivamente, em uma perspectiva de ensino uniprofissional, com oportunidades restritas de aprendizagens compartilhadas entre os estudantes de diferentes profissões da saúde.

A participação dos estudantes matriculados por curso apresentou variação. Buscando contextualizar este resultado, vale destacar que os cursos de Nutrição, Psicologia e Educação Física estavam com suas turmas iniciando o primeiro período, e o período da coleta coincidiu com a pandemia do COVID-19, dificultando a realização de uma sensibilização sobre a importância da cooperação do estudante para a pesquisa.

Ao analisar os dados, foi possível observar que predominou o sexo feminino entre os participantes da pesquisa, com (79,9%), em relação aos estudantes do sexo masculino, que foram (20,1%). O sexo feminino também foi prevalente em todos os cursos e em todos os períodos. Este perfil se assemelha a outros estudos<sup>19,16,20,21</sup>.

Ainda em relação à variável sexo, não foram encontradas



## 9 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

diferenças estatísticas significativas na pontuação global entre feminino e masculino da RIPLS, mesmo as participantes do sexo feminino terem apresentado pontuações mais altas na RIPLS em todos os fatores. Esse achado se alinha ao estudo de Tompsen *et al.*<sup>19</sup>, diferentemente dos resultados encontrados em outros trabalhos<sup>20,19</sup>, que apresentam pontuações do sexo feminino significativamente mais altas na RIPLS em seu fator global.

Quanto à idade, a mediana foi de 19 a 21 anos, corroborando a mediana de idade encontrada em outros estudos semelhantes<sup>22,20,16</sup>. Não houve diferença significativa quando relacionada aos fatores da RIPLS, diferentemente dos resultados encontrados no trabalho de Pollard e Miers<sup>20</sup>, os quais revelaram que os estudantes mais velhos possuem menor disponibilidade para o trabalho interprofissional, pois pressupõe-se sentirem-se mais experientes e não estarem abertos a práticas colaborativas.

Quando questionados sobre atividades vivenciadas na graduação, 51,6% relataram não ter participado de estágio curricular, visto que os estágios acontecem nos dois últimos períodos dos cursos na IES. Cerca de 5,7% relataram ter participado e desenvolvido atividade interprofissional nos estágios; entretanto, os estágios curriculares citados pelos estudantes, onde acontecem práticas de educação interprofissional, são atividades de ensino obrigatórias de todos os cursos, e essas práticas compartilhadas com profissionais e/ou estudantes de outras profissões não acontecem de forma planejada pelos professores e supervisores de estágios. Vale ressaltar, também, que os estágios são supervisionados por preceptores da mesma área profissional dos estudantes.

Esse contexto evidencia que a organização e estrutura do ensino superior no Brasil podem ser barreiras para o ensino interprofissional<sup>12,10</sup>, tornando-se um caminho árduo para a incorporação dessas práticas colaborativas de forma obrigatória aos currículos dos cursos<sup>23</sup>.

Outro resultado apontado pelos estudantes em terem participado e desenvolvido atividade interprofissional foram as atividades extracurriculares diversas que é representada por maior porcentagem 7,7%, em que os estudantes afirmam que participaram de forma compartilhada, interagindo com estudantes de outros cursos. Essas atividades acontecem em eventos comuns a todos os cursos como congressos de saúde, encontros, minicursos, rodas de conversas e eventos de cunho social.

Alguns estudos relatam que as práticas de educação e colaboração interprofissional foram mais abordadas em contextos de atividades extracurriculares diversas. A atividade extracurricular de maior destaque foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde)<sup>24,25,26,27</sup>.

Peres e colaboradores (2007) relatam, em seu trabalho, que as atividades extracurriculares, além de ser uma tentativa de os estudantes preencherem lacunas em seus currículos, eles podem interagir com outros estudantes, suplementar o curso e

obter bem-estar por meio de várias motivações<sup>23</sup>.

