

Educación interprofesional en Brasil

Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Heloise Fernandes Agreli, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, José Rodrigues Freire Filho, Marcelo Viana da Costa, Nildo Alves Batista, Odair Aguiar Junior, Patrícia Maria Fonseca Escalda y Sylvia Helena Batista

INTRODUCCIÓN

El sistema público de salud en Brasil — Sistema Único de Salud (SUS)— es el resultado de luchas sociales por la superación de un modelo de atención fuertemente centrado en la enfermedad y, consecuentemente, en el diagnóstico y en la terapéutica. Este movimiento, para reorientar el modelo de atención, adopta la concepción ampliada de salud, entendida como producto social e histórico, reconociendo el carácter dinámico y complejo de las necesidades de salud de las personas.¹

La concepción ampliada de salud, a su vez, reconoce la necesidad de (re) significar el trabajo en salud, valorando el trabajo en equipo interprofesional e interdisciplinario, así como las acciones intersectoriales, como forma de avanzar en el fortalecimiento del principio de la integralidad de la atención en los contextos de cuidados primarios y redes de atención de salud.^{2,3}

La interprofesionalidad se considera una estrategia potente para transformar las relaciones entre los actores de diferentes profesiones de la salud, tanto en el contexto de la formación como en el trabajo en salud. El horizonte de la educación interprofesional (EIP) en salud es asegurar que los profesionales de la salud reconozcan la relevancia del aprendizaje compartido e interactivo para el fortalecimiento de la colaboración en las prácticas en salud,^{4,5} deconstruyendo la idea de la centralidad de los profesionales de la salud para (re)situar a los usuarios y sus necesidades como centro del proceso de producción de los servicios de salud, avanzando en la perspectiva de la integralidad de la atención.⁶

Todos los autores de este capítulo han contribuido por igual en su redacción con el objetivo de reflejar la experiencia de cada uno de ellos y siguiendo el modelo de equipo colaborativo para la creación de contenido intelectual.

El tema de la EIP en Brasil es relativamente nuevo, aunque existen iniciativas innovadoras en el ámbito de la enseñanza en salud. Brasil, por sus dimensiones continentales, posee gran diversidad de iniciativas que necesitan ser valoradas en sus capacidades de producir cambios en la formación y en el trabajo en salud.

Aunque los elementos contextuales impulsan la educación y la práctica interprofesionales en Brasil, la operacionalización de la práctica interprofesional se constituye como un desafío actual⁶ y las iniciativas de EIP en el país son todavía incipientes.⁷ El modelo mayoritario es el de profesionales que «continúan siendo formados separadamente, para en el futuro trabajar juntos», lo que representa una incoherencia que trae importantes implicaciones para la calidad de la atención ofrecida en el ámbito del SUS.²

Algunos movimientos comienzan a traer la EIP a escenarios estratégicos en el contexto de la formación en salud. Un ejemplo que merece destacarse es la revisión de las directrices curriculares nacionales (DCN) del grado en Medicina que se centra en la interprofesionalidad como elemento fundamental para la reforma de la educación y la práctica en salud en Brasil. Desde sus primeras versiones, las DCN de todas las titulaciones del área de Ciencias de la Salud ejercen gran influencia en la inducción de nuevos diseños curriculares. Por su papel inductor de cambios, la presencia de la interprofesionalidad en el texto de las DCN representa el reconocimiento de la necesidad de mejorar la capacidad para el trabajo en equipo efectivo de los actuales y futuros profesionales de la salud.⁸

Desde el punto de vista social, el contexto de desigualdad⁹ impulsa aún más la demanda de la formación para el trabajo interprofesional, capaz de actuar sobre los diferentes determinantes sociales de la salud y la creciente complejidad del cuidado. La formación por competencias es uno de los caminos, pero el adecuado enfrentamiento de esas necesidades exige también un nuevo elenco de competencias: las colaborativas.

La literatura apunta que la EIP puede impartirse en la formación preprofesional, en los grados y en la educación en servicio.¹⁰ En este sentido cabe destacar algunas iniciativas inductoras de EIP apoyadas por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, como el Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud), instituido por la Portaria Interministerial n.º 1.802, de 26 de agosto de 2008; la actividad extracurricular para titulaciones de salud; las actividades de Vivencias y Estancias en la Realidad del Sistema Único de Salud (VER-SUS), que se realizan desde 2002, y las residencias multiprofesionales en salud, a partir de la promulgación de la Ley n.º 11.129 de 2005.

El PET-Salud fue instituido hace 9 años como una estrategia del programa Pro-Salud, que fomentó la inducción de cambios curriculares de acuerdo con las necesidades del SUS, centrándose en la reorganización de las acciones a partir de la atención primaria de salud (APS). En este sentido, entre los objetivos del PET-Salud está la adecuación de la formación a las DCN, referidas anteriormente, y la formación de profesionales con perfil para atender las necesidades de salud y políticas del país. El programa está constituido por equipos compuestos

por estudiantes de Ciencias de la Salud, docentes tutores y preceptores trabajadores de las unidades de la estrategia de salud de la familia (ESF) cuya última convocatoria de los años 2016-2017 marcó el compromiso con la constitución de equipos interprofesionales,¹¹ aspecto que revela un movimiento nacional de apoyo institucional para la EIP en el país.

Las residencias multiprofesionales en salud (RMS) también se presentan como escenario potente para la EIP en la medida en que estimulan el proceso de formación de diferentes categorías profesionales en espacios de trabajo comunes, favoreciendo el fortalecimiento de las relaciones, la comunicación y el trabajo interprofesionales. A pesar de ello, las RMS presentan muchos formatos, que no siempre adoptan la perspectiva interprofesional. Es común que algunas propuestas pedagógicas reproduzcan la formación en paralelo, con poco o ningún aprendizaje compartido e interactivo. Sin embargo, la ampliación y el refuerzo de la EIP en Brasil viene estimulando un importante proceso de reflexión, con cambios en el sentido de valorar la potencia de las RMS para la EIP.¹²

En el ámbito de la educación en servicio se destaca la política nacional de educación permanente en salud (EPS) para la formación y desarrollo de los profesionales de la salud en el SUS, creada por medio de la normativa N. 198 de 13 de febrero de 2004, que fue actualizada por la normativa N. 1996 de 20 de agosto de 2007.^{13,14} La EPS prevé la construcción de espacios de reflexión sobre el proceso de trabajo, con participación de representantes del ámbito de la formación, que son los gestores, los usuarios, los trabajadores de la salud, los docentes y los estudiantes, para comprender los aspectos indisolubles entre la formación y las prácticas de salud.¹⁵ Tales movimientos involucran a participantes de más de una profesión de la salud que interactúan y colaboran mutuamente en el análisis de situaciones del trabajo cotidiano en favor de la mejora de los procesos y acciones que presentan potencial para la EIP.

Este capítulo describe dos experiencias exitosas de universidades de Brasil que proponen un diseño curricular innovador y con potencial para el fortalecimiento de la EIP en el país. La intención no es agotar la descripción de iniciativas de EIP en el país, o asumir que tales experiencias son capaces de representar la educación como un todo en un país tan diverso como Brasil. El objetivo al presentar tales experiencias es el de ilustrar y analizar potenciales barreras y facilitadores para la operacionalización de la EIP en el contexto de un país en desarrollo, y orientar y estimular nuevas iniciativas en el escenario brasileño y en otros países que se reconozcan en los problemas, fortalezas y desafíos aquí expuestos.

EXPERIENCIA DEL CAMPUS CEILÂNDIA DE LA UNIVERSIDAD DE BRASILIA

Antecedentes

La Universidad de Brasilia (UnB) fue instituida en 1962 y 40 años después decidió transformarse en una institución multicampus, cambio previsto en su Plan

de Desarrollo Institucional 2002-2006. La experiencia aquí relatada se refiere al campus ubicado en Ceilândia, creado en 2008, con titulaciones concentradas en el área de las Ciencias de la Salud: Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología, Salud Colectiva y Terapia Ocupacional.

La creación de los nuevos campus, cuya intención pretendía asegurar la ampliación del acceso a la educación superior y la permanencia en ella, además de la diversificación de los grados ofrecidos por la universidad, se dio en el ámbito de una política pública federal de inducción de apertura de nuevas titulaciones, así como de aumento de la calidad y de mejora de la estructura física de las ya existentes (Programa de Apoyo a los Planes de Reestructuración y Expansión de las Universidades Federales [REUNI]), instituido por el Decreto n° 6.096, de 24 de abril de 2007, del Ministerio de Educación (MEC).

En el caso específico del Campus UnB Ceilândia, en el acto de su creación, el Rectorado, después de la aprobación en el Consejo Universitario, designó docentes con experiencia de gestión universitaria para asumir la dirección, la vicedirección y la coordinación de las titulaciones, cuyos desafíos incluían desde la apertura de concursos públicos a docentes, hasta la organización de procesos para transferencia de servidores técnicos administrativos y la institución de espacios colegiados deliberativos acordes con las normas y reglamentos ya existentes.

La Facultad de Ceilândia (FCE) se organiza en una Dirección, una Vicedirección, seis colegiados de los diferentes grados, un Colegio de Bases Biológicas y de la Salud, un Colegio de Investigación y Postgrado, un Colegio de Extensión, un Colegio de Graduación, un Comité de Ética en Investigación y el Consejo Pleno de la Facultad. La FCE cuenta con dos programas de posgrado en sentido estricto (el Programa de Posgrado en Ciencias y Tecnologías en Salud y el Programa de Posgrado en Ciencias de la Rehabilitación) y tres titulaciones en sentido amplio (Análisis clínicos, Fisioterapia traumatológico-ortopédica y Fisioterapia cardiorrespiratoria).

Ceilândia es una ciudad conocida por su militancia y compromiso político. Con una historia marcada por las revueltas, posee innumerables movimientos sociales comprometidos en la búsqueda de derechos en las áreas de la salud, la educación, el medioambiente, el empleo, la vivienda, el deporte y la cultura. Actualmente, el Movimiento Popular por una Ceilândia Mejor (MOPOCEM) ha integrado diferentes movimientos sociales organizados por los propios habitantes que tienen como agenda la búsqueda de mejoras para la ciudad y sus habitantes.

En los últimos años, la Asociación Prouniversidad Pública de Ceilândia (AMOPUC), que existe desde la década de los ochenta, y el Movimiento Prouniversidad Pública en Ceilândia (MOPUC), surgido de la anterior y fundado en 2003, además del Foro de Cultura de Ceilândia, creado en 1989, han sido colaboradores del campus.

En el año 2014, por medio de una carta de los movimientos populares de Ceilândia al rector de la UnB sobre la apertura de grados nocturnos en el campus de la FCE, el MOPUC, el MOPOCEM y el Foro de Cultura de Ceilândia llamaban la atención sobre el significativo número de jóvenes y adultos trabajadores

residentes en Ceilândia que realizan estudios superiores fuera de la ciudad (principalmente en Taguatinga) o en facultades privadas en Ceilândia, que aquel año sumaban 15.000 personas.

Ceilândia es una ciudad cuyo crecimiento demográfico es destacado. Desde su fundación, en 1971, la población ha pasado de 80.000 personas a los prácticamente 500.000 habitantes actuales. Con una red de 20 centros de enseñanza media, y una media de 20.000 adolescentes, jóvenes y adultos matriculados, la ciudad ve en la FCE de la UnB una oportunidad de acceso a la enseñanza superior y de continuidad de recorrido escolar para muchos egresados de ese nivel de enseñanza.

La red de atención a la salud de Ceilândia está compuesta por un hospital (con especialidades en Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, Gastroenterología, Geriátrica, Ginecología y Obstetricia, Hemoterapia, Homeopatía, Mastología, Neurología, Odontología, Oftalmología, Ortopedia, Pediatría, Neumología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Urología, Reumatología, Proctología y Oncología), y servicios de urgencias en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia, Cirugía General y Odontología, así como clínicas hospitalarias de Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General, Maternidad, Pediatría y Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. Ceilândia cuenta con 12 centros de salud y una unidad de atención temprana, un puesto de salud rural y un centro de atención psicosocial de alcohol y drogas (CAPS ad).

Medidas administrativas y de gestión académica como soporte estratégico para la incorporación de la interprofesionalidad en la formación en salud

Los primeros concursos para docentes procuraron seleccionar profesores con perfil adecuado a los contenidos previstos en los cuatro semestres iniciales de las titulaciones, fuertemente relacionados con dos de los cuatro módulos del currículo (Modo de vida y Sistemas biológicos), que ya eran contenidos formativos de las áreas de Salud Colectiva, Ciencias Sociales, Ciencias Exactas y Ciencias Biológicas, y, en menor medida, de las áreas específicas de Enfermería, Fisioterapia, Salud Colectiva, Farmacia y Terapia Ocupacional. En esa ocasión se seleccionaron 30 profesores con formación diversificada (Antropología, Física, Sociología, Biología, Nutrición, Ciencias Biológicas, Pedagogía, Medicina, Química, Psicología, Enfermería, Fisioterapia, Farmacia y Terapia Ocupacional). Estos profesores fueron responsables de la formación de los proyectos pedagógicos de los cursos, con propuestas de actividades colectivas y con discusiones ampliadas e interdisciplinarias.

Algunos aspectos fueron, ciertamente, determinantes para la implementación de la propuesta, entre los cuales citamos los siguientes:

- Apoyo institucional para propuestas educativas innovadoras y contratación de un cuadro docente interdisciplinario, que facilitaron los trámites necesarios para la apertura de las titulaciones y el inicio de las actividades académicas.

- Creación de secretarías académicas integradas, en lugar de secretarías específicas para cada grado. El Campus Ceilândia cuenta con dos secretarías de grado (una de apoyo a las demandas discentes y docentes, y otra de apoyo a los coordinadores de las titulaciones) y con una de posgrado.
- Laboratorios multidisciplinarios, sin uso exclusivo por titulación, pero disponibles para el abordaje de contenidos relevantes para la formación de los diferentes profesionales.
- No hay departamentos en la facultad. Las decisiones se toman en las instancias colegiadas deliberativas y todos los procesos, de cualquier orden y naturaleza, son tramitados en un sistema electrónico de acceso a todos los servidores.

Los aspectos señalados parecen medidas estratégicas, no curriculares, capaces de contribuir a la deconstrucción de una cultura de atención administrativa segregada y de toma de decisiones por titulación, lo que ha favorecido la posibilidad de convivencia entre docentes, estudiantes y servidores técnicos y administrativos, independientemente de sus vinculaciones a las titulaciones o de sus profesiones.

Estructura curricular; bases teórico-conceptuales y metodológicas de la propuesta

Desde el punto de vista de la estructuración curricular, la FCE de la UnB optó por un diseño modular:

- **Módulo Modo de vida**, en el cual hay predominio de contenidos y enfoques orientados a la aproximación de los estudiantes al proceso de trabajo como producción y reproducción de la sociedad a nivel local, regional y general; a las relaciones sociales que les son características, y al campo de saberes y prácticas en salud que les son inherentes.
- **Módulo Sistemas biológicos**, en el que se da prioridad a contenidos y enfoques orientados a la comprensión de los sistemas biológicos implicados en el proceso salud-enfermedad.
- **Módulo Especificidades del hacer profesional**, en el cual se enfatizan aquellos aspectos, contenidos y enfoques orientados a la calificación de la acción de los estudiantes en las cuestiones directamente implicadas en la práctica de estructuración, organización y gestión de la atención en salud y en la consolidación del SUS.
- **Módulo Escenarios de prácticas**, en el cual se abordan contenidos y se promueven vivencias que contribuyen al ejercicio, la reflexión y la proposición de prácticas de profesionales tanto de asistencia como de atención y gestión del cuidado.

Tales módulos fueron pensados para ofrecer caminos de aprendizaje y recorridos distintos en función del perfil generalista que se pretendía. Como las DCN de las titulaciones que se creaban habían sido publicadas en 2001 y 2002 —con

excepción de las directrices del grado en Salud Colectiva, cuya aprobación se dio en el año de 2016— tales caminos pretendían favorecer la aproximación de los estudiantes a contenidos formativos considerados relevantes para las distintas profesiones, de forma que la instrumentalización para la práctica profesional en salud antecedía a la instrumentalización específica para la acción de cada una de las profesiones.

Como los proyectos pedagógicos de las titulaciones fueron creados conjuntamente, y discutidos de forma amplia y colegiada, comparten principios orientadores comunes:

- Intencionalidad de la educación.
- Dimensión ampliada de la salud.
- Construcción social del proceso salud-enfermedad.
- Complejidad de la atención a la salud.
- Singularidad del cuidado humano.
- Articulación aprendizaje-desarrollo humano.

Tales principios tienen relación estrecha con la necesidad de recalificación del perfil de los profesionales de la salud en Brasil, que fue señalada tanto por los diferentes programas de reorientación de la formación en salud promovidos por los Ministerios de Salud y Educación como por las DCN de las titulaciones del área de Ciencias de la Salud.

Programas y directrices se constituyeron como elementos facilitadores de la implantación de experiencias formativas interprofesionales, pues contribuyeron a la creación del ambiente institucional necesario para la llegada de diseños curriculares interprofesionales. En las DCN, por ejemplo, son puntos comunes la referencia al trabajo en equipos multiprofesionales y las competencias generales relacionadas con la toma de decisiones, la comunicación, el liderazgo, la administración y la gestión, y la formación continua (fig. 12-1).

Por tanto, las habilidades técnicas requeridas en las diferentes profesiones pasan a ser consideradas otras, más ligadas a las propias competencias colaborativas.

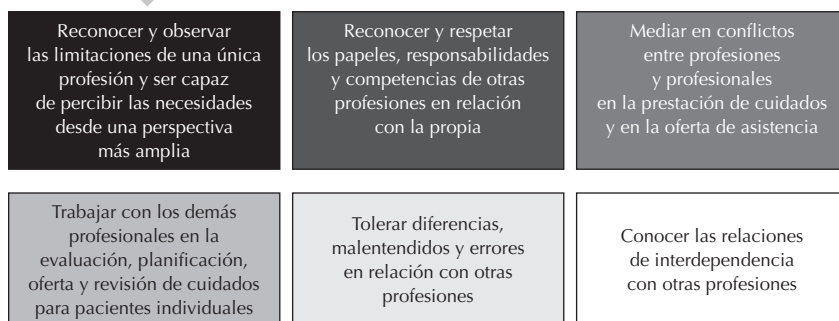


FIGURA 12-1 Competencias y habilidades colaborativas en el trabajo en salud.

Sin embargo, cuando se discute la práctica colaborativa se ha descuidado, en mayor o menor medida, la presencia de conflictos y de tensiones en las relaciones y en el trabajo cotidiano, lo que puede constituir una barrera importante para el desarrollo de la competencia colaborativa relacionada con el dominio y conocimiento de los papeles profesionales. Hay una jerarquía entre las profesiones, construida socialmente, que puede implicar la devaluación de ciertas profesiones en favor de otras y robustecer asimetrías entre las profesiones en cuanto a la disposición de cada una para la colaboración esperada.

En el caso específico de la FCE, los seminarios integrativos (SI) han favorecido la incorporación en el currículo de un espacio académico potencial para la renovación, actualización, variación y actualización de cuestiones, enfoques y contenidos relevantes para la formación. Los SI, a efectos de su integración, se traducen en asignaturas de dos créditos curriculares obligatorios u optativos, en función de cómo se hayan adoptado en los proyectos pedagógicos de las titulaciones, que reúnen semestralmente un promedio de 1.500 estudiantes. Tienen una duración de 30 h, y buscan sistematizar y agregar contenidos trabajados o desarrollados durante el semestre y, de forma complementaria a lo largo del período académico, a partir de cuestiones generadoras presentadas al conjunto de las titulaciones por una comisión. La conducción de los SI está a cargo de una comisión compuesta por unos 12 docentes, necesariamente de todas las titulaciones, que asume la responsabilidad de establecer los términos de ejecución de la edición correspondiente. Al tener la responsabilidad de introducir temáticas complejas, capaces de producir inquietud o extrañeza, o de llevar al análisis profundo de cuestiones especialmente relevantes para la formación en salud, los SI terminan por provocar enfoques diferenciados.

Durante la realización de los SI se suspenden las demás actividades académicas para que haya tiempo y se centren en la presentación de los resultados alcanzados.

Los SI, como actividades formativas, pueden contribuir a la búsqueda de respuestas a las preguntas que surgen en cada intento de evaluación y planificación de las actividades interprofesionales (fig. 12-2).

Si se tienen en cuenta los ámbitos esenciales para la práctica interprofesional colaborativa encontrados en la literatura del Canadian Interprofessional Health Collaborative¹⁶ es posible relacionar su desarrollo con cada uno de los módulos de las diferentes titulaciones:

- Dominio 1. Comunicación interprofesional: Modo de vida.
- Dominio 2. Cuidado centrado en el paciente, la familia y la comunidad: Sistemas biológicos.
- Dominio 3. Clarificación de papeles profesionales: Escenarios de prácticas.
- Dominio 4. Dinámica de funcionamiento del equipo: Especificidades del hacer profesional.
- Dominio 5. Resolución de conflictos interprofesionales: SI.
- Dominio 6. Liderazgo colaborativo: Modos de vida.

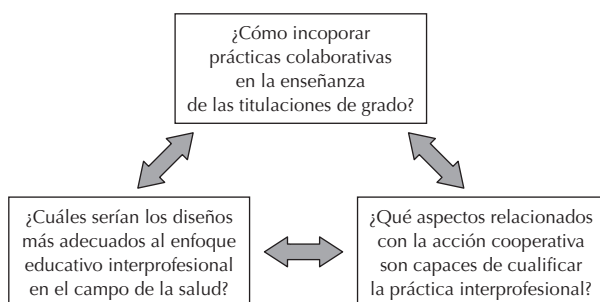


FIGURA 12-2 Cuestiones generadoras del diseño curricular del área de Ciencias de la Salud para la inserción de la educación interprofesional.

Un desafío importante es el desarrollo de estrategias de seguimiento de las competencias colaborativas. La verificación del aumento de metas compartidas por los equipos, la constatación del impacto de vivencias proporcionadas por la EIP en el trabajo cotidiano en salud, la comprobación de cambios de conductas o prácticas efectivos, así como la medida del aumento de la conciencia de los diferentes profesionales acerca de la interdependencia de una actuación con relación a otras en el mismo equipo, que requiere conocimiento mutuo, siguen demandando la creación de instrumentos de evaluación y medidas auxiliares propios.

Entre los desdoblamientos o potencialidades de este modelo de formación, sobre la base de la experiencia de la FCE, es posible señalar las posibilidades y la riqueza de la creación de prácticas interprofesionales, lo que demandaría nuevos acuerdos institucionales y, sobre todo, la cualificación de los profesionales de los servicios responsables de la formación de estos estudiantes.

Además, es fundamental que se logre establecer experiencias —en los espacios institucionales de los servicios de salud— supervisadas por profesionales con formaciones diferentes de las de los estudiantes para que estas se amplíen más allá de las posibilidades creadas por los currículos, y que también exista la posibilidad de que se produzca esta articulación mediante el establecimiento de un pacto enseñanza-servicio renovado.

Barreras y facilitadores de la educación interprofesional en salud en la Facultad de Ceilândia de la Universidad de Brasilia

Aunque no sea específica o exclusiva de la realidad de la FCE, una barrera importante ha sido la falta de formación docente para la conducción de procesos formativos interprofesionales. A pesar de la excelencia del cuadro docente de la FCE, que reúne a profesores con dedicación exclusiva, con contratos de 40 h semanales, con reconocidas y vastas producciones científicas en diferentes áreas del conocimiento, en general, estos profesionales no fueron seleccionados por criterios relacionados con la familiaridad o dominio de la EIP. En la mayoría de los casos, los docentes poseen una sólida formación uniprofesional, con una amplia trayectoria

en investigaciones no relacionadas con el diseño curricular, las metodologías de enseñanza o los enfoques del aprendizaje basado en problemas.

De la misma forma, los profesionales de la salud encargados de la formación de los estudiantes tampoco tuvieron oportunidades de actualización o perfeccionamiento profesional con contenidos o vivencias relacionadas con la EIP.

Además, la construcción o adaptación de instrumentos de evaluación adecuados parece no recibir la atención necesaria para su desarrollo. Muchos de los resultados supuestamente positivos carecen de comprobación y no siempre son captables por los instrumentos disponibles.

Actualmente, se dispone de un cuadro formado por docentes y estudiantes que comporta el perfeccionamiento de la experiencia en curso y de una estructura que favorece su continuidad, siempre que se hayan hecho nuevos esfuerzos necesarios para su perfeccionamiento.

Superar las asimetrías de estatus y de poder entre las profesiones, reafirmadas por normas y regulaciones de las diferentes categorías profesionales, se impone como algo fundamental.

Consideraciones finales

La Facultad de Ceilândia cumplirá 10 años en 2018. A pesar de los desafíos a los que se han enfrentado en su implementación, cuatro de sus seis titulaciones recibieron la nota máxima (5) en la evaluación de los estudios superiores realizada por el Ministerio de Educación de Brasil, y dos de ellos recibieron una nota de 4, lo que significa que la incorporación de elementos de la educación y las prácticas interprofesionales no debilitó la excelencia de las titulaciones tradicionales y consolidadas en el área de Ciencias de la Salud y ni siquiera comprometió la que en Brasil es una titulación reciente, el grado en Salud Colectiva, que tiene en el Campus Ceilândia uno de los pioneros en el país.

Actualmente, hay necesidad de buscar mecanismos de intercambio de experiencias en marcha, en Brasil y en el exterior, buscando compartir normativas y orientaciones que puedan ser aplicables a otras realidades institucionales y que supongan un avance en la constitución de identidades profesionales en las que los valores compartidos no sean simplemente sustitutos de aquellos específicos de cada profesión, sino que se impongan como más adecuados a la creación de una cultura que lleve a nuevos modos de actuar y a la visión del hombre y el mundo desde una perspectiva más integral.

FORMACIÓN EN SALUD: LA EXPERIENCIA DEL CAMPUS BAIXADA SANTISTA DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO PAULO

Antecedentes

El Campus Baixada Santista fue el primer campus del proceso de expansión de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), que en 2004 firmó un conve-

nio con la Prefeitura Municipal de Santos (PMS). La presencia de la universidad pública se constituyó por la demanda histórica de la región de la Baixada Santista,^{11,17} compuesta por nueve municipios: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe y Guarujá, con una delimitación territorial de 2.373 km² y, aproximadamente, 1.600.000 habitantes.

Las primeras titulaciones, implantadas en 2006, se vincularon al área de Ciencias de la Salud: Educación Física, Fisioterapia, Nutrición, Psicología y Terapia Ocupacional. En 2009, se implantó la titulación de Servicio Social.

La implantación y consolidación del Campus Baixada Santista de la UNIFESP emergen de la organización de la sociedad de la región, de la lucha coordinada de diversos sectores y de diferentes instancias ejecutivas y legislativas. Es importante destacar, además, que las políticas de expansión de la educación superior pública desarrolladas en el país a partir de 2003, con el gobierno del presidente Luiz Inácio Lula da Silva, son anclas fundamentales de todo el proceso de ampliación y democratización del acceso y permanencia de jóvenes y adultos en la universidad pública brasileña.^{18,19}

Estructura curricular; bases teórico-conceptuales y metodológicas de la propuesta

Las seis titulaciones de Ciencias de la Salud del Campus Baixada Santista fueron elaborados a partir de un proyecto pedagógico innovador, fundamentado en la EIP y en la perspectiva de la formación profesional pautada en el desarrollo de competencias para la integralidad del cuidado, en consonancia con las DCN del SUS y haciendo justicia al papel histórico que la ciudad de Santos tiene en la lucha por la reforma psiquiátrica y por la construcción de la salud para todos y con todos en Brasil.

La misión del campus¹¹ es traer a la región metropolitana de la Baixada Santista una universidad pública, de excelencia y socialmente referenciada, que pueda agregar procesos educativos basados en dimensiones humanísticas, científicas y socioambientales. Además, se proyecta contribuir a una visión ampliada, interprofesional e interdisciplinaria del proceso salud-enfermedad, centrándose en las singularidades del individuo y considerando sus interrelaciones sociales, históricas y culturales en la determinación del daño a su salud.

Para la misión anteriormente indicada, el campus se basa en los siguientes principios pedagógicos: enseñanza indisoluble del proceso de investigación y de extensión, práctica profesional como eje orientador del proyecto pedagógico, interprofesionalidad, interdisciplinaria, integración con la comunidad, postura activa del estudiante en la construcción del conocimiento, postura mediadora del docente en el proceso enseñanza-aprendizaje, aprendizaje colaborativo, evaluación formativa, movilidad académica, internacionalización y desarrollo docente.

Se asume la formación como proceso que se mueve en direcciones múltiples, conociendo los conflictos, pero también produciendo las posibilidades de nego-

ciación, de atribución de significados y de compromiso común con la integralidad de la asistencia. En este contexto, estudiantes y profesores se van formando durante el curso de la vida académica, con sus itinerarios reconstruidos en sus interacciones con la asistencia y con la comunidad.²⁰

Lidiar dialécticamente con este proceso formativo permitió construir nuevas formas de acercarse a la formación, invirtiendo en situaciones de aprendizaje que permiten a los sujetos (estudiantes, profesores, profesionales de la salud, usuarios) conectarse con sus propias biografías (personales y profesionales) a partir de la discusión, la escucha ente iguales y la construcción de nuevas posibilidades de conocimiento (redes de colaboración).

Se entiende que la EIP, como creadora de espacios para la práctica colaborativa, favorece que los educadores entiendan la importancia de agrupar a estudiantes de varias disciplinas para aprender sobre los demás, con los demás y entre sí; que los profesionales de la salud actúen juntos para garantizar que los pacientes y la comunidad reciban el mejor tratamiento, de la manera más eficiente posible; que gestores y formuladores de políticas puedan trabajar a favor de condiciones institucionales que faciliten la colaboración, y, principalmente, que la comunidad se reconozca como sujeto partícipe del cuidado, confiando en que los profesionales de la salud están trabajando juntos para ofrecer el mejor servicio posible.^{4,21,22}

Asumir la EIP como un abordaje que direcciona la formación implicó el desarrollo de una propuesta curricular interdisciplinaria e interprofesional, rompiendo con estructura tradicional centrada en las disciplinas y en la formación específica de determinado perfil profesional. Así, todas las titulaciones del área de Ciencias de la Salud del Campus Baixada Santista tienen un diseño curricular dirigido por cuatro ejes de formación que impregnan todos los años de duración de las graduaciones (fig. 12-3). En cada uno de los ejes, distintos módulos aglutinan áreas temáticas afines que constituyen la propuesta curricular.

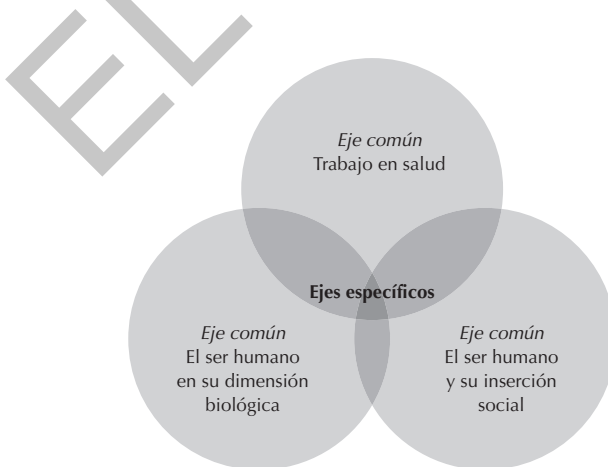


FIGURA 12-3 Esquema del diseño curricular de formación interprofesional de las titulaciones de Ciencias de la Salud del Campus Baixada Santista.

El diseño curricular fue concebido a partir de ejes comunes y ejes específicos de cada profesión, grupos mixtos y módulos como contexto de aprendizaje e integralidad del cuidado. El currículo propone iniciar la formación de un trabajo común entre las distintas titulaciones, busca la unión entre las profesiones y la interacción frente a las situaciones de cuidado complejas.²³

El eje común **El ser humano en su dimensión biológica** está constituido por dos núcleos: un núcleo común de conocimientos necesarios para cinco de las titulaciones propuestas (el conocimiento biológico necesario para un profesional para la actuación en el área de la salud) y un núcleo específico de profundización a partir de las necesidades de cada titulación. Este eje instruye a los estudiantes acerca de los temas biológicos, de forma integrada y con una complejidad creciente.

El eje común **El ser humano y su inserción social** tiene como puntos de partida la comprensión de la formación en salud como un proceso de prácticas sociales, impregnado por las concepciones de salud y enfermedad, por los condicionantes históricos y por los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, abarcando diferentes dimensiones de la producción de la vida humana en el campo de las ciencias sociales y humanas en salud.

El eje común **Trabajo en salud** posibilita al estudiante la comprensión de las múltiples dimensiones involucradas en el proceso salud-enfermedad y de producción de cuidado; el conocimiento y comprensión de la realidad de la salud y del sistema de salud vigente en Brasil; la vivencia y convivencia entre las diversas profesiones y prácticas de salud; la comprensión del proceso de trabajo en salud, y la producción del cuidado en salud. En este eje fueron elegidos como estructurales conceptos como el trabajo profesional, el cuidado integral y el trabajo en equipo en la trayectoria formativa.²⁴

En el primer año de carrera, se discute el tema de la salud como proceso, así como las concepciones y prácticas relacionadas. En el segundo, el proceso salud-enfermedad, las políticas públicas de salud y el estilo de vida ganan importancia. En el tercer año, el potencial de la clínica integrada es elegido como conductor del proceso enseñanza-aprendizaje, con la actuación de los estudiantes en grupos interprofesionales en el contexto de familias. Finalmente, en el cuarto y el quinto años, la propuesta es la discusión de la clínica integrada en reuniones quincenales, dando contornos más interprofesionales en las actividades prácticas.

Los tres ejes comunes se articulan con los seis ejes específicos por medio de actividades de formación y aprendizaje en una búsqueda permanente de articulación de la práctica con la teoría de forma dialógica.

El detalle de los ejes específicos (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Educación Física, Nutrición, Psicología y Servicio Social) sigue las especificidades de cada una de las áreas, de acuerdo con la legislación vigente, en consonancia con las DCN para las respectivas titulaciones. Estos ejes se desarrollan desde el inicio de la carrera, de manera progresiva y respetando la autonomía del alumno, abordando las cuestiones específicas de cada una de estas seis disciplinas.

Para alcanzar estos objetivos, los cursos se imparten en todo el municipio de Santos, además de en los municipios de São Vicente, Itanhaém, Cubatão, Guarujá y Praia Grande. Se invirtió también en el trabajo articulado entre docentes de diferentes disciplinas y trabajadores de la salud, actuando juntos y produciendo formación en el diálogo con los estudiantes, la comunidad y los gestores, así como con las políticas públicas.

En este contexto político-pedagógico, se busca articular la cultura de la integración en todos los momentos para asumir y reconocer la importancia del encuentro entre los estudiantes de diferentes profesiones: el poder del encuentro, del intercambio de saberes, del aprendizaje compartido, del trabajo en el equipo siendo aprendido en la práctica.²⁴

La dinámica de los ejes comunes que involucra el trabajo formativo a partir de clases mixtas o híbridas (estudiantes de todas las titulaciones aprendiendo juntos) configura un importante delineamiento para el aprendizaje de la interprofesionalidad: al compartir espacios conjuntos de estudio y discusión teórica, clases prácticas en laboratorios y prácticas sobre el terreno, los estudiantes aprenden con el otro sobre la producción común del cuidado, así como sobre el propio quehacer profesional.

La trayectoria de los aprendizajes interprofesionales en el campus está marcada desde su inicio, con la semana de integración de los *calouros* (los estudiantes de primer año). En esta semana, se realizan actividades diseñadas por docentes y técnicos de los diferentes ejes y por estudiantes veteranos de todas las titulaciones. Las actividades apuntan a acoger a los jóvenes de modo integrador, presentando las estructuras físicas, administrativas y académicas del campus y de las titulaciones y, principalmente, iniciando las vivencias interprofesionales. Esta estrategia ha permitido que los estudiantes, desde el primer día de ingreso en la universidad, realicen actividades en equipos interprofesionales e inicien el ejercicio de la escuela, del cambio y de la construcción colectiva.

Barreras y facilitadores de la educación interprofesional en el Campus Baixada Santista de la UNIFESP

En el marco de los procesos de formación desarrollados en las titulaciones de las diferentes disciplinas del área de Ciencias de la Salud, se reconoce que los estos se enfrentan a desafíos importantes: fragmentación de la enseñanza, dicotomías en el proyecto pedagógico (básico-clínico, enseñanza-servicio, clínico-epidemiológico, salud-enfermedad), aspectos biológicos centrales y hospitalocentrismo en la formación, desplazamiento del alumno a la posición de sujeto que recibe pasivamente la información, centralidad del proceso pedagógico en el profesor como transmisor de información, significativa fragilidad en el proceso de profesionalización docente y desvinculación de los currículos en relación con las necesidades de la comunidad, entre otros.^{25,26}

En este contexto, la implementación de una propuesta formativa fundada en la EIP se impone por el hecho de que la formación de los profesionales de la salud

en Brasil, a lo largo del tiempo, se ha basado en saberes cada vez más especializados, distantes de un conocimiento compartido colectivamente, y que ha acabado por constituir una restricción disciplinaria con conocimientos arraigados y extremadamente limitados. Se ha concentrado en competencias y habilidades exclusivas para cada espacio de producción de cuidado, exigiendo nuevos modos de formación y aprendizaje en salud.²⁷⁻²⁹

Sin embargo, el énfasis en la creación de redes entre las actividades de enseñanza, investigación y extensión en todo el itinerario del estudiante está entre los facilitadores de la EIP en el campus. En este sentido, se definió por un período protegido de 4 h, durante el cual no se desarrollan actividades de unidades curriculares (situaciones de «clases») y que se invierte en el desarrollo de proyectos colaborativos, integrando también profesores y técnicos en un conjunto de acciones extensivas e investigativas.

Los proyectos vinculados a la Universidad de la Tercera Edad (UATI) han fomentado el aprendizaje interprofesional a partir de la experiencia intergeneracional: universitarios, profesores y estudiantes de la UATI conviven, comparten conocimientos múltiples y producen nuevas comprensiones sobre los objetos de estudio.

En relación con los aspectos de las actividades extracurriculares (de extensión) y la relación con la interprofesionalidad, se sitúan, además, los proyectos relativos al Centro Colaborador de Alimentación y Nutrición Escolar (CECANE) y al Centro de Referencia en Derechos Humanos: la interacción con la comunidad, con los movimientos sociales organizados y con las políticas públicas favorece el reconocimiento de la interprofesionalidad como camino poderoso para la producción de un cuidado integral. Además, se produce el encuentro con las artes (a través de la celebración anual de UNIFESTA, evento artístico producido por toda la comunidad académica, con expresiones musicales, plásticas y dramáticas) y con los deportes (a través del Torneo Interprofesional de la Baixada Santista [TIBS]).

Estas acciones, imbricadas con las de enseñanza, se anclan en las perspectivas de la integración enseñanza-servicios y comunidad. Se trata de una marca interprofesional del proyecto: aprender juntos en los espacios de los servicios de salud, aprendiendo con el compañero, con el profesor, con el profesional de salud y con el usuario.²⁴

En este ámbito, es importante resaltar que la inserción del Campus Baixada Santista en las políticas inductoras del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación favoreció y fomentó (y fomenta) las discusiones y la implementación de nuevas acciones para la formación de los profesionales de la salud. Entre estas políticas destacan el Pro-Salud, el PET-Salud, la Residencia Multiprofesional en Salud y la Maestría Profesional en Enseñanza en Salud.

La situación de la formación en el campus ha sido trabajada intensamente en la producción de las narrativas: al posibilitar el encuentro, la escucha sensible, la visión ampliada y los movimientos de desplazamientos, la producción de las narrativas con dos o tres estudiantes de diferentes titulaciones ha ampliado y creado espacios inventivos de producción del cuidado interprofesional en salud.^{24,30,31}

Los efectos de la interprofesionalidad no se dan solamente en el itinerario de los estudiantes, sino que también abarcan a los docentes: desde la selección y contratación del primer grupo de profesores, se instauraron momentos de estudio y discusión compartida, y se invirtió en espacios de planificación educativa más inclusivos y participativos, para compartir las certezas y las propuestas de los grupos de docentes. Así, con 10 años de implantación del Proyecto Pedagógico del Campus Baixada Santista, se desarrolló en los años 2014 y 2015 un proceso de revisión curricular por medio de talleres y sesiones plenarias, en el que se reafirmaron los principios asumidos desde su creación, realizando un trabajo interprofesional para consolidar la EIP en la formación en salud.

La implementación de un proyecto pedagógico en una propuesta innovadora exigió la elaboración de diversas estrategias, movimientos permanentes de evaluación y recreación de los caminos recorridos y las opciones pedagógicas y formativas.

Durante la implementación, con los cursos avanzando y el ingreso anual de nuevas clases y nuevos docentes, y con las crecientes demandas para la planificación de actividades con la comunidad desde el primer año de carrera, así como en los años siguientes y en la etapa profesional, y para la creación de espacios y proyectos de investigación y extensión, hubo necesidad de pensar diferentes estrategias para atender la ampliación de atribuciones y actividades en el campus, con el objetivo de continuar dicha expansión con calidad y excelencia académica.

En este contexto político-pedagógico, se busca articular la cultura de la integración y del encuentro entre los estudiantes de diferentes disciplinas de la universidad cediendo espacios sociales, además de mediante investigaciones sobre el proyecto pedagógico, apoyando, ampliando y amplificando las reflexiones y propuestas innovadoras. Los aprendizajes se muestran robustos y la EIP se concreta como propuesta formativa para una vida académica implicada con la producción común y singular de ejes y módulos con un proceso de discusión y evaluación permanente.

El primer estudio que asumió el proyecto pedagógico del campus como objeto central fue La educación interprofesional en la graduación en salud: preparando profesionales para el trabajo en equipo y para la integralidad en el cuidado (CNPQ/Procedimiento 409389/2006-4), que incluyó a investigadores y a los profesores del campus, actuando en los diferentes ejes específicos y comunes, y cuyo objetivo era investigar, acompañar y perfeccionar esta propuesta de formación profesional para el trabajo en equipo desde la perspectiva de la integralidad en el cuidado, usando principios de EIP.

Con una investigación desarrollada en el ámbito del estudio de casos, se utilizaron las técnicas de producción de datos cualitativos y también un abordaje cuantitativo del rendimiento de los alumnos a través de la prueba de progreso, realizada periódicamente en esta fase de recolección de datos, para construir una curva de crecimiento cognitivo de los alumnos en relación con el desarrollo de competencia para la integralidad en el cuidado y el trabajo en equipo.

El análisis de los datos producidos permitió comprender la potencia de los espacios interprofesionales, que desplazan los lugares previsibles de la división disciplinaria y, con ello, promueven expectativas, creencias y valores que presiden las acciones de los estudiantes, los profesores, los profesionales de los servicios y los gestores.

Un segundo estudio, *La interdisciplinariedad como principio formativo en la graduación en salud: de los planes a las concepciones docentes* (CNPQ-Proceso N.º 401539/2006-7), asumió como objetivo analizar la interdisciplinariedad como principio formativo en una propuesta innovadora en las titulaciones en salud, analizando sus potencialidades, desafíos y perspectivas en la enseñanza superior en salud.

La metodología incluyó:

- Estudio documental del proyecto pedagógico del Campus Baixada Santista de la UNIFESP y de los proyectos pedagógicos de las titulaciones de Educación Física, Nutrición, Fisioterapia, Psicología y Terapia Ocupacional.
- Entrevistas semiestructuradas con profesores que actúan en las referidas titulaciones y que iniciaron sus docencias en el campus en los años 2006 y 2007.

Los procesos de análisis de datos permiten afirmar como sentido principal la integración de disciplinas y la interacción de profesionales de diferentes áreas en proyectos comunes. Las dificultades relatadas abarcan la resistencia de los profesionales, una formación aún centrada en la fragmentación de los contenidos, la ausencia de trabajo en equipo y la dificultad de construir interacciones más articuladas. En el marco de las ventajas hay una convergencia en torno a las ganancias que la formación en salud puede obtener de las prácticas interdisciplinares: aprendizaje significativo y producción de un cuidado interprofesional en salud.

El estudio *Análisis de un proyecto de educación interprofesional en la formación en salud: visión de los egresos* asumió el abordaje cuantitativo para evaluar la formación para la integralidad en el cuidado a partir de los egresados de los grados de Educación Física, Fisioterapia, Nutrición y Terapia Ocupacional. Estos respondieron al cuestionario RIPLS para la evaluación de actitudes y prontitud para tres factores: trabajo de equipo y colaboración, identidad profesional y atención centrada en el paciente. Los resultados señalan el desarrollo de competencias esenciales para las profesiones de la salud: resolución de problemas, toma de decisiones, liderazgo, confianza y respeto mutuo, comunicación con pacientes y otros profesionales, comprensión de la naturaleza de los problemas y entendimiento de los casos clínicos desde la perspectiva del paciente. El 84% de los egresados se mostraron satisfechos con la formación recibida y aportaron contribuciones para el análisis de la formación en salud desde la perspectiva de la EIP.²⁷

Se desarrollaron también estudios que se centraron en la propuesta del Campus Baixada Santista desde el punto de vista de los estudiantes y los docentes de las titulaciones de Fisioterapia, Nutrición y Psicología, además de en el

análisis de la fuerza de la actividad de práctica curricular, como el rotatorio, desarrollada desde la perspectiva interprofesional.^{28,29}

CONCLUSIONES

Brasil es un país de dimensiones continentales, con diversas experiencias y con gran capacidad de lucha por un sistema de salud alineado con los principios de la integralidad, la universalidad y la equidad. Muchas experiencias exitosas en el proceso de fortalecimiento y consolidación del SUS tienen lugar en todo el país, muchas veces sin la consecuente visibilidad de los esfuerzos y compromisos asumidos para lograr un país mejor.

Esta ponderación es necesaria para resaltar que muchas otras iniciativas pueden estar implementándose en Brasil, pero que, por tratarse de un tema relativamente nuevo, aún no ha habido tiempo suficiente para conocerlas y describirlas. La realidad de Ceilândia y Santos es una pequeña muestra dentro de un país enorme, pero son ejemplos muy exitosos y pueden servir de inspiración para otras realidades brasileñas y en otros países.

Presentar estas dos realidades es también posibilitar un mayor diálogo con el contexto nacional e internacional, en la búsqueda de fortalecer la idea de colaboración en red, con el objetivo de estimular un proceso permanente y sistemático de reflexión de estas y de otras realidades. Es posible afirmar que esas dos experiencias representan muy bien los esfuerzos de fortalecimiento y consolidación de esa discusión en el escenario brasileño. Pero es también precoz afirmar que ese debate tiene esa fuerza y robustez en todo el país.

Es necesario reconocer que las experiencias de Ceilândia y Santos representan un momento histórico en Brasil de ampliación de las plazas en la enseñanza superior pública federal, que nace con el deseo de adoptar nuevas perspectivas de formación y con mayor libertad para innovar. Estas realidades han encontrado apoyo de las políticas públicas, financiamiento, apoyo institucional e implicación de la sociedad. Se trata de una circunstancia de gran relevancia para el éxito que han supuesto.

Sin embargo, las dos experiencias comparten un aspecto común: la ausencia del grado en Medicina. La idea no es afirmar que el éxito de esas experiencias se da por la ausencia de esta disciplina entre las titulaciones ofrecidas, pero abre espacio para la reflexión de la necesidad de conocer la importancia de implicar esa categoría, que históricamente aparece como centro del modelo de atención a la salud-cultura que muchas veces se consolida como gran barrera para las relaciones interpersonales e interprofesionales. Es muy cierto que otras iniciativas incluyen la Medicina en las acciones de EIP, lo que apunta a la importancia de establecer un movimiento de mapeo sistemático de esa iniciativa para obtener el escenario actual, así como de identificar estrategias para el futuro en lo que se refiere al fortalecimiento de la EIP.

Por tanto, es cada vez más importante pensar en una red colaborativa donde las instituciones de enseñanza superior puedan dialogar, compartir dudas y cons-

truir juntas procesos de cambio para la adopción de la EIP. Es cierto que no se trata de una tarea simple, considerando el escenario de fuerte interferencia de los intereses de mercado en el proyecto político de un país donde la educación y la salud de calidad deben ser reconocidas como derechos de todos.

Este contexto hace aún más desafiante el proceso de adopción y fortalecimiento de la EIP como agenda estratégica para que en el futuro Brasil pueda tener profesionales de la salud más aptos para el trabajo en equipo efectivo a través de las prácticas interprofesionales colaborativas. En este sentido, la EIP se inserta en los muchos esfuerzos para la reorientación del modelo de formación y de atención a la salud, sin perder de vista la lucha y el compromiso históricos con la reforma sanitaria brasileña y con la debida claridad de los desafíos impuestos por la cultura de formación uniprofesional.

Además, los desafíos de superación de los límites relativos a las condiciones de trabajo y formación interprofesionales exigen una atención mayor, sea con la gestión (inversión en espacios colegiados y participativos), sea con el aprendizaje sobre metodologías activas y evaluación formativa y transformadora, o incluso, con los procesos de integración enseñanza-servicio-comunidad y las políticas públicas. En medio de diferentes construcciones, modos de acción y multiplicidad de *habitus**, se comprende la importancia de la EIP en la formación en salud, reconociendo avances y superaciones, y ampliando concepciones y prácticas.³²

Parafraseando y adecuando el pensamiento de Queiroz y Salum³³ —actual y necesario en los tiempos que corren— ese es el compromiso de lucha de un país grande, fuerte y que tiene como horizonte un modelo de país nuevo, una educación nueva y una salud nueva. La EIP es más una bandera de lucha que se suma a otras también importantes y comprometidas con un futuro más justo para todos los brasileños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palm J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-1797.
2. Costa MVD. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):197-198.
3. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):199-201.
4. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization. Department of Human Resources for Health; 2010.
5. Forte FDS, Morais HDGF, Rodrigues SAG, Santos JDS, Oliveira PFDA, Morais MDST, et al. Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. *Interface (Botucatu)*. 2017;20(58):787-796.

*El sociólogo Pierre Bourdieu presenta el concepto de *habitus* como un producto de la historia, un sistema de disposiciones duraderas, transferibles y estructuradas predisuestas a funcionar como el estructurante que orienta las acciones individuales y colectivas, y que trabaja junto con las probabilidades y posibilidades de acción.

6. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):905-916.
7. da Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(Esp2):15-23.
8. Freire Filho JR, da Costa M, Forster AC, Reeves S. New National Curricula Guidelines That Support the Use of Interprofessional Education in the Brazilian Context: An Analysis of Key Documents. *J Interprof Care*. 2017;31(6):754-760.
9. Watts J. Brazil's health system woes worsen in economic crisis. *Lancet*. 2016;387(10028):1603-4.
10. 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):656-668.
11. Brasil. Congresso Nacional. Emenda 11060009. Comissão Mista de Planos, Orçamentos e Fiscalização/Emendas à Ldo 2005 – dentro do Programa Universidade do Século XXI.
12. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):586-593.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.
15. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*. 2004;14(1):p.41-65.
16. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Columbia:2010.
17. Universidade Federal de São Paulo. Plano de Desenvolvimento Institucional 2016-2020. São Paulo, 2016. Disponível em: www.unifesp.br (recuperado el 20-09-2017).
18. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior (SESU). A democratização e expansão da educação superior no país – 2003/2014. Brasília, dez/2014.
19. Gentil VK, Lacerda MPC. Expansão do ensino superior do sistema federal brasileiro no período 2003-2006. *RBPAAE*. 2016;32(3):829-849.
20. Batista SHSS, Rossit RA. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. En: Batista NA, Batista SHSS, eds. *Docência em saúde: temas e experiências*. 2.ª ed. São Paulo: SENAC; 2014. p. 51-68.
21. Peduzzi M, Norman JJ, Germani AC, da Silva JAM, de Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm*. 2013; 47(4):977-985.
22. Morgan S, Pullons, Mckinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-1230.
23. Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. Projeto Pedagógico do Campus Baixada Santista. Santos, 2016. Disponível em: www.unifesp.br (recuperado el 20-09-2017).
24. Capozzolo AA, Casetto SJ, de Oliveira Henz A, eds. *Clinica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
25. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
26. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. *Educação Médica no Brasil*. São Paulo: Cortez; 2015.
27. Rossit RA, Batista SHSS, Batista NA. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*. 2014;3: 55-64.

28. Souto TS, Batista SHSS, Batista NA. A Educação Interprofissional na Formação em Psicologia: olhares de estudantes. *Psicologia: Ciência e Profissão* (Impresso). 2014;44:32-45.
29. Santos GM, Batista SHSS. Monitoria acadêmica na formação em/para a saúde: desafios e possibilidades no âmbito de um currículo interprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences* 2015;40:203-207.
30. Jurdi APS, Nicolau SM, Figueiredo LDRU, Rossit RAS, Maximino VS, Borba PLO. Revisitar processos: revisão da matriz curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo. *Interface* (Botucatu). 2017 [online].
31. Oliveira CM, Uchoa LF, Batista SHSS, Batista NA. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface* (Botucatu). 2016;20:1005-1014.
32. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface* (Botucatu). 2016;20:202-204.
33. Queiroz VMD, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. São Paulo: 48.º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996.

ELSEVIER

ELSEVIER