

Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes

Interprofessional education in undergraduate in dentistry: curricular experiences and student availability

Natália Noronha TOMPSEN^a, Everson MEIRELES^b, Marina PEDUZZI^c,
Ramona Fernanda Ceriotti TOASSI^{a*}

^aUFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^bUFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil

^cUSP – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: Educação Interprofissional (EIP) é uma estratégia pedagógica que busca preparar o futuro profissional da saúde para o trabalho colaborativo. **Objetivo:** Identificar experiências curriculares de EIP e avaliar a disponibilidade de estudantes/egressos da graduação em Odontologia para o aprendizado interprofissional. **Metodologia:** Estudo observacional transversal realizado em uma universidade pública da Região Sul do Brasil. Amostra foi constituída por estudantes e egressos de Odontologia que participaram da disciplina eletiva integradora dos cursos da saúde com foco na EIP e estudantes do último ano do curso que não a cursaram (N=172). Coleta de dados envolveu a aplicação *online* da versão validada para língua portuguesa e ampliada da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS-40), acrescentando-se questões de perfil sociodemográfico dos participantes e experiências de EIP na graduação. **Resultado:** Participaram do estudo 76 estudantes e 12 egressos de Odontologia (n=88). Atividades de EIP foram observadas nos estágios curriculares (20,4%), atividades extracurriculares diversas (17%), de extensão (13,6%) e pesquisa (7,6%). Entre os que cursaram a disciplina integradora, 89,1% a reconheceram como uma atividade de EIP. Resultados da RIPLS mostraram estudantes e egressos com atitudes positivas para EIP, ainda que não tenha sido verificada associação entre participação em atividades de EIP e maior disponibilidade para aprendizagem compartilhada. **Conclusão:** Experiências curriculares pontuais de EIP na graduação em Odontologia foram observadas na Universidade investigada, especialmente em atividades eletivas e estágios curriculares. Para que sejam efetivas no desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho interprofissional em saúde, as experiências de EIP devem estar presentes ao longo da formação do cirurgião-dentista.

Descritores: Relações interprofissionais; educação interprofissional; currículo; estudantes de Odontologia.

Abstract

Introduction: Interprofessional Education (IPE) is a pedagogical strategy that seeks to prepare the future health professional for a collaborative teamwork. **Objective:** To identify curricular experiences of IPE and to evaluate the readiness of undergraduate students in Dentistry for the interprofessional learning. **Methodology:** This is an observational cross-sectional study conducted at a public university in the south of Brazil. The sample was made up of dentistry students who participated in the elective integrative discipline of health courses focused on IPE and students of the last year of the course (N=172). The data collection involved the online application of the Portuguese validated version and expanded from the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS-40), adding questions about the sociodemographic profile of the participants and experiences of IPE at graduation. **Result:** 76 undergraduate students and 12 dentistry graduates participated in the study (n=88). IPE activities were observed in the curricular internships of the course (20.4%), in various extracurricular activities (17%), extension (13.6%) and research (7.6%). Among those who studied the integrative discipline, 89.1% recognized it as an IPE activity. RIPLS results showed students and graduates with positive attitudes for IPE, although there was no association between participation in IPE activities and greater availability for shared learning. **Conclusion:** One-off curricular experiences of IPE in dental graduation were observed at the investigated University, especially in elective activities and curricular stages. In order to be effective in developing collaborative skills for interprofessional health work, IPE experiences must be present throughout the training of the dentist.

Descriptors: Interprofessional relations; interprofessional education; curriculum; students, dental.



INTRODUÇÃO

Práticas de trabalho colaborativo entre diferentes profissões têm se constituído como uma condição para a qualidade dos serviços de saúde, bem como para a melhoria do ambiente de trabalho para os profissionais¹. A complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços mostra uma tendência crescente de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais de saúde pelo trabalho colaborativo em equipe. No Brasil, o trabalho em equipe faz parte das diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,3}.

No setor saúde, a educação interprofissional (EIP) é uma estratégia pedagógica que está em expansão, tendo a intencionalidade de preparar profissionais mais capacitados com atitudes, conhecimentos e habilidades necessárias para trabalhar de forma colaborativa⁴. É uma prática que exige responsabilidade compartilhada entre os indivíduos, reconhecimento da sua interdependência na atenção à saúde e clareza de papéis/objetivos⁵. Pode estar presente durante a formação na graduação ou após sua conclusão⁴. A partir da EIP, os estudantes aprendem sobre as atribuições de cada área profissional, promovendo maior respeito e tolerância entre as profissões da saúde^{6,7}.

Conceitualmente, a EIP ocorre “quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (p. 13)¹.

Iniciativas interprofissionais na formação dos profissionais da saúde do Brasil têm sido relatadas na literatura. Tais iniciativas podem constituir propostas curriculares integradas entre diferentes cursos^{8,9}, disciplinas eletivas e/ou obrigatórias envolvendo duas ou mais profissões da saúde^{10,11}, atividades de extensão¹² e/ou atividades extracurriculares, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que tem foco na integração ensino-serviço-comunidade¹³.