Os achados relacionados às atividades vivenciadas na graduação diferem de outros resultados encontrados na literatura<sup>28,29,30</sup>, visto que, em sua maioria, o questionário foi aplicado após ou durante adesão de programas ou práticas interprofissionais, enquanto, no presente estudo, o questionário foi aplicado aos estudantes sem nenhuma informação previa de interprofissionalidade e práticas colaborativas.

Entretanto, os contextos vivenciados pelos estudantes e oportunidades em diversas práticas, desde o ingresso na universidade até a conclusão, são bastante diferentes em cada IES e tendem a influenciar de maneiras diferentes as atitudes em relação à aprendizagem compartilhada entre os cursos.

Em relação ao RIPLS, quando calculadas as potencialidades dos estudantes em relação à colaboração e do trabalho em equipe, todas elas foram avaliadas de forma positiva, mostrando a disponibilidade dos estudantes para o trabalho interprofissional nos três fatores. A distribuição das respostas dos estudantes mostrou média superior a “4 – concordo” e, no fator global, correspondeu a mediana 4,11.

Estes resultados corroboram o estudo de Nuto *et al.*<sup>19</sup>, em que a amostra foi de 770 estudantes dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, e apresentaram alta disponibilidade para a educação interprofissional.

Mohammed *et al.*<sup>30</sup> analisaram atitudes de disponibilidade para a aprendizagem interprofissional com 417 estudantes de odontologia no sul da Índia e identificou atitude favorável em relação à aprendizagem interprofissional na avaliação da RIPLS, corroborando os resultados do estudo.

Os resultados do presente estudo nos mostra um perfil de estudantes que, mesmo não possuindo um conhecimento sobre o trabalho interprofissional, e essas competências não estando presentes nos currículos dos cursos da IES, disciplinas integradoras, estágios compartilhados e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, poderão ser recepcionados de forma positiva pelos estudantes podendo, assim, expressar um processo de mudança nos currículos dos cursos<sup>14,31,32</sup>.

Em relação ao fator 1, foi possível identificar tendência atitudinal positiva para a disponibilidade ao trabalho interprofissional em todos os itens com maior frequência das assertivas *concordo e concordo totalmente*. O item 12 “[**Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.**]” destaca-se com um maior índice de resposta na assertiva não concordo. Como se trata de um item com atitude negativa para a colaboração e o trabalho interprofissional, os valores foram invertidos na escala likert para *concordo totalmente*, a fim de demonstrar atitude positiva dos estudantes, obtendo 63,9% (n=223).

## 10 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

O estudo de Aguilar-da Silva *et al.*<sup>33</sup>, assim como este estudo, também apresentou que os estudantes de graduação em saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora estão disponíveis para a aprendizagem compartilhada, principalmente no que se refere à colaboração e ao trabalho em equipe.

Pesquisas apontam que estudantes que possuem oportunidades de aprender com outros tendem a uma maior facilidade para a aprendizagem compartilhada e o desenvolvimento desta competência na sua prática diária<sup>34,35</sup>.

No Brasil, as experiências de educação interprofissional e práticas colaborativas ainda são escassas, existindo, assim, vários obstáculos, como entraves curriculares, corporativismo das profissões e resistência das instituições de ensino, dos professores e estudantes<sup>36</sup>. A formação profissional em saúde deve garantir que o processo ensino-aprendizagem alcance às necessidades de saúde das comunidades, portanto, orientado para integralidade do cuidado em saúde. Este caminho aponta para a resignificação do modelo hegemônico de formação na área da saúde, no sentido à valorização do trabalho em equipe de maneira colaborativa<sup>11</sup>.

A aprendizagem compartilhada torna profissionais de saúde colaborativos. Profissionais com esse perfil geralmente foram estudantes que aprenderam a trabalhar de forma interativa em equipe e tiveram a oportunidade de aprender com, sobre si e sobre as várias profissões da saúde, permitindo-lhes ter um impacto positivo tanto em sua prática profissional, quanto na qualidade de saúde<sup>35</sup>.

