

PET INTERPROFISSIONAL – USP/USC

1. Informações dos proponentes

1.1. Secretaria de Saúde proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Bauru/Estado de São Paulo.

1.2. Instituição de Educação Superior proponente

Universidade de São Paulo/Faculdade de Odontologia de Bauru

2. Identificação do coordenador do projeto

2.1. Coordenador do projeto: Gerson Alves Pereira Júnior

2.2. CPF do coordenador: 098210868-02

2.3. Função/cargo do coordenador do projeto

Prof. Dr. do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru

2.4. Email do coordenador:

gersonapj@gmail.com

2.5. Telefone do coordenador (fixo e celular):

(14) 3226-6511

(16) 99961-4795

2.6. Endereço para correspondência do coordenador:

Rua Padre João, 17-30 Apto 131A

Vila Universitária

CEP: 17012-020

Bauru/São Paulo

3. Grupos previstos para o projeto

3.1. Número de grupos solicitados:

2 3 4 5 6

3.2. Curso(s) envolvido(s) - mínimo três:

Medicina – Universidade de São Paulo – Campus Bauru

Odontologia – Universidade de São Paulo – Campus Bauru

Fonoaudiologia – Universidade de São Paulo – Campus Bauru

Enfermagem – Universidade do Sagrado Coração - Bauru

Fisioterapia – Universidade do Sagrado Coração - Bauru

Nutrição – Universidade do Sagrado Coração – Bauru

Grupo 1 - Urgência - Cursos envolvidos:

Mínimo 03

Biomedicina

- Ciências Biológicas - Bacharelado
- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Saúde Coletiva
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

Quantitativo de participantes – Grupo 01:

De 08 a 12: sendo 04 a 06 estudantes, 02 a 04 preceptores e 02 tutores

- 08
- 09
- 10
- 11
- 12

Grupo 2 - Atenção Primária em Saúde - Cursos envolvidos:

Mínimo 03

- Biomedicina
- Ciências Biológicas - Bacharelado
- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Saúde Coletiva
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

Quantitativo de participantes – Grupo 02:

De 08 a 12: sendo 04 a 06 estudantes, 02 a 04 preceptores e 02 tutores

- 08

- 09
- 10
- 11
- 12

Grupo 3 - Vigilância em Saúde - Cursos envolvidos:

Mínimo 03

- Biomedicina
- Ciências Biológicas - Bacharelado
- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Saúde Coletiva
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

Quantitativo de participantes - Grupo 03:

De 08 a 12: sendo 04 a 06 estudantes, 02 a 04 preceptores e 02 tutores

- 08
- 09
- 10
- 11
- 12

Grupo 4 - Saúde do Trabalhador - Cursos envolvidos:

Mínimo 03

- Biomedicina
- Ciências Biológicas - Bacharelado
- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia

- Psicologia
- Saúde Coletiva
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

Quantitativo de participantes - Grupo 04:

De 08 a 12: sendo 04 a 06 estudantes, 02 a 04 preceptores e 02 tutores

- 08
- 09
- 10
- 11
- 12

Grupo 5 - Oncologia: atenção integral na alta complexidade - Cursos envolvidos:

Mínimo 03

- Biomedicina
- Ciências Biológicas - Bacharelado
- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Saúde Coletiva
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

Quantitativo de participantes - Grupo 05:

De 08 a 12: sendo 04 a 06 estudantes, 02 a 04 preceptores e 02 tutores

- 08
- 09
- 10
- 11
- 12

Grupo 6 – Integração da gestão municipal e estadual por meio do Complexo regulador da assistência -

Cursos envolvidos:

Mínimo 03

- Biomedicina
- Ciências Biológicas - Bacharelado

- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Saúde Coletiva
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional

Quantitativo de participantes - Grupo 06:

De 08 a 12: sendo 04 a 06 estudantes, 02 a 04 preceptores e 02 tutores

- 08
- 09
- 10
- 11
- 12

Composição do Grupo 01:

Serão selecionados 02 estudantes de cada curso: medicina, enfermagem e fisioterapia, num total de 06 alunos.

Composição do Grupo 02:

Serão selecionados 2 estudantes da fisioterapia, 1 da enfermagem, 1 da medicina, 1 da fonoaudiologia e 1 da odontologia, num total de 06 alunos.

Composição do Grupo 03:

Serão selecionados 2 estudantes da enfermagem e da odontologia, 1 da medicina e 1 da fonoaudiologia, num total de 06 alunos.

3.3.Composição dos grupos (Discrimine os cursos, número de participantes por categoria em cada grupo e o coordenador do grupo - IES (conforme item 3.5.1 do Edital nº XXXX /2018):

Composição do Grupo 04: Saúde do Trabalhador

Serão selecionados alunos de pelo menos 1 estudantes enfermagem, 1 da odontologia, 1 da medicina, 1 da fonoaudiologia, 2 alunos da fisioterapia, num total de 6 alunos.