Iniciativas de EIP apresentam resultados positivos em relação à satisfação de estudantes e usuários, e na melhoria da prestação de serviços^{13,14}. Revisão sistemática composta por 46 estudos relacionados à EIP mostrou que os participantes adquiriram conhecimentos e habilidades necessárias para a prática colaborativa a partir da EIP e que, em geral, os participantes respondem bem à EIP¹⁵. Ainda assim, são observadas dificuldades para sua implementação, o que vai desde a resistência dos estudantes e docentes para tais atividades, e as iniciativas simplificadas como estratégia de redução de custos, até falta de estudos de acompanhamento sobre o tema^{8,16}. Outras barreiras podem ser analisadas na implementação ou execução das iniciativas de EIP, como a dificuldade na articulação ensino-serviço-comunidade, a incompatibilidade das arquiteturas curriculares dos cursos da saúde e a estrutura departamentalizada das universidades. Acrescentam-se, ainda, barreiras voltadas a fatores logísticos, como tempo, custos, carga horária de ensino, falta de espaços para os encontros compartilhados e currículos rígidos. Há também a falta de um consenso em quando ou como introduzir atividades de EIP¹⁷.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), desde 2012, oferta uma disciplina eletiva focada na EIP, integrando 15 cursos da área da saúde, incluindo o de Odontologia. Está organizada em grupos de tutoria formados por dois professores tutores e oito

estudantes de diferentes profissões. As atividades propostas envolvem o conhecimento sobre o território adscrito de uma Unidade de Saúde da Família, a integração entre currículos-docentes-estudantes e a integração ensino-serviço-comunidade^{10,18}.

Entendendo que práticas de trabalho em equipe menos hierarquizadas e fragmentadas, voltadas à integralidade e resolutividade do processo de cuidado em saúde, passam pelo modelo de educação na graduação desses profissionais, esta pesquisa tem por objetivos identificar as experiências curriculares de EIP nos cursos diurno e noturno de Odontologia na UFRGS e avaliar a disponibilidade desses estudantes para a aprendizagem interprofissional em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal observacional cuja amostra se constituiu por estudantes e egressos do curso de graduação em Odontologia da UFRGS. A Universidade localiza-se na capital do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, e, desde 1998, oferece o curso de Odontologia diurno. A partir de 2010, impulsionada pelo Plano de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), houve uma ampliação de vagas para o período da noite, constituindo o curso de Odontologia noturno.

Estudou-se uma amostra intencional cujo critério de seleção dos participantes foi a participação na disciplina integradora com foco na EIP da Universidade estudada (estudantes e egressos) e estar concluindo seu curso de graduação, já tendo vivenciado quase que a totalidade do currículo. Assim, foram convidados a participar do estudo todos os estudantes e egressos que concluíram a disciplina integradora, no período de jan./2012 a jan./2017 (N=63), e os estudantes do último ano de graduação dos cursos diurno e noturno que não cursaram durante a graduação (N=109), constituindo um universo de 172 indivíduos.

Os estudantes e egressos foram convidados a participar da pesquisa por meio de mensagem encaminhada por correio eletrônico. Ao convite de participação na pesquisa, foi incluído o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao instrumento de pesquisa, os quais se encontravam em um espaço de interface da *web*.

Os dados foram coletados com a aplicação *online* da versão validada para língua portuguesa¹⁹ e ampliada da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) ou Questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (Quadro 1).

A RIPLS é uma escala psicométrica de autorrelato que permite avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado com estudantes de outras profissões (interprofissional)¹⁹. A disponibilidade ou não dos estudantes para aprender juntos tem expressão nas suas atitudes. As atitudes, enquanto construto psicológico, correspondem a um processo contínuo de avaliação e compreensão de mundo²⁰. A versão validada no Brasil da RIPLS inclui 27 itens distribuídos em três fatores: Trabalho em equipe (Fator 1), Identidade profissional (Fator 2) e Atenção à saúde centrada no paciente (Fator 3). 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

Quadro 1. Itens e conteúdo da versão validada e ampliada da RIPLS. Porto Alegre, 2017

ITENS	CONTEÚDO
1	A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.
2	Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.
3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.
4	A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.
6	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.
9	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.
10	Evito desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.
11	É desnecessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.
12	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.
13	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.
14	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.
15	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.
16	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.
17	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.
18	Falta-me clareza sobre qual será meu papel profissional na equipe de saúde.
19	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.
20	Há poucas ações comuns entre minha profissão e a de outros profissionais de saúde.
21	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.
22	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).
23	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).
24	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).
25	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).
26	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).
27	Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).
28	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).
29	Na minha profissão, são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).
30*	Minha profissão desenvolve atividades interdependentes com as de outros profissionais de saúde.
31*	O paciente é corresponsável pelo seu cuidado.
32*	A qualidade do cuidado prestado ao paciente depende de conhecimentos e habilidades de diversas profissões da saúde.
33*	A opinião do paciente pode mudar minha conduta clínica.
34*	A articulação entre os profissionais de saúde é fundamental para a qualidade do cuidado ao paciente.
35*	Compreender o contexto de vida do paciente contribui para a qualidade do cuidado.
36*	A família do paciente deve participar do cuidado.
37*	O vínculo do profissional com o paciente e sua família influencia a qualidade do cuidado.

* Itens que foram ampliados na RIPLS.

Quadro 1. Continuação...

ITENS	CONTEÚDO
38*	Para desenvolver minhas atividades profissionais, é importante conhecer as atribuições dos outros profissionais de saúde.
39*	O paciente deve participar das decisões sobre seu plano terapêutico.
40*	É importante que os profissionais de saúde estabeleçam objetivos comuns para o trabalho em equipe.

* Itens que foram ampliados na RIPLS.

concordância com o item analisado e mais fortes serão as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional¹⁹. Nesta pesquisa, foram mantidos os 27 itens já validados, agregando-se os dois itens da escala original de 29 itens (itens 18 e 20) e mais 11 itens distribuídos nos três fatores da RIPLS, totalizando 40 itens. Às questões da escala, foram acrescentadas informações sobre o perfil sociodemográfico dos participantes (sexo, idade, escolaridade) e experiências de EIP na graduação.