De acordo com D'Amour; Oandansan,<sup>37</sup> o trabalho interprofissional tem por finalidade direcionar o profissional para uma abordagem menos fragmentada e mais coesa em suas ações, e isto é possível por meio de um atendimento em conjunto, possibilitando que os profissionais reflitam e desenvolvam formas de praticar e produzir respostas integradas para a necessidade do paciente.

O Interprofissionalismo é muito significativo no contexto geral de organização do trabalho, apresentando-se como um construto atualizado, importante, complexo e emergente no sentido de promover *feedback* às necessidades envolvidas no trabalho em equipe, principalmente nos serviços de saúde.

Contudo, quando um profissional se permite aprender junto sobre si e com os outros, implica, de forma positiva, no cotidiano do cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que ele começa a desconstruir possíveis perspectivas de concorrência e competição, tornando-se, assim, uma equipe de profissionais aliados ao desenvolver entre si uma relação de respeito mútuo, percebendo a importância de cada um que compõe a equipe.

Os benefícios da EIP são vários, tanto para os estudantes, profissionais, equipe, usuários tanto para o sistema como um todo. O trabalho em equipe é referido entre as diretrizes

operacionais para reestruturação do SUS no Brasil, mostrando-se fundamental nas implantações dos currículos. A EIP não deve ser uma experiência isolada na graduação, deve estar presente de forma longitudinal no percurso do curso.

Assim como o primeiro fator, o segundo e o terceiro também apresentam tendência atitudinal positiva para o trabalho interprofissional; porém, o segundo com resultados menos expressivos, como pode ser observado nos gráficos 3 e 4, em que existe uma maior tendência às assertivas *concordo e concordo totalmente*.

O fator 2 trata de identidade profissional e foi possível observar que o item **[10\*. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.] obteve a menor mediana do fator. O item [Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)]** apresenta a maior mediana 5, revelando um processo de formação ainda tecnicista e fragmentado, prevalecendo a clínica individual. Pode-se observar resultados semelhantes a este em outros estudos<sup>38,39</sup>.

Os resultados do estudo de Tompsen *et al.*<sup>28</sup> corroboram o presente estudo em que sua amostra foi constituída por 75 estudantes e 12 egressos de odontologia. O fator 2 - Identidade Profissional foi considerado o menos estável entre os três fatores da RIPLS, apresentando baixa consistência interna, o que também foi observado em estudos anteriores<sup>40,6</sup>.

Khalili *et al.*<sup>41</sup> relatam, em seu estudo, que o trabalho colaborativo será inatingível enquanto os profissionais permanecerem formados em silos e trabalhando em paralelo com outros profissionais de saúde, e que aprender/ trabalhar de forma isolada de outras profissões de saúde irá promover um sistema de saúde incapaz de atender à complexidade dos desafios de saúde.

Bochatay *et al.*<sup>42</sup> realizaram um estudo entre os anos de 2014 a 2016 que buscavam explorar as experiências dos profissionais de saúde sobre conflitos e suas características. Contudo, identificaram que os desentendimentos sobre os atendimentos aos pacientes pode ser o principal motivo gerador de conflitos.

Esses conflitos refletem, de forma negativa, diretamente na qualidade do atendimento, na organização do serviço de saúde e, principalmente, na qualidade do atendimento. Portanto, é necessário que as IES comecem a trabalhar temáticas e ações relacionadas a gerenciamento de conflitos e identidade profissional para que os estudantes possam identificar e resolver possíveis conflitos.<sup>42</sup>

Aguilar-da-Silva *et al.*<sup>43</sup> relatam que o trabalho isolado não consegue suprir as necessidades das complexidades de um serviço de saúde. Sendo necessária uma flexibilidade nos limites de competências para que possa ser possível uma ação integral.

Hossein e Carole<sup>44</sup> avaliaram, em seu estudo, o efeito de

## 11 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

uma intervenção do programa de educação interprofissional baseada na socialização interprofissional com estudantes de cursos da saúde e seu desenvolvimento de identidade dupla. Ele aponta para a escassez de pesquisa investigando o processo de socialização pelos quais os estudantes passam, a fim de desenvolver uma identidade dupla-profissional e interprofissional, evidenciando, assim, a importância de como se dá o processo de socialização para o trabalho interprofissional.

O 3º fator – atenção centrada no paciente - também se destaca com tendências atitudinais positivas para a EIP, com mediana 4,40. Observa-se a representatividade expressiva das assertivas *concordo e concordo totalmente*. O item 26 “[**Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).**]” representa 63,9% (n= 223) com maior percentual da assertiva *concordo totalmente*, e mediana de 5.

Os resultados do presente estudo corroboram os resultados de Rodrigues *et al.*<sup>45</sup> em que sua amostra foi constituída por 39 participantes das seguintes profissões: medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, odontologia, psicologia, farmácia, fisioterapia e biologia, revelando elevada disponibilidade em todos os itens do 3º fator.

Agreli *et al.*<sup>46</sup> relatam, em seu estudo, que as mudanças na perspectiva da prática interprofissional colaborativa se darão à medida que, efetivamente, as práticas de saúde estiverem focadas nos usuários, e, portanto, orientadas às suas necessidades de saúde de forma integral, o que significa que o exercício cotidiano de trabalho dos diferentes profissionais se configure de forma colaborativa e em parceria com usuários, famílias e comunidade.

Considerando que os cursos têm diferenças entre si em relação ao tempo de duração, tornou-se interessante comparar a pontuação dos estudantes nos fatores da RIPLS entre os cursos de Enfermagem e Fisioterapia, visto que os dois cursos possuem 10 períodos e foram os cursos com maior porcentagem de participação. Pode-se observar, por meio do fator global, uma maior mediana para o curso de Enfermagem quando comparado à Fisioterapia.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira *et al.*<sup>16</sup>, em que foi analisada a prontidão para aprendizagem interprofissional em nove diferentes cursos da área da saúde e o curso de enfermagem destaca-se com maior prontidão para atividade interprofissional. Este resultado também corrobora outros estudos.<sup>47,48</sup>

Quando comparado à disponibilidade para a colaboração e o trabalho interprofissional entre os estudantes em sua fase inicial e final da graduação, pode-se verificar que os estudantes ingressantes possuem maior disponibilidade para a EIP.

Este resultado corrobora o estudo de Aguilar-da Silva *et al.*<sup>33</sup> e Oliveira<sup>16</sup>, em que foi analisada a disponibilidade para EIP entre os estudantes ingressantes e concluintes, apresentando maior disponibilidade para os estudantes ingressantes.

Este fato pode ser explicado por meio do estudo de Coster *et al.*<sup>49</sup>, em que foi relatado que, apesar do grande entusiasmo dos alunos para a EIP no início do curso, eles se tornam menos receptivos à aprendizagem interprofissional e às práticas colaborativas com o passar dos anos.

## CONCLUSÃO

Este estudo revelou disponibilidade e atitude favorável dos estudantes dos sete cursos de saúde investigados para a Educação Interprofissional, retratada pelas medianas das pontuações na RIPLS, tornando propício para a IES fazer alterações em seus currículos, incluindo a educação interprofissional. Proporcionar aos estudantes habilidades e competências relacionadas ao trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e atenção focada no usuário, conseqüentemente, contribui para a inserção no sistema de saúde de profissionais capazes de atuar em equipes interprofissionais e realizar práticas colaborativas.

O fato de os estudantes apresentarem atitudes em face das assertivas do fator 2 com menor pontuação, quando comparadas aos fatores 1 e 3, pode ser justificado pelo motivo que a EIP não está implementada nos currículos dos cursos, e os estudantes não são preparados para o desenvolvimento de uma identidade dupla profissional e interprofissional. Algumas atividades mencionadas por eles podem ter características interprofissionais, mas acontecem, muitas vezes, de forma esporádica, sem planejamento ou intenção dos professores.

O fato de os estudantes concluintes apresentarem a disponibilidade para o trabalho interprofissional mais baixa que os estudantes da fase inicial revela a necessidade que as atividades da EIP sejam implantadas e trabalhadas de forma efetiva, durante todo o percurso do curso, com possibilidades curriculares que garantam aos estudantes a interação com outros de diferentes profissões da saúde para que as competências da EIP sejam desenvolvidas. A EIP não deve ser uma experiência isolada na graduação.

Diante da relevância da Educação interprofissional para um processo de reorientação dos currículos de graduação para uma construção da integralidade do cuidado mais efetiva, aliada ao sistema de saúde, destaca-se a importância da realização de futuros estudos que possam investigar a percepção sobre identidade profissional dos estudantes e verificar a disponibilidade para EIP dos professores, gestores e das equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. M 1. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Poz MRD. Human resources for health: J. Health Biol Sci. 2023; 11(1):1-13

Global crisis and international cooperation. Cienc e Saude Coletiva. 2017; 22(7):

## 12 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

2237-2246. doi:10.1590/1413-81232017227.02702017.

2. Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/OMS | 29a Conferência Sanitária Pan-Americana. Accessed September 7, 2020. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-pt-9251&alias=42208-csp29-pct642-p-208&Itemid=270&lang=pt](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=42208-csp29-pct642-p-208&Itemid=270&lang=pt).

3. Beltrammi DGM, Reis AAC. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. *Saúde debate*. 2019; 43(spe5): 94-103. doi:10.1590/0103-11042019s508.

4. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: Implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude e Soc*. 2013; 22(1): 173-186. doi:10.1590/S0104-12902013000100016.

5. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care*. 2016; 30(1): 15-28. doi:10.3109/13561820.2015.1051616.

6. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for interprofessional learning scale in Brazil. *Rev da Esc Enferm USP*. 2015; 49(SpecialIssue2): 7-14. doi:10.1590/S0080-623420150000800002.

7. Shrader S, Hodgkins R, Laverentz D, et al. Interprofessional Education and Practice Guide No. 7: Development, implementation, and evaluation of a large-scale required interprofessional education foundational programme. *J Interprof Care*. 2016 Sep; 30(5): 615-619. doi:10.1080/13561820.2016.1189889.

8. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface Commun Heal Educ*. 2016; 20(56): 185-196. doi:10.1590/1807-57622014.0092.

9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec; 376(9756): 1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

10. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in primary health care. *Rev da Esc Enferm*. 2015 Dec; 49 (SpecialIssue2): 15-23. doi:10.1590/S0080-623420150000800003.

11. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes. *Interface*. 2016 Jan-Mar; 20(56): 5-8. doi:10.1590/1807-57622015.0700.

12. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide Nº 39. *Med Teach*. 2016; 38(7):656-68. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663.

13. Codato LAB, Garanhani ML, González AD, Carcereri DL, Carvalho BG, Morita MC. Significados do estágio em Unidades Básicas de Saúde para estudantes de graduação. *Rev. ABENO*. 2019; 19(1): 2-9. doi:10.30979/rev.abeno.v19i1.662.

14. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface Commun Heal Educ*. 2016;20(56):185-196. doi:10.1590/1807-57622014.0092.

15. Hair JF, Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. doi:10.1590/1981-22562019022.180147.

16. Oliveira VF, Bittencourt MF, Pinto ÍFN, Lucchetti ALG, Silva Ezequiel OS, Lucchetti G. Comparison of the Readiness for Interprofessional Learning and the rate of contact among students from nine different healthcare courses. *Nurse Educ Today*. 2018 Apr; 63: 64-68. doi:10.1016/j.nedt.2018.01.013.