Composição do Grupo 05:

Serão selecionados 1 estudante da odontologia, 1 da nutrição, 1 da medicina, 1 da enfermagem, 1 da fisioterapia e 1 da fonoaudiologia, num total de 06 alunos.

Composição do Grupo 06:

Serão selecionados 1 estudante da odontologia, 2 da medicina, 1 da enfermagem, 1 da fisioterapia e 1 da fonoaudiologia, num total de 06 alunos.

5. Dados do projeto

5.1 Justificativa (limite 800 palavras – está com 799 palavras)

A prática interprofissional eficaz abrange várias habilidades e competências que melhoram a compreensão do processo de trabalho e da assistência ao paciente, numa perspectiva participativa, que incorpora determinantes sociais e possibilita maior variedade de interpretações e intervenções sobre a vida humana. Pode ser melhor alcançada quando se origina de uma Educação Interprofissional, determinada por meio das ocasiões “em que duas ou mais profissões de saúde e assistência social aprendem juntas, uma com a outra e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade de atenção”. Quando conduzida e construída de forma adequada torna-se fator transformador do exercício diário da saúde, incrementa a gestão clínica do cuidado e a segurança nas ações. Associada a recursos humanos e materiais adequados, ao reconhecimento das diferentes responsabilidades, dos diferentes papéis dos profissionais e da organização das atividades, favorece um trabalho bem sucedido. Protocolos interprofissionais que direcionam as práticas institucionais e capacitam para habilidades e competências facilitam o seu desenvolvimento, concedendo segurança na realização colaborativa e coloca o paciente na centralidade do cuidado, garantindo elevada qualidade, equidade e integralidade. No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS), importante cenário de formação, inclui a articulação interprofissional das diferentes áreas do conhecimento, sob valores do Sistema Único de Saúde (SUS) inscritos em seus pétreos princípios doutrinários e organizativos. Sua potência como regente dos sistemas de saúde geram melhores resultados e, embora tenha otimizado a acessibilidade, ainda há muitos desafios a serem superados no tocante à qualidade do cuidado dispensado nesse nível de atenção, tais como as ações de prevenção, promoção da saúde e assistência, que diminuem os quadros agudos das doenças crônicas e suas complicações, impactando na redução de encaminhamentos aos ambulatorios, centros de especialidades e serviços de urgência, e para isso requer qualificação dos profissionais das equipes no cumprimento de 85% da resolubilidade prevista. Outro aspecto a ser considerado é a importância das ações de Vigilância em Saúde nos serviços dos diferentes níveis de atenção, identificando a atuação e resolubilidade de cada ponto da rede, monitorando por meio de indicadores de estrutura, processo e resultados em toda a linha de cuidados, com a equipe interprofissional se apropriando dos adequados parâmetros de desempenho para melhorar a qualidade prestada. Para contornar a situação caótica do atendimento às urgências no Brasil, nos ambientes pré e intra-hospitalar dos setores público e privado, amplamente divulgada nas diversas mídias, os serviços de urgência têm demandado a necessidade de profissionais melhor preparados, conforme a Política Nacional de Urgências (Portaria no 1.863/2003), com apropriação das habilidades e competências técnicas do cuidado, mas também das políticas nacionais de saúde, e tecnologias leves e duras que sustentem o cuidado à população, em uma lógica sequencial e coerente de assistência em rede. Portanto, não se concebe mais investimentos em saúde que desconsiderem o espaço de trabalho na compreensão do processo saúde-doença e qualidade de vida. Nesse contexto, é fundamental que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) possa, por meio de mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações

de trabalho, promover a saúde dos trabalhadores e a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao cenário, adequando a rede de saúde para acompanhamento desses casos. Na mesma linha de raciocínio, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas, as neoplasias malignas, são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, e no Brasil, respondem por 72,4%, sendo a segunda causa de mortalidade. O SUS garante assistência integral a esses pacientes por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria Nº 140/2014) em estabelecimentos habilitados na Atenção Especializada de Alta Complexidade que necessitam ser melhores qualificados em relação às competências apropriadas para redução significativa da mortalidade e melhoria da qualidade de vida. Para readequar a formação em saúde é necessário garantir melhor capacitação aos estudantes e aos profissionais, desde a assistência nas urgências e centros especializados, na resolubilidade da Atenção Primária, ações de Vigilância, Saúde do Trabalhador, e demais políticas públicas de prevenção das condições clínicas agudas, crônicas, traumas e violências, e reabilitação dos agravos em todos esses quadros, enfatizando temas prioritários de saúde pública nos diversos níveis de atenção do SUS. Os temas relacionados estão inseridos nas Diretrizes Curriculares dos Cursos das Áreas da Saúde (DCN), mas muitas vezes são negligenciados durante a formação na graduação e os estudantes, que expostos aos serviços, geralmente se deparam com profissionais e preceptores sem atualização no preparo técnico, pedagógico e humano, prejudicando o processo de assistência e formação. Neste contexto, este projeto prevê a articulação entre as necessidades de saúde dos territórios do município por meio do diálogo entre os protagonistas para organização das atividades de integração ensino-serviço-comunidade, de educação permanente, formação e capacitação interprofissional, e integração da gestão municipal e estadual dos serviços com foco na centralidade do cuidado e nas ações colaborativas.