Destaca-se que a validação da versão ampliada da RIPLS (RIPLS-40) faz parte de uma pesquisa maior que está em desenvolvimento e que pretende contribuir para o aperfeiçoamento da escala. Conta com a participação de pesquisadores da Universidade Federal de São Carlos e da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A ampliação da escala teve a concordância dos autores da versão original da escala, Parsell e Bligh. Na referida pesquisa, resultados de análises fatoriais da RIPLS-40 com uma amostra de 370 participantes (292 estudantes de 15 cursos de graduação da UFRGS e 78 profissionais de saúde egressos desta universidade) indicaram a adequação da estrutura fatorial de três fatores aos dados empíricos, produzindo índices de ajuste aceitáveis [$CFI = 0,90$ e $RMSEA = 0,06$ (IC 90%: 0,06 a 0,07)]. Os índices de consistência interna obtidos para os três fatores foram os seguintes: Fator 1. Trabalho em Equipe ($\alpha = 0,89$); Fator 2. Identidade Profissional ($\alpha = 0,47$), e Fator 3. Atenção Centrada no Paciente ($\alpha = 0,83$).

As frequências das respostas foram avaliadas utilizando-se o *software IBM SPSS Statistics 23.0*, bem como as diferenças significativas entre grupos no nível de alfa $\leq 0,05$, tendo-se definido, como variáveis dependentes, os escores fatoriais da RIPLS, e como variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade e semestre do curso dos participantes (estudante e egressos), e experiências de EIP na graduação (disciplina integradora, estágios curriculares, atividades de extensão, pesquisa e extracurricular). Os testes estatísticos *t* de Student e ANOVA foram utilizados para as comparações.

Foi realizada análise comparativa de quatro grupos de estudantes – ‘A B C D’ – classificados a partir de variáveis que apresentavam quatro possíveis categorias de respostas (A = Não participei; B = Participei apenas com estudantes do meu curso; C = Participei juntamente com estudantes/profissionais de outros cursos da saúde. D = Participei de forma compartilhada, interagindo ativamente com estudantes de outros cursos), segundo as variáveis ‘Fatores da RIPLS’, ‘Atividades de Extensão’, ‘Estágio Curricular’, ‘Atividades de Pesquisa’ e ‘Atividades extracurriculares diversas’.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CAAE 52635616.2.0000.5347 – Parecer n.º 1.868.125).

RESULTADO

Participaram do estudo, 76 (86,4%) estudantes de graduação e 12 (13,6%) egressos do curso de Odontologia (n=88/51,2% do universo). A taxa de resposta foi de 60,3% para estudantes e egressos, que realizaram a disciplina integradora, e 45,8% para os estudantes do último ano que não a cursaram. A maioria era de mulheres (81,8%), com idade entre 21 e 39 anos (66% até 25 anos), do curso diurno (78,4%), que estava na segunda metade do curso de graduação (86,4%) e que não participou de outro curso de graduação (69,4%).

Durante a graduação, 20,4% dos participantes relataram que os estágios curriculares do curso de Odontologia possibilitaram uma experiência compartilhada com interação com estudantes de outras profissões, o que caracteriza uma experiência de EIP. A EIP também foi referida às atividades extracurriculares diversas (17%), de extensão (13,6%) e pesquisa (7,6%). A disciplina integradora esteve relacionada a uma atividade de EIP em 38,6% das respostas de todos os participantes. Cabe destacar que 56,8% dos participantes da pesquisa não realizaram essa atividade de ensino e não poderiam responder à questão. Dos 38 estudantes e egressos que participaram da disciplina, 34 (89,1%) a reconheceram como uma atividade de EIP, promovendo a interação entre estudantes de diferentes cursos (Tabela 1).

Em relação às disciplinas cursadas na graduação, as eletivas/optativas foram as mais citadas pelos estudantes e egressos como experiências interprofissionais de aprendizagem compartilhada (n=45/51,1%). Onze estudantes e egressos (12,5%) identificaram experiências de EIP em disciplinas obrigatórias do curso.

A distribuição das respostas de estudantes e egressos do curso de Odontologia nos itens da RIPLS mostrou médias superiores a ‘4 – Concordo’ para os três fatores da escala, sendo 4,53 para o Fator 1, 4,20 para o Fator 2 e 4,48 para o Fator 3 (Tabela 2).

Não foi verificada diferença significativa entre as variáveis: sexo, idade, escolaridade, semestre do curso e ter cursado a disciplina integradora, para nenhum dos três fatores da RIPLS (Tabela 3).

Também não foi observada diferença significativa em nenhum dos fatores da RIPLS relacionados às variáveis: estágios curriculares, atividades de extensão, de pesquisa e extracurriculares, nos quatro grupos de estudantes e egressos (‘A B C D’), constituídos a partir de sua percepção sobre a participação nas atividades vivenciadas na graduação em Odontologia (Tabela 4).