17. Mauz E, von der Lippe E, Allen J, Schilling R, Muters S, Hoebel J, et al. Mixing modes in a population-based interview survey: Comparison of a sequential and a concurrent mixed-mode design for public health research. *Arch Public Heal*. 2018 Jan;76: 8. doi:10.1186/s13690-017-0237-1.

18. Apostolico MR, Egly EY. Internet use in primary data collection in nursing research. *Rev Bras Enferm*. 2013 Dec; 66(6): 949-955. doi:10.1590/s0034-71672013000600021.

19. Nuto SAS, Lima FCM Júnior, Camara AMCS, Gonçalves CBC. Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2017 Jan-Mar; 41(1): 50-57. doi:10.1590/1981-52712015v41n1rb20160018.

20. Wilhelmsson M, Ponzer S, Dahlgren L-O, Timpka T, Faresjö T. Are Female Students in General and Nursing Students More Ready for Teamwork and Interprofessional Collaboration in Healthcare?. *BMC Med Educ*; 2011Apr; 11: 15. doi:10.1186/1472-6920-11-15.

21. Seaman K, Saunders R, Williams E, Harrup-Gregory J, Loffler H, Lake F. An examination of students' perceptions of their interprofessional placements in residential aged care. *J Interprof Care*. 2017 Mar; 31(2): 147-153. doi:10.1080/13561820.2016.1262338.

22. Chan KL, Ganotice F Jr, Wong FKY, Lau CS, Bridges SM, ChanCHY, et al. Implementation of an interprofessional team-based learning program involving seven undergraduate health and social care programs from two universities, and students' evaluation of their readiness for interprofessional learning. *BMC Med Educ*. 2017. doi:10.1186/s12909-017-1046-5.

23. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface*. 2018 Out-Dez; 22(67): 1183-1195. doi:https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376.

24. Araújo DMS. Lentes da educação interprofissional na formação de profissionais da saúde: potencialidades e desafios expressos na produção científica [TCC]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.

25. Batista SHS da S, Jansen B, de Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Formação em Saúde: Reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface*. 2015; 19(suppl. 1): 743-752. doi:10.1590/1807-57622014.0996.

26. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHS da S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface*. 2015;19(suppl. 1): 709-720. doi:10.1590/1807-57622014.0994.

27. Griggio AP, Mininel VA, Silva JAM. Planning an interprofessional education activity for healthcare professions. *Interface*. 2018; 22(Suppl. 2): 1799-1809. doi:10.1590/1807-57622017.0831.

28. Tompsen NN, Meireles E, Peduzzi M, Toassi RFC. Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. *Rev Odontol UNESP*. 2018 Out; 47(5): 309-320. doi:10.1590/1807-2577.08518.

29. Barbosa GR, Sampaio RAC, Appenzeller S. Disponibilidade para educação interprofissional entre estudantes de diferentes ciclos de oito cursos da saúde [Internet]. *Cad educ saúde e fisioter*. 2019 Set [Acesso 2021 Maio 19]; 6(12). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2750>.

30. Mohammed CA, Narsipur S, Vasthare R, Singla N, Yan Ran AL, Suryanarayana JP. Attitude towards shared learning activities and Interprofessional education among dental students in South India. *Eur J Dent Educ*. 2021 Feb; 25(1):159-167. doi:10.1111/eje.12586.

31. Senado Federal. *Lei de Diretrizes e Bases Da Educação Nacional*. Brasília: Senado Federal; 2005.

32. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface*. 2016 Jan-Mar; 20(56):147-158. doi:10.1590/1807-57622015.0395.

### 13 Aprendizagem interprofissional em cursos de saúde

33. Silva RHA, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011 Mar; 16(1): 165-184. doi:10.1590/s1414-40772011000100009. 3.869197.
34. Schmidt A, Stamm B, Santos JZ, Stumm L, Vasquez MED. Estágio curricular supervisionado em uma estratégia de saúde da família: um relato de experiência acadêmica. *R. Eletr. de Extensão*. 2019; 16(32): 141-153. doi:10.5007/1807-0221.2019v16n32p141.
35. Bispo Júnior JP. Physical therapy education in Brazil: Reflections on the expansion of teaching and training models. *Hist Cienc. Saude*. 2009;16(3):655-668. doi:10.1590/s0104-59702009000300005.
36. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz A de O, Kinoshita RT, Queiroz M de FF. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2014 Maio-Ago; 12(2): 443-456. doi:10.1590/s1981-77462014000200013.
37. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: Significado e cuidado. *Saude e Soc*. 2011 Dez; 20(4): 884-889. doi:10.1590/S0104-12902011000400007.
38. Pimentel EC, Vasconcelos MVL, Rodarte RS, Pedrosa CMS, Pimentel FSC. Ensino e Aprendizagem em Estágio Supervisionado: Estágio Integrado em Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2015 Set; 39(3): 352-358. doi:10.1590/1981-52712015v39n3e01262014.
39. Bonfim MR, Souza BC. A utilização da escala de disponibilidade para educação interprofissional em saúde nas publicações nacionais. *Rev Atenção Saúde*. 2021; 19(67): 369-380. doi:10.13037/ras.vol19n67.7325.
40. Tamura Y, Seki K, Usami M, Taku S, Bontje P, Ando H, et al. Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). *J Interprof Care*. 2012 Jan; 26(1): 56-63. doi:10.3109/13561820.2011.595848.
41. Khalili H, all J, Deluca S. Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care*. 2014 Mar; 28(2): 92-97. doi:10.3109/13561820.2013.869197.
42. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. New national curricular guidelines of medical courses: Opportunities to resignify education. *Interface Commun Heal Educ*. 2019; 23(Supl 1). doi:10.1590/Interface.170920.
43. Göttems LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. A history of primary health care policy in the Federal District, Brazil (1960-2007): An analysis based on the theoretical framework of historical neo-institutionalism. *Cad Saude Publica*. 2009 Jun; 25(6): 1409-1419. doi:10.1590/s0102-311x2009000600023.
44. Khalili H, Orchard C. The effects of an IPS-based IPE program on interprofessional socialization and dual identity development. *J Interprof Care*. 2020 Feb; 1-10. doi:10.1080/13561820.2019.1709427.
45. Rodrigues JRS, Soares FJP, Alcântara RC. Perspectivas Para a Educação Interprofissional em um hospital de trauma. *Atas - Invest Qual Saúde*. 2018 [acesso 2021 Maio 21]; 2: 62-71. Disponível Accessed May 21, 2021. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1765>.
46. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*. 2016 Oct-Dec; 20(59): 905-916. doi:10.1590/1807-57622015.0511.
47. Czarnecki GA, Kloostra SJ, Boynton JR, Inglehart MR. Nursing and Dental Students' and Pediatric Dentistry Residents' Responses to Experiences with Interprofessional Education. *J Dent Educ*. 2014 Sep; 78(9):1301-1312. doi:10.1002/j.0022-0337.2014.78.9.tb05802.x.
48. Wilhelmsson M, Svensson A, Timpka T, Faresjö T. Nurses' views of interprofessional education and collaboration: A comparative study of recent graduates from three universities. *J Interprof Care*. 2013 Mar; 27(2): 155-160. doi:10.3109/13561820.2012.711787.
49. Bispo Júnior JP. Physical therapy education in Brazil: Reflections on the expansion of teaching and training models. *Hist Cienc. Saude*. 2009;16(3):655-668. doi:10.1590/s0104-59702009000300005

#### Como citar este artigo/ How to cite this article:

Feitosa CAL, Gomes NPCP, Silva RM. Disponibilidade para aprendizagem interprofissional em cursos de saúde em uma faculdade do nordeste brasileiro. *J Health Biol Sci*. 2023; 11(1):1-13.