5.2. Diagnóstico da situação atual dos cursos nos eixos de intervenção

a) Adequação dos cursos às Diretrizes Curriculares Nacionais com foco na Interprofissionalidade (até 500 palavras – está com 500 palavras)

Atualmente nos cursos de graduação na área da saúde não estão previstas atividades conjuntas na prática cotidiana. Os estudantes aprendem de forma individualista dentro das ciências de suas profissões e ao serem defrontados com situações de atuação em conjunto, apresentam dificuldades, tornam-se omissos, na lógica das corporações, preconceituosos, com resultados inexpressivos frente à qualidade da atenção requerida pelos usuários. Com isto, tem-se uma redução da resolubilidade e ineficácia das práticas, intensificação dos encaminhamentos desnecessários e inadequados a outros profissionais e serviços com grande ônus para os usuários, o que contribui para a não desejada reputação de um SUS ineficiente e superlotado. Desta forma, é imperativo que se corrija a capacitação pedagógica e técnica de preceptores docentes e não docentes para o acolhimento dos futuros profissionais e supervisão adequada dos atendimentos e que isto se faça em equipe interprofissional.

A Resolução nº 569 de dezembro de 2017 relaciona os princípios gerais a serem incorporados nas DCN's de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, que deverão compor o perfil dos egressos. Para adequação às DCNs, esses cursos necessitam elaborar práticas colaborativas de capacitação de seus estudantes na área de atenção primária em saúde, vigilância em saúde, saúde do trabalhador, urgência/emergência e atenção integral ao paciente oncológico, podendo utilizar eixos integradores, uma vez que os resultados podem impactar em qualidade da assistência e na segurança

dos usuários. A adequação das ações nos cenários de prática da atenção básica, fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde interdisciplinares e interprofissionais, embasado pelos princípios do SUS, intervêm na condição clínica do paciente, definindo-se as indicações de referenciamento para a rede ambulatorial especializada ou para internação hospitalar e a contra-referência de volta à rede básica de saúde para a manutenção do vínculo. Considerando a continuidade do cuidado com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população, espera-se que sejam beneficiados os pacientes agudos e não-agudos, e aqueles com quadros crônico-degenerativos, na prevenção de suas agudizações frequentes. Além disso, as unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e de Atenção à Saúde da Família, articulam-se com as unidades hospitalares, de apoio diagnóstico e terapêutico, e outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos. O município de Bauru possui diversas instituições de ensino superior (IES) para formação de recursos humanos em saúde. Nesse cenário, o projeto congrega duas IES que, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (SMS), pretende integrar as diferentes áreas do conhecimento em saúde para promover melhor compreensão acerca das condições agudas e crônicas que impactam a qualidade de vida e a saúde da população. Assim, a articulação dos estudantes e professores dos cursos de graduação em Fonoaudiologia, Odontologia e Medicina da Universidade de São Paulo, e Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Universidade Sagrado Coração, pautados na temática da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade visa a aproximação da academia e do serviço, e a indução de mudanças curriculares alinhadas às DCN's.

b) Iniciativas de educação e trabalho interprofissional em saúde alinhadas aos processos de mudança curricular (até 500 palavras – está com 500)