Tabela 1. Atividades vivenciadas na graduação em Odontologia por estudantes e egressos constituíram quatro grupos (A, B, C, D). Porto Alegre, 2017

Atividades vivenciadas na graduação	Não participou (Grupo A)		Participou apenas com estudantes do mesmo curso (Grupo B)		Participou juntamente com estudantes de outros cursos (Grupo C)		Participou de forma compartilhada, interagindo com estudantes de outros cursos (EIP) (Grupo D)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estágios curriculares (ensino)	16	18,1	15	17,4	39	44,3	18	20,4
Disciplina integradora (ensino)	50	56,8	--	--	4	4,6	34	38,6
Atividades de extensão	14	15,9	47	51,1	15	17,4	12	13,6
Pesquisa	13	14,7	52	59	16	18,1	7	7,6
Estágio extracurricular	72	81,8	7	7,6	7	7,6	2	2,2
Atividades extracurriculares diversas	16	18,1	33	37,5	24	27,2	15	17,0

Tabela 2. Distribuição das respostas de estudantes e egressos do curso de Odontologia nos itens da RIPLS. Porto Alegre, 2017

Fatores/itens RIPLS	Porcentagem de resposta por ponto da Escala Likert					Medidas de tendência central	
	1	2	3	4	5	M ¹	DP ²
Fator 1. Trabalho em equipe e colaboração ($\alpha = 0,86$; $M = 4,53$; $DP = 0,35$)							
01. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	0,0	0,0	0,0	30,7	69,3	4,69	0,46
02. Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	0,0	0,0	0,0	18,2	81,8	4,82	0,39
03. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	0,0	0,0	2,3	22,7	75,0	4,73	0,50
04. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.	0,0	0,0	4,5	43,2	52,3	4,48	0,59
05. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	0,0	0,0	12,5	43,2	44,3	4,32	0,69
06. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	0,0	0,0	10,2	45,5	44,3	4,34	0,66
07. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	0,0	0,0	3,4	21,6	75,0	4,72	0,52
08. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	0,0	2,3	2,3	30,7	64,8	4,58	0,66
09. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	0,0	3,4	10,2	48,9	37,5	4,2	0,76
12*. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.	47,7	44,3	5,7	1,1	1,1	1,64	0,75
13. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	0,0	2,3	2,3	34,1	61,4	4,55	0,66
14. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	0,0	0,0	3,4	48,9	47,7	4,44	0,56
15. A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	0,0	1,1	3,4	30,7	64,8	4,59	0,62

Itens assinalados com asterisco (*) são invertidos para efeito do cálculo do escore fatorial e da consistência interna do fator. Os itens 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 e 30 não ficaram mantidos na validação do instrumento na amostra da UFRGS. ¹M: Média. ²DP: Desvio Padrão.

Tabela 2. Continuação...

Fatores/itens RIPLS	Porcentagem de resposta por ponto da Escala Likert					Medidas de tendência central	
	1	2	3	4	5	M ¹	DP ²
16. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	0,0	0,0	3,4	28,4	68,2	4,65	0,55
40. É importante que os profissionais de saúde estabeleçam objetivos comuns para o trabalho em equipe.	0,0	1,1	1,1	45,5	52,3	4,49	0,58
Fator 2. Identidade profissional ($\alpha = 0,46$; $M = 4,20$; $DP = 0,55$)							
10*. Evito desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	55,7	31,8	9,1	2,3	1,1	1,61	0,84
11*. É desnecessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.	56,8	29,5	4,5	3,4	5,7	1,72	1,09
21*. Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.	23,9	54,5	12,5	8,0	1,1	2,08	0,89
38. Para desenvolver minhas atividades profissionais, é importante conhecer as atribuições dos outros profissionais de saúde.	0,0	1,1	8,0	61,4	29,5	4,19	0,62
Fator 3. Atenção à saúde centrada no paciente ($\alpha = 0,77$; $M = 4,48$; $DP = 0,31$)							
25. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).	0,0	0,0	4,5	45,5	50,0	4,45	0,59
26. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).	0,0	0,0	0,0	22,7	77,3	4,77	0,42
27. Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).	1,1	1,1	3,4	42,0	52,3	4,43	0,72
28. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).	0,0	0,0	3,4	27,3	69,3	4,66	0,54
29. Na minha profissão, são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).	1,1	1,1		30,7	67,0	4,61	0,67
31. O paciente é corresponsável pelo seu cuidado.	2,3	0,0	6,8	30,7	60,2	4,49	0,73
32. A qualidade do cuidado prestado ao paciente depende de conhecimentos e habilidades de diversas profissões de saúde.	0,0	0,0	4,5	50,0	45,5	4,41	0,58
33. A opinião do paciente pode mudar minha conduta clínica.	0,0	3,4	19,3	61,4	15,9	3,9	0,70
34. A articulação entre os profissionais de saúde é fundamental para a qualidade do cuidado ao paciente.	0,0	0,0	1,1	38,6	60,2	4,59	0,52
35. Compreender o contexto de vida do paciente contribui para a qualidade do cuidado.	0,0	0,0	0,0	26,1	73,9	4,74	0,44
36. A família do paciente deve participar do cuidado.	0,0	0,0	17,0	48,9	34,1	4,17	0,70
37. O vínculo do profissional com o paciente e sua família influencia a qualidade do cuidado.	0,0	0,0	1,1	44,3	54,5	4,53	0,52
39. O paciente deve participar das decisões sobre seu plano terapêutico.	1,1	0,0	5,7	39,8	53,4	4,44	0,71

Itens assinalados com asterisco (*) são invertidos para efeito do cálculo do escore fatorial e da consistência interna do fator. Os itens 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 e 30 não ficaram mantidos na validação do instrumento na amostra da UFRGS. ¹ M: Média. ² DP: Desvio Padrão.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa traz como tema central a EIP na graduação em Odontologia. Propôs identificar experiências curriculares de EIP e avaliar a disponibilidade de estudantes de Odontologia para o aprendizado interprofissional.

Fundamentado nas orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)²¹, o projeto pedagógico do curso de Odontologia da UFRGS passou por uma importante reestruturação em 2005, possibilitando uma maior integração do ensino com a rede de serviços e gestão do SUS. Esse currículo mostrou avanços na formação relacionados à integração entre as disciplinas (interdisciplinaridade),

Tabela 3. Resultados do Teste *t* de *Student* para comparação de grupos nas variáveis com duas categorias de resposta. Porto Alegre, 2017

Fatores RIPLS	Variáveis / Categorias definidoras dos grupos	Estatísticas descritivas			Teste estatístico	
		<i>n</i> ¹	<i>M</i> ²	<i>DP</i> ³	<i>t</i> ⁴	<i>p</i> ⁵
Sexo						
F1	Feminino	72	4,53	0,34	0,65	0,948
	Masculino	16	4,52	0,37		
F2	Feminino	72	4,17	0,56	-1,21	0,211
	Masculino	16	4,35	0,39		
F3	Feminino	72	4,48	0,31	0,35	0,723
	Masculino	16	4,45	0,31		
Idade						
F1	Até 24 anos	47	4,51	0,33	-0,516	0,607
	25 anos ou mais	41	4,55	0,37		
F2	Até 24 anos	47	4,18	0,52	-0,337	0,737
	25 anos ou mais	41	4,22	0,57		
F3	Até 24 anos	47	4,45	0,32	-0,660	0,511
	25 anos ou mais	41	4,50	0,36		
Escolaridade						
F1	Estudante de graduação	76	4,52	0,35	-0,032	0,974
	Estudante de pós-graduação / profissional formado	12	4,53	0,33		
F2	Estudante de graduação	76	4,17	0,55	-1,314	0,192
	Estudante de pós-graduação / profissional formado	12	4,39	0,47		
F3	Estudante de graduação	76	4,47	0,31	-0,117	0,907
	Profissional formado (egresso)	12	4,48	0,34		
Semestre do curso						
F1	Primeira metade do curso (mais iniciantes)	5	4,56	0,22	0,195	0,846
	Segunda metade do curso (mais avançados)	71	4,52	0,36		
F2	Primeira metade do curso (mais iniciantes)	5	4,55	0,37	1,589	0,116
	Segunda metade do curso (mais avançados)	71	4,14	0,55		
F3	Primeira metade do curso (mais iniciantes)	5	4,46	0,37	-0,105	0,917
	Segunda metade do curso (mais avançados)	71	4,47	0,30		
Cursou a disciplina integradora?						
F1	Não	50	4,49	0,37	-0,963	0,338
	Sim	38	4,57	0,31		
F2	Não	50	4,13	0,51	-1,395	0,167
	Sim	38	4,29	0,57		
F3	Não	50	4,44	0,32	-1,003	0,319
	Sim	38	4,51	0,29		

Fatores da RIPLS: Fator 1 - Trabalho em equipe e colaboração; Fator 2 - Identidade profissional, e Fator 3 - Atenção à saúde centrada no paciente. ¹*n*: número de participantes da pesquisa; ²*M*: Média; ³*DP*: Desvio Padrão; ⁴*t*: Teste *t* de Student; ⁵*p*: valor-*p* ≤ 0,05.

ao cuidado em saúde humanizado centrado nas necessidades da pessoa e ao estímulo à cidadania²².

Apesar desse contexto favorável, o currículo do curso ainda se estrutura quase que exclusivamente em uma perspectiva de ensino uniprofissional, com oportunidades restritas de aprendizagens compartilhadas entre os estudantes de Odontologia e das demais profissões da saúde. É importante considerar que, das atividades de EIP identificadas pelos estudantes e egressos que participaram

dessa pesquisa, somente os estágios curriculares são atividades de ensino obrigatórias a todos os estudantes do curso. É um resultado que reforça a ideia de que, no Brasil, a lógica e a estrutura do ensino superior são obstáculos para a EIP²³, sendo um desafio incorporar essas atividades como obrigatórias aos currículos da graduação²⁴.

Estudos que avaliaram os estágios curriculares em Odontologia em cenários de prática no SUS, na Universidade estudada, mostram a satisfação dos estudantes diante de uma metodologia integradora,

Tabela 4. Resultados do Teste ANOVA para comparação de grupos de estudantes A B C D segundo fatores da RIPLS, atividades de extensão, estágios curriculares, atividades de pesquisa e atividades extracurriculares diversas. Porto Alegre, 2017

Fatores RIPLS	Variáveis / Categorias definidoras dos grupos	Estatísticas descritivas							Teste estatístico	
		n'	M ²	DP ³	Intervalo de confiança para média (95%)		Amplitude		F ⁴	p ⁵
					Limite Inferior	Limite Superior	Mín.	Máx.		
Atividades de Extensão										
F1	A	14	4,48	0,50	4,19	4,77	3,27	5,00	0,383	0,766
	B	47	4,50	0,32	4,41	4,60	3,87	5,00		
	C	15	4,59	0,22	4,39	4,79	3,80	5,00		
	D	12	4,58	0,35	4,43	4,72	4,20	4,93		
	Total	88	4,53	0,35	4,45	4,60	3,27	5,00		
F2	A	14	4,23	0,66	3,84	4,61	2,75	5,00	0,357	0,784
	B	47	4,15	0,54	3,99	4,31	2,75	5,00		
	C	15	4,31	0,57	4,00	4,63	3,00	5,00		
	D	12	4,22	0,39	3,98	4,47	3,50	4,75		
	Total	88	4,20	0,54	4,08	4,32	2,72	5,00		
F3	A	14	4,50	0,37	4,28	4,71	3,92	4,92	0,147	0,931
	B	47	4,47	0,28	4,39	4,55	3,85	4,93		
	C	15	4,50	0,37	4,29	4,71	3,85	5,00		
	D	12	4,42	0,31	4,23	4,62	3,92	4,77		
	Total	88	4,47	0,31	4,41	4,54	3,85	5,00		
Estágios curriculares										
F1	A	16	4,54	0,26	4,40	4,68	3,87	4,93	2,176	0,097
	B	15	4,49	0,41	4,27	4,72	3,27	5,00		
	C	39	4,45	0,36	4,33	4,57	3,67	5,00		
	D	18	4,70	0,27	4,56	4,84	4,13	5,00		
	Total	88	4,53	0,35	4,45	4,60	3,27	5,00		
F2	A	16	4,23	0,60	3,91	4,55	2,75	5,00	3,183	0,028
	B	15	4,23	0,57	3,92	4,54	2,75	5,00		
	C	39	4,03	0,52	3,86	4,21	3,00	5,00		
	D	18	4,50	0,40	4,30	4,70	3,50	5,00		
	Total	88	4,20	0,54	4,08	4,32	2,75	5,00		
F3	A	16	4,47	0,32	4,29	4,64	3,92	4,92	1,076	0,364
	B	15	4,48	0,36	4,29	4,68	3,92	5,00		
	C	39	4,42	0,31	4,32	4,52	3,85	4,92		
	D	18	4,58	0,24	4,46	4,70	4,00	4,92		
	Total	88	4,47	0,31	4,41	4,54	3,85	5,00		

Fatores da RIPLS: Fator 1 - Trabalho em equipe e colaboração; Fator 2 - Identidade profissional, e Fator 3 - Atenção à saúde centrada no paciente. Para a variável "Faixa etária": A = até 25 anos; B = 26 a 35 anos; C = 36 anos ou mais. Para as variáveis "Atividades de Extensão", "Estágio Curricular" e "Atividades extracurriculares diversas": A = Não participei; B = Participei apenas com estudantes do meu curso; C = Participei juntamente com estudantes/profissionais de outros cursos da saúde. D = Participei de forma compartilhada, interagindo ativamente com estudantes de outros cursos. ¹n': número de participantes da pesquisa; ²M: Média; ³DP: Desvio Padrão; ⁴F: Estatística F (ANOVA); ⁵p: valor-p ≤ 0,05.

Tabela 4. Continuação...

Fatores RIPLS	Variáveis / Categorias definidoras dos grupos	Estatísticas descritivas							Teste estatístico	
		n ¹	M ²	DP ³	Intervalo de confiança para média (95%)		Amplitude		F ⁴	p ⁵
					Limite Inferior	Limite Superior	Mín.	Máx.		
Atividades de pesquisa										
F1	A	13	4,60	0,29	4,42	4,77	4,07	4,93	0,384	0,765
	B	52	4,49	0,39	4,38	4,60	3,27	5,00		
	C	16	4,57	0,27	4,42	4,71	4,07	5,00		
	D	7	4,53	0,31	4,24	4,82	4,00	5,00		
	Total	88	4,53	0,35	4,45	4,60	3,27	5,00		
F2	A	13	4,05	0,64	3,66	4,44	2,75	5,00	1,034	0,382
	B	52	4,17	0,54	4,01	4,32	2,75	5,00		
	C	16	4,38	0,48	4,13	4,63	3,00	5,00		
	D	7	4,28	0,46	3,85	4,71	3,75	5,00		
	Total	88	4,20	0,54	4,08	4,32	2,75	5,00		
F3	A	13	4,50	0,34	4,29	4,71	3,85	4,85	0,288	0,834
	B	52	4,48	0,31	4,39	4,57	3,85	4,92		
	C	16	4,48	0,28	4,34	4,63	3,92	5,00		
	D	7	4,37	0,31	4,08	4,66	4,00	4,77		
	Total	88	4,47	0,31	4,41	4,54	3,85	5,00		
Atividades extracurriculares diversas										
F1	A	16	4,65	0,30	4,49	4,82	3,93	5,00	0,974	0,409
	B	33	4,48	0,41	4,33	4,62	3,27	5,00		
	C	23	4,50	0,30	4,36	4,63	3,80	5,00		
	D	15	4,52	0,29	4,35	4,68	3,87	5,00		
	Total	87	4,52	0,35	4,45	4,60	3,27	5,00		
F2	A	16	4,26	0,60	3,94	4,58	3,25	5,00	0,757	0,521
	B	33	4,09	0,59	3,88	4,30	2,75	5,00		
	C	23	4,21	0,53	3,98	4,45	2,75	5,00		
	D	15	4,31	0,31	4,13	4,49	3,75	4,75		
	Total	87	4,19	0,54	4,08	4,31	2,75	5,00		
F3	A	16	4,52	0,29	4,36	4,67	3,85	4,92	0,188	0,904
	B	33	4,46	0,30	4,35	4,57	3,92	4,92		
	C	23	4,45	0,34	4,30	4,60	3,85	4,92		
	D	15	4,45	0,30	4,29	4,62	3,92	4,92		
	Total	87	4,47	0,30	4,40	4,53	3,85	4,92		

Fatores da RIPLS: Fator 1 - Trabalho em equipe e colaboração; Fator 2 - Identidade profissional, e Fator 3 - Atenção à saúde centrada no paciente. Para a variável "Faixa etária": A = até 25 anos; B = 26 a 35 anos; C = 36 anos ou mais. Para as variáveis "Atividades de Extensão", "Estágio Curricular" e "Atividades extracurriculares diversas": A = Não participei; B = Participei apenas com estudantes do meu curso; C = Participei juntamente com estudantes/profissionais de outros cursos da saúde. D = Participei de forma compartilhada, interagindo ativamente com estudantes de outros cursos. ¹n: número de participantes da pesquisa; ²M: Média; ³DP: Desvio Padrão; ⁴F: Estatística F (ANOVA); ⁵p: valor-p ≤ 0,05.

em que o estudante sai da sua zona de conforto e passa a aprender a trabalhar em equipes de saúde e a solucionar os problemas pensando no cuidado centrado na pessoa, um dos princípios da EIP^{25,26}. As experiências dos estudantes no PET-Saúde, enquanto atividade extracurricular, também têm se destacado como iniciativa que utiliza o aprendizado compartilhado para o desenvolvimento de capacidade para o trabalho em equipe, mobilizando a adoção da EIP nas Instituições de Ensino Superior^{13,27}.

Em relação à disciplina integradora, essa foi reconhecida como a experiência que mais possibilitou a EIP na graduação em Odontologia. Dos estudantes e egressos que a cursaram, a maioria (89,5%) a reconheceu como atividade que promoveu a interação entre estudantes de diferentes cursos, confirmando seu potencial para a EIP. Considerada inovadora por ser uma iniciativa contra-hegemônica ao modelo de formação uniprofissional e fragmentado, a disciplina integradora produz vivências e aprendizagens entre pessoas (estudantes, professores, profissionais e usuários do SUS) e profissões¹⁸. É preciso considerar, no entanto, que apesar do importante papel que esta atividade de ensino desempenha na Universidade, para a integração de estudantes de diferentes profissões da saúde, mais da metade dos estudantes do último ano de curso e egressos da Odontologia não a haviam cursado, uma vez que esta tem caráter eletivo. Na condição de eletiva, a iniciativa de EIP pode ser considerada como atividade de menor valor em relação às específicas de cada profissão, afetando o comprometimento dos estudantes²⁸.

Outro resultado que chama a atenção e deve ser analisado com cautela foi a identificação de disciplinas obrigatórias como promotoras de experiências de EIP, uma vez que a disciplina integradora é entendida, institucionalmente, como a única disciplina com foco na EIP que promove a integração entre os cursos da saúde. Esse achado pode expressar a ausência de consenso sobre o entendimento do que seria uma 'experiência interprofissional' e até um distanciamento do currículo do curso de Odontologia dos pressupostos teóricos da EIP^{2,29}.

Sobre a disponibilidade para a aprendizagem compartilhada/interprofissional, as médias de respostas foram superiores a 4 para os três fatores da RIPLS, mostrando atitudes positivas dos estudantes e egressos de Odontologia no que se refere ao trabalho em equipe e colaboração, à identidade profissional e à atenção à saúde centrada no paciente. É um resultado que pode expressar o processo de mudanças curriculares no curso^{22,25,26,30} e a influência das políticas indutoras para a formação em saúde, como o Pró-Saúde, PET-Saúde³¹ e a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia²¹. Por outro lado, a disponibilidade dos estudantes e egressos de Odontologia para o aprendizado junto com colegas de outros cursos da saúde não aumentou na presença de atividades de EIP na graduação. O fato de serem atividades pontuais, que não interagem e não têm continuidade ou não são retomadas ao longo do currículo, pode constituir justificativa para esse achado. A própria disciplina integradora, ainda oferecida em caráter eletivo ou opcional, é institucionalmente reconhecida por ser a única atividade de ensino da Universidade com proposta de interação entre as profissões durante toda a graduação. Atividades eletivas acabam sendo

selecionadas pelos estudantes mais sensíveis às mudanças, o que tende a limitar seu impacto²⁴. Para que sejam efetivas, as iniciativas de EIP devem ser desenvolvidas ao longo do curso¹⁴, longitudinais aos currículos, promovendo processos formativos contínuos de base na EIP^{7,32,33}. A própria opção desta pesquisa pela coleta de dados por meio de um instrumento *on-line* pode ter chamado a atenção de estudantes já com maior disponibilidade para a aprendizagem interprofissional, o que também merece atenção na análise dos resultados encontrados.

Para além da integração interdisciplinar no próprio curso de graduação e dos avanços identificados nas experiências de estágios curriculares junto a equipes de saúde do SUS, iniciativas de EIP devem estar presentes em diferentes momentos da formação dos profissionais da saúde, durante a graduação¹⁵ e após, devendo ser estimuladas na Universidade. Currículos que possibilitem a interação de estudantes de diferentes profissões, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação, têm sido associados a estudantes com maior disponibilidade para a aprendizagem compartilhada e trabalho em equipe^{14,34}. Nas práticas de atenção à saúde, iniciativas interprofissionais têm potencial para reduzir os erros que podem ser causados pela fragmentação das diferentes áreas, o que também dificulta o cuidado integral dos usuários¹⁵.

O baixo percentual de respostas observado no grupo de estudantes que não realizaram a disciplina integradora expressa tendência de que alunos concluintes possuem menor potencial para desenvolver competências colaborativas do que os intermediários e ingressantes¹⁴, e, assim, têm menos interesse por esse tema.

Sendo um campo de pesquisa em desenvolvimento, estudos futuros sobre a temática da EIP, com desenho longitudinal e metodologia mista, são recomendados, buscando compreender o papel dessas iniciativas interprofissionais na formação dos cirurgiões-dentistas e demais profissionais da saúde, bem como os efeitos das intervenções de colaboração interprofissional nas práticas clínicas¹⁶.

A RIPLS é um instrumento validado para avaliar atitudes de estudantes da saúde frente à EIP em diferentes países^{35,36}, incluindo o Brasil¹⁹; contudo, esse instrumento ainda precisa de refinamentos teóricos e psicométricos³⁷. O estudo de validação da versão ampliada da RIPLS (RIPLS-40) está em andamento e pretende contribuir para o aperfeiçoamento dessa escala. Na amostra de estudantes e egressos da UFRGS, 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^{19,35}. Daí a importância de aprimoramentos na escala de modo que análises psicométricas mais robustas e rigorosas sejam realizadas³⁷.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a EIP faz parte de experiências curriculares pontuais da graduação em Odontologia na Universidade investigada, especialmente em atividades de caráter eletivo e nos estágios curriculares, mas não foi identificada associação entre a participação em atividades de EIP e maior disponibilidade dos estudantes e egressos para aprendizagem compartilhada.

Entende-se que a EIP não pode ser uma experiência isolada na graduação. Deve, sim, estar presente processualmente ao longo da formação, com espaço curricular que garanta a todos os estudantes

de Odontologia a interação com colegas de diferentes profissões da saúde, desenvolvendo competências voltadas à prática colaborativa interprofissional para a melhoria do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde – OMS. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa, [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [citado 2018 Jan 8]. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf
2. Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Ago;47(4):977-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400029>. PMID:24310699.
3. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016 Dez;20(59):905-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
4. Hoff T, Sutcliffe K, Young G, editors. *The healthcare professional workforce: understanding human capital in a changing industry*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
5. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018;32(1):1-3. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>. PMID:29131697.
6. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014 Jul;28(4):379-80. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.870984>. PMID:24383408.
7. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface Comunicacao Saude Educ*. 2016;20(56):185-96. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.
8. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012;2(1):25-8.
9. Oliveira CMD, Batista NA, Batista SHSS, Uchôa-Figueiredo LR. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):1005-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0660>.
10. Toassi RFC, Lewgoy AMB. Práticas integradas em saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. *Interface (Botucatu)*. 2016 Abr-Jun;20(57):449-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0123>.
11. Rocha NB, Silva MC, Silva IRG, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN. Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. *Rev ABENO*. 2017;17(3):41-54. <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i3.383>.
12. Cardoso AC, Corralo DJ, Krahl M, Alves LP. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a extensão universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. *Rev ABENO*. 2015 Jun;15(2):12-9. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542015000200003&lng=pt.
13. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(Supl 1):709-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>.
14. Nuto SAS, Lima Júnior L, Camara AMCS, Gonçalves CBC. FCM, Câmara AMCS, Gonçalves CBC. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(1):50-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160018>.
15. 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 Jul;38(7):656-68. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. PMID:27146438.
16. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun;6:CD000072. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>. PMID:28639262.
17. Knecht-Sabres LJ, Gunn JF, Conroy C, Getch SE, Cahill SM, Lee MM, et al. Effectiveness of an interprofessional education event for graduate health professional students. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Jun 21];14(4):1-8. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=ijahsp>.
18. Toassi RFC, organizadores. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 81-98 [citado 2018 Jun 13]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.
19. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Dez;49(Spe 2):7-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000800002>.
20. Torres CV, Neiva ER. *Psicologia social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
21. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 março 2002; Seção 1. p. 10.
22. Lamers JMS, Baumgarten A, Bittencourt FV, Toassi RFC. Mudanças curriculares na educação superior em Odontologia: inovações, resistências e avanços conquistados. *Rev ABENO*. 2016;16(4):2-18. <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v16i4.324>.
23. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016 Mar;20(56):197-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.
24. Peduzzi MO. SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016 Mar; 20(56):199-201. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.

25. Toassi RFC, Baumgarten A, Warmling CM, Rossoni E, Rosa AR, Slavutzky SMB. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. *Interface (Botucatu)*. 2013 Jun;17(45):385-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000008>.
26. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014 Jun;18(49):351-62. Epub Mar 17, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0583>.
27. Camara AMCS, Grossemann S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(Supl 1):817-29. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0940>.
28. Freeth DS, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective interprofessional education: development, delivery, and evaluation*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776438>.
29. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care*. 2014 Sep;28(5):393-9. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.906391>. PMID:24702046.
30. Carniel RK, Goulart MA, Martins AB, De Marchi RJ, Rados ARV. A clínica ampliada como ferramenta de cuidado e ensino em Geriatria. *Rev ABENO*. 2017;17(4):99-107. <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.476>.
31. Bueno D, Tschiedel RG. organização. *A arte de ensinar e fazer saúde: UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência*. Porto Alegre: Libretos; 2011.
32. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017 Sep;21(62):601-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.
33. Bradley P, Cooper S, Duncan F. A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. *Med Educ*. 2009 Sep;43(9):912-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03432.x>. PMID:19709016.
34. Rossit RS, Batista SH, Batista NA. Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. *Rev Int Humanid Med*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 21]; 3 (1): 55-6. Disponível em: <https://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/download/1169/727>
35. 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. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2011.595848>. PMID:22233369.
36. Oishi A, Haruta J, Yoshimi K, Goto M, Yoshida K, Yoshimoto H. Cross-cultural adaptation of the professional version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in Japanese. *J Interprof Care*. 2017 Jan;31(1):85-90. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1248814>. PMID:27996353.
37. Mahler C, Berger S, Reeves S. The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): a problematic evaluative scale for the interprofessional field. *J Interprof Care*. 2015;29(4):289-91. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1059652>. PMID:26176984.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Rua Ramiro Barcelos, 2492, 3º andar, 90035-003 Porto Alegre - RS, Brasil, e-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Recebido: Agosto 30, 2018
Aprovado: Outubro 18, 2018