A elaboração de atividades de estudo e educação interprofissional para serem realizadas entre os graduandos dos diferentes cursos, antecipando a futura prática profissional, abre oportunidade de inserção e discussão de temas como profissionalismo, comunicação efetiva e ética na construção das atividades simuladas (simulação *in situ*) e na prática real. Neste sentido, a participação dos tutores e preceptores será de fundamental importância no planejamento e na avaliação destas ações. O SUS e suas redes regionais de atenção, necessitam evoluir no estabelecimento de pactuações acerca dos tempos de espera e permanência nas diversas linhas de cuidado (cardiovascular, cerebrovascular, oncológica, trauma, saúde mental, gineco-obstétrica, pediátrica, sepse, respiratório e abdome agudo), visando a definição diagnóstica e a instituição terapêutica em tempo hábil para minimizar sequelas e diminuir a taxa de mortalidade, principalmente as mortes consideradas evitáveis. Tais fatos são relevantes e implicam na atenção dos profissionais, das instituições, das políticas públicas e de ensino, principalmente ao considerarmos um cenário onde em virtude do maior número e maior longevidade da população, maior sobrevivência de pacientes com doenças crônicas, maior número de acidentes e violência civil, cada vez mais há um aumento da morbidade e mortalidade. Levantamento inédito do Ministério da Saúde mostra o aumento na taxa de mortalidade geral e prematura no Brasil por causa das principais doenças crônicas. Em 2016, as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas responderam por 421 mortes a cada 100 mil habitantes. Para comparação, até 2015, essa taxa vinha em queda, com 418,9 mortes nessa proporção, e na população entre 30 a 69 anos, que engloba a faixa de mortes prematuras, a taxa foi de 354,8 mortes por 100 mil habitantes, e no ano anterior era de 350,7. Torna-se preponderante desenvolver ações visando minimizar os agravos e preservar a saúde da população na APS, de Vigilância em Saúde, nos serviços de urgência e em

Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Saúde do Trabalhador. Nesse cenário, a prática interprofissional é fator transformador para melhoria da assistência no SUS. Em consonância à preservação da saúde e para adequação dos cursos às diretrizes curriculares, as iniciativas deverão ser construídas conjuntamente pelos preceptores, tutores, professores e discentes ao longo do primeiro ano por meio de atividades teórico-práticas e nos distintos cenários com ênfase na interdisciplinaridade, intersectorialidade e interprofissionalidade nos cinco grandes eixos: Urgência e Emergência, Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Saúde do Trabalhador e Atenção Integral ao paciente oncológico na Alta Complexidade com foco no paciente. A qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino, por meio da promoção de atividades em Educação Interprofissional (EIP) e as Práticas Colaborativas em Saúde nos territórios de saúde são ações previstas nesse projeto. A organização das ações de integração visam contribuir para fortalecer mudanças na formação de graduação em consonância às necessidades em saúde, requeridas para o SUS de forma a fortalecer o complexo conceito de humanização do cuidado e o princípio da integralidade da assistência no contexto das redes colaborativas.

c) Promoção da integração ensino-serviço-comunidade com foco no desenvolvimento do SUS a partir dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional: (até 500 palavras – está com 500)

As ações previstas para ocorrer nos cenários do SUS devem utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possam contribuir para a formação dos estudantes e dos profissionais da rede. Experiências positivas com o uso da simulação clínica e de outras tecnologias educacionais para apoio do processo de ensino-aprendizagem e de avaliação tem se mostrado eficazes para oportunizar vivências conjuntas entre os estudantes na formação e/ou qualificação profissional. A interprofissionalidade resulta na otimização do cuidado em saúde com vistas à integralidade do cuidado da saúde do usuário do SUS, todavia, essa prática ainda é um desafio, pois persiste uma lacuna entre o trabalho desenvolvido pelas equipes e a mera aglutinação de profissionais, sendo imprescindível a articulação de ações e saberes para a efetivação do trabalho colaborativo e interprofissional. Esta efetivação deve ser mediada pelo diálogo e cooperação entre os membros do espaço acadêmico (discentes e docentes) e do espaço de trabalho (profissionais e gestores). As práticas integradas ensino-serviço-comunidade precisam acontecer sob uma lógica de permanente colaboração, sustentada pela parceria entre os atores do processo, com compartilhamento das ações e finalidades, integrando a gestão municipal e estadual dos serviços de saúde. A simulação clínica é a reprodução das peculiaridades de uma determinada situação real, almejando sua melhor compreensão e gestão. Recorre a um ambiente artificial, recriando e antecipando uma situação real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou desenvolver a compreensão dos sistemas e ações humanas. É utilizada na formação de profissionais de saúde, principalmente no treino de habilidades. Atualmente, aliada a recursos tecnológicos de informática e guiada por rigoroso método de ensino aprendizagem baseado na reflexão das ações, possibilita uma ampla gama de atividades que incorporam o desenvolvimento de habilidades e competências que incluem raciocínio clínico, senso crítico, trabalho em equipe, liderança, entre outras a serem desempenhadas no cotidiano da prática clínica dos aprendizes e que são requeridas pelas DCN's. Como as atividades em simulação clínica podem ir do simples treino de habilidades individuais ao desenvolvimento de situações que envolvem um grande grupo de

profissionais, os resultados de sua utilização têm demonstrado impacto positivo incorporando o trabalho e a vivência da realidade interprofissional para transformar, aumentar e qualificar os resultados da área da saúde, conforme recomenda a OMS. Nesse contexto, com a implantação do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru na Universidade de São Paulo, priorizou-se a implantação do Núcleo de Capacitação e Educação em Saúde (NECS), que é um espaço provido dos mais diversos recursos materiais, ambientes e simuladores, que incorpora método simulado e outras tecnologias, destinado ao desenvolvimento de habilidades e competências de estudantes dos diversos cursos da área da saúde e de profissionais da área da saúde do município. No município em questão, assim como em muitos outros do Brasil, existem dificuldades relativas à formação na graduação e, embora os cenários de prática sejam disponibilizados pela secretaria de saúde ainda são incipientes o planejamento e a execução de ações compartilhadas que integrem as diversas profissões de forma interprofissional e o serviço com centralidade no paciente.

d) Desenvolvimento da docência e da preceptorial na saúde para utilização dos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos da EIP (até 500 palavras – está com 500 palavras)

Extrapolar a lógica do trabalho uniprofissional é um desafio nos cenários de formação. A educação interprofissional tem um significado singular, pois reforça os ideários do SUS e mostra caminhos para a formação em serviço. A aproximação interinstitucional universitária, e entre a academia e a rede pública de serviços de saúde, possibilitará a apropriação e criação de técnicas e dispositivos que viabilizem a transformação do modelo pedagógico e dos processos de trabalho no serviço em consonância às necessidades de saúde do território. Nesse contexto, se faz necessário discutir e implementar a integralidade, analisando os processos de formação coerentes, interdisciplinares e integrados, que direcionem os futuros profissionais, e/ou capacitem os profissionais atuantes nos serviços para uma prática em rede com foco principal no ser humano que procura auxílio às suas necessidades. Além disso, é importante propor ações compartilhadas e colaborativas nas diversas áreas e, simultaneamente, auxiliar e requerer dos gestores municipais a implantação plena das Políticas à Atenção Primária em Saúde, Vigilância e Urgências, e também dos gestores estaduais, em relação às políticas públicas voltadas para o paciente oncológico e à saúde do trabalhador. É essencial envolver atores da comunidade acadêmica e do SUS, portanto, professores e estudantes, profissionais de saúde, gestores e usuários, tendo as diretrizes de interprofissionalidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, trabalho em rede e de humanização dos processos. Neste sentido, a participação dos tutores e preceptores será fundamental no planejamento conjunto e na avaliação das ações. Considerando o contexto das redes colaborativas, nessa integração ensino-serviço que mantém o foco no paciente, com diversificação dos cenários de práticas relacionados aos eixos das Políticas de Urgências, Atenção Primária em Saúde, Vigilância, Saúde do Trabalhador e Atenção Integral ao paciente Oncológico, como prerrogativas para mudanças na formação para o SUS e com consequentes transformações na dinâmica do trabalho em saúde, fortalece o conceito do cuidado e o princípio da integralidade na assistência. Assim, as ações a serem desenvolvidas no projeto serão discutidas e pactuadas entre os atores acadêmicos (docentes, preceptores e discentes), os membros da gestão da saúde, os profissionais dos SUS em suas várias categorias nos diversos níveis de atenção e usuários, por meio de uma agenda de encontros presenciais a serem estabelecidos periodicamente dentro da Comissão de Gestão do Projeto. Este espaço será utilizado para a troca de experiências e de expectativas a serem atingidas, e permitirá a ampliação do SUS como cenário de aprendizagem para

todos os participantes envolvidos: atores acadêmicos (docentes e discentes), envolvimento dos trabalhadores da Rede como protagonistas da integração ensino-serviço-comunidade, participação dos gestores e representantes dos usuários, com corresponsabilização de todos pela definição de ações a serem implementadas e que culminarão na qualificação dos cuidados. As ações pactuadas serão implementadas entre os diversos níveis de atuação, promovendo a interprofissionalidade com vistas à sua incorporação na estrutura dos cursos participantes (projetos político-pedagógicos) e na prática assistencial rotineira nos serviços de saúde. A Comissão de Gestão do Projeto também participará das reuniões das Comissões de Gestão Local dos Serviços de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Bauru.

6. Definição dos processos de mudança a serem desenvolvidos no ano 1, estabelecendo objetivo e estratégias para atingi-la. (até 500 palavras – está com 483 palavras)

As ações previstas no projeto estão programadas nos seis subprojetos de intervenções: 1) Mudança curricular: Discussões colegiadas de transformações curriculares para adequação às DCNs dos cursos de graduação em saúde, alinhando aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade, com vistas à transformação da realidade: a. elaboração dos roteiros dos estágios interprofissionais com definição de funções e atividades dos estudantes, e calendário semestral, b. definição dos marcos de competências coletivos e individuais para os estudantes dos cursos de graduação na área de urgência, oncologia, atenção primária em saúde, vigilância em saúde e saúde do trabalhador, c. elaboração de programa teórico-prático interprofissional para estudo, d. definição de estratégias multimodais de avaliação dos estudantes. Ao final do primeiro ano, os seguintes processos de mudanças estarão prontos e em utilização: os roteiros dos estágios interprofissionais, os marcos de competências e a programação teórico-prática interprofissional. 2) Integração ensino-serviço-comunidade: promoção de atividades dos estudantes em diversos cenários de prática do SUS desde o início da formação, com ações integradas de educação e trabalho em saúde e participação ativa da comunidade, considerando a integralidade em um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais e hospitais gerais e especializados na formação da rede de atenção à saúde: a. levantamento das dificuldades de trabalho em equipe interprofissional com definição de estratégias para ações corretivas, b. implementação do registro informatizado de atendimentos e procedimentos, c. dimensionamento da força de trabalho necessária para a otimização dos processos, d. elaboração conjunta de planos terapêuticos e protocolos de atendimento interprofissionais, e. definição dos protocolos clínicos e de regulação de acesso a serem utilizados nas afecções traumáticas e não traumáticas mais prevalentes, f. definição de estratégias de acompanhamento técnico e emocional das equipes interprofissionais e g. definição de indicadores de monitoramento do desempenho acadêmico-assistencial, h. organização das ações de integração ensino-serviço-comunidade, com vistas a uma articulação com outros projetos para fortalecer mudanças na formação de graduação em consonância com as complexas necessidades em saúde locais. Ao final do primeiro ano, os seguintes processos de mudanças estarão prontos e em utilização: as estratégias para implementação do trabalho em equipes multiprofissionais e seu acompanhamento, dimensionamento da força de trabalho, os protocolos clínicos interprofissionais e o registro informatizado com a definição dos indicadores de desempenho. 3) desenvolvimento de docência e preceptoria: implementar estratégias educacionais que valorizam a docência, a atuação do profissional da rede e o protagonismo do estudante de forma a fortalecer os mecanismos de participação conjunta: a. definição do papel e atividades dos preceptores para o trabalho

interprofissional, b. levantamento das necessidades de capacitação pedagógica e técnica dos preceptores, c. implantação de estratégias interprofissionais de capacitação pedagógica e d. uso da simulação clínica no NECS e *in situ* para capacitação interprofissional. Ao final do primeiro ano, os seguintes processos de mudanças estarão prontos e em utilização: a definição dos papéis, atividades e necessidades de capacitação dos supervisores, com foco no uso da simulação clínica e na avaliação em serviço.

7. Ações a serem desenvolvidas no ano 1 (até o limite de 500 palavras – está com 499 palavras);

Para se atingir os objetivos e os resultados esperados no primeiro ano serão realizadas quinzenalmente: 1. Reuniões entre preceptores e docentes para discussão de competências intrínsecas e interprofissionais das diversas áreas envolvidas, 2. Oficinas de capacitação simulada entre preceptores e docentes para o desenvolvimento de práticas e docência interprofissionais, 3. Oficinas simuladas de capacitação discente para o desenvolvimento de habilidades e competências intrínsecas e interprofissionais, 4. Levantamento de dados junto aos distritos de saúde e diversos locais de atuação, assim como no CEREST, 5. Planejamento de ações conjuntas e interprofissionais, e 6. Proposta de atividades curriculares e interprofissionais a serem viabilizadas no segundo ano do projeto para posteriormente estarem sendo realizadas de forma ininterrupta nos cursos. Associadas às atividades gerais acima descritas, em cada subprojeto haverá ações contínuas específicas: Grupo 1 - Urgência: integrar os estudantes e profissionais do serviço no trabalho de assistência em urgência, juntamente com a equipe multi e interprofissional com elaboração de grupos de estudos acompanhados, levantando os indicadores de estrutura, processo e resultado dos serviços para apropriação dos conceitos e da noção de responsabilidade dos profissionais, e monitoramento contínuo com discussão periódica dos mesmos; Grupo 2 - Atenção Integral à Saúde na Atenção Primária: integrar tutores, preceptores e discentes com as equipes básicas ou de saúde da família para discussão das competências, planejamento e elaboração de estratégias interdisciplinares. Elaboração e aplicação de protocolos interdisciplinares que viabilizem o reconhecimento da Rede de Apoio Social para as famílias. Mapeamento e organização das ações de educação em saúde nas escolas. Elaboração de materiais, protocolos e conteúdos interprofissionais com a participação do usuário; Grupo 3 - Vigilância à Saúde: Levantamento de dados que possam auxiliar nas oficinas com preceptores e tutores para desenvolvimento de prática e docência. Levantamento atualizado da cobertura vacinal de gestantes, crianças e adolescentes. Organização de treinamentos quanto à relevância cobertura vacinal e às mudanças de hábitos de vida. Realização de atividades educativas interprofissionais nos diversos ciclos de vida. Realização de conferências nos espaços acadêmicos, de forma interdisciplinar; Grupo 4 - Saúde do Trabalhador: Reuniões entre preceptores, docentes, estudantes e equipe do CEREST para discussão das competências nas diferentes áreas. Análise dos dados epidemiológicos das doenças e acidentes de trabalho com os diferentes atores e encaminhamento às empresas buscando redução das doenças e acidentes de trabalho. Planejamento das ações de promoção da saúde do trabalhador em conjunto com as empresas. Atividades curriculares e interprofissionais em sintonia com a integração ensino-serviço; Grupo 5 - Atenção Integral ao paciente oncológico na Alta Complexidade: integrar preceptores, docentes e estudantes para discussão de competências intrínsecas e interprofissionais entre as diversas áreas envolvidas. Análise dos dados em saúde dos pacientes oncológicos junto aos distritos envolvidos. Planejamento de ações conjuntas e interprofissionais. Proposta de atividades curriculares e interprofissionais a serem viabilizadas de forma ininterrupta nos cursos e Grupo 6 - Integração da gestão municipal e estadual por meio do Complexo regulador da assistência: Reuniões

para definição dos fluxos de encaminhamentos nas diversas linhas de cuidados, saúde do trabalhador e bucal.

8. Definição dos processos de mudança a serem desenvolvidos no ano 2, estabelecendo objetivo e estratégias para atingí-la. (até 500 palavras – está com 500 palavras)

Com as discussões ocorridas ao longo do primeiro ano no âmbito da comissão de acompanhamento local e as implantações de ações finalizadas no 1º ano do projeto, o segundo ano será de avaliação das estratégias utilizadas nos seis subprojetos de intervenção com lapidação das mesmas pela devolutiva obtida entre os diversos atores: acadêmicos (docentes e discentes), da gestão da saúde, dos trabalhadores dos SUS em suas várias categorias profissionais e dos usuários. Com isto haverá um aperfeiçoamento e maior responsabilização de todos os envolvidos como sujeitos nas ações curriculares para fortalecimento da EIP e na qualificação dos processos de cuidados assistenciais aos pacientes. Desta forma, os processos de mudança do ano 2 incluem: 1) as alterações curriculares para adequação às DCNs nos cursos: a. definição de programação teórico-prática interprofissional para estudo com roteiro do estágio interprofissional com definição de funções e atividades dos estudantes, b. implantação dos marcos de competências individuais e coletivos dos cursos de graduação na área de urgência, c. ações de extensão com práticas interprofissionais como atividades acadêmicas dos cursos, d. avaliação de competências para o efetivo trabalho em equipe e para práticas colaborativas, e trabalho interprofissional nos docentes, discentes e preceptores, e. melhorias nos fluxos propostos de intervenção dos grupos tutoriais, para que se possam avançar em novas ações com o objetivo de continuar a investir na qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria da atenção à saúde e f. implementação de estratégias multimodais de avaliação dos alunos. 2) Integração ensino-serviço-comunidade: a. resultado das estratégias de ação nas dificuldades de trabalho em equipe multiprofissional encontradas, b. revisão do registro informatizado de atendimentos e procedimentos, c. otimização da força de trabalho nos vários níveis de atenção, d. verificação da aderência aos protocolos de atendimento interprofissionais, e. verificação da aderência aos protocolos clínicos e de regulação de acesso utilizados, f. resultado do acompanhamento técnico e emocional das equipes interprofissionais e g. monitoramento dos indicadores de desempenho acadêmico-assistencial.

3) Desenvolvimento de docência e preceptoria: a. Estratégias de monitoramento das atividades dos preceptores para o trabalho interprofissional, b. Avaliação da adequação da capacitação pedagógica e técnica dos preceptores, c. Avaliação das estratégias interprofissionais de capacitação pedagógica implantadas e d. Avaliação do uso da simulação clínica na capacitação interprofissional. Ao final dos dois anos do projeto, espera-se uma integração curricular adequada para a EIP, principalmente na atenção básica e na urgência com proposta integrada de programação teórico-prática e roteiros de estágio interprofissionais, com expansão dos projetos de extensão universitária nas lacunas de aprendizagem vivenciadas e oportunidades identificadas. Também espera-se que os fluxos assistenciais nas diversas linhas de cuidados estejam definidos, bem como a otimização da força de trabalho para seu adequado dimensionamento, com protocolos clínicos interprofissionais já em uso regular pelas equipes multiprofissionais de atendimento nos diversos níveis de atenção. Os profissionais de saúde com acompanhamento técnico e emocionais, se responsabilizando pelos indicadores de saúde de sua unidade, assim como os docentes e discentes pelo monitoramento dos indicadores de desempenho acadêmico-assistencial, e preceptores capacitados técnica e pedagogicamente.

9. Ações a serem desenvolvidas no ano 2 (até o limite de 500 palavras - está com 499);

Para o segundo ano do projeto, serão continuadas algumas ações realizadas no primeiro ano e acrescidas novas intervenções. Assim, tem-se as seguintes ações: 1) manutenção das ações colegiadas para transformações curriculares com adequação às DCNs; 2) novos planejamentos para ações de integração ensino-serviço-comunidade; 3) Oficina de avaliação e feedback das ações do primeiro ano com proposições de melhorias das ações desenvolvidas; 4) Inclusão de intervenções de ensino e extensão (cursos, conferências, seminários, aulas práticas simuladas e rodas de conversa) no espaço acadêmico sobre todos os conteúdos dos grupos. Nesse segundo ano, todos os grupos vão realizar atividades de educação em saúde nos espaços comunitários (escolas, IES, Conselhos gestores locais, Conselho municipal de saúde), discutindo questões de encontradas no primeiro ano. Dentro dos subprojetos específico ainda serão incluídas as seguintes ações: Grupo 1 - Urgência: oficina de avaliação das ações do primeiro ano, criação de espaços mensais de discussão de casos clínicos e situações relevantes para o bom andamento dos atendimento pré e intra-hospitalar, com foco na aderência aos protocolos clínicos pactuados para utilização nas diversas linhas de cuidados e no monitoramento contínuo dos indicadores de resultado nos vários níveis da rede de atenção às urgências; Grupo 2 - Atenção Integral à Saúde na Atenção Primária: Atuação interprofissional orientada por dados epidemiológicos dos territórios, envolvendo competências coletivas; avaliação pedagógica multimodais; revisão dos programas de estudo, da atuação e do programa. Revisão das dificuldades identificadas do trabalho em equipe interprofissional; avaliação dos planos e estratégias conjuntas. Avaliação conjunta das atividades interprofissionais de supervisores/preceptores; Grupo 3 - Vigilância à Saúde: destaque aos dados epidemiológicos dos territórios que direcionarão as atividades e inserção das diversas Clínicas envolvidas, na recepção de casos apropriados. Revisão e avaliação das práticas conjuntas das áreas envolvidas. Revisão e avaliação de atividades interprofissionais entre preceptores das áreas envolvidas; Grupo 4 - Saúde do Trabalhador: Atuação interprofissional orientada por dados epidemiológicos. Elaboração em conjunto de planos terapêuticos singulares. Integração ensino-serviço nas atividades de VISAT. Busca ativa das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, com visitas aos serviços de urgência. Realização de programas de prevenção de doenças e acidentes de trabalho, assim como a implementação dos programas de proteção à saúde dos trabalhadores; Grupo 5 - Atenção Integral ao paciente oncológico na Alta Complexidade: Visitas ao serviço de oncologia e domiciliar com orientações à família e ao paciente, referentes ao processo de tratamento e reabilitação realizadas pelas equipes interprofissionais. Aplicação de protocolos interprofissionais que viabilizem o reconhecimento de toda a Rede de Apoio Social e de Saúde para cada família. Elaboração de estratégias interdisciplinares para a capacitação profissional e de estudantes. Definição e avaliação de indicadores de qualidade. Elaboração de material de orientação interprofissional audiovisual e/ou impresso aos pacientes e cuidadores. Elaborar protocolos de suporte interprofissional às necessidades dos pacientes com câncer pré e pós-terapia antineoplásica pelas equipes interprofissionais e Grupo 6 - Integração da gestão municipal e estadual por meio do Complexo regulador da assistência: Divulgação dos fluxos de encaminhamentos nas diversas linhas de cuidados, saúde do trabalhador e bucal.

10) Plano de desenvolvimento do processo de contratualização do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). (até o limite de 500 palavras - está com 401);

A Secretária Municipal de Saúde de Bauru, respeitando o disposto na Portaria Interministerial nº 1.127 de 6 de agosto de 2015 e visando garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde da cidade como cenários de prática para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde, mediante integração ensino-serviço nas redes de atenção à saúde das esferas pactuadas, começou as tratativas para sua implantação desde o dia 06/7/2016, porém as reuniões seguindo-se os passos do Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES teve maior aceleração com a abertura do novo curso de medicina da Universidade de São Paulo (USP), tendo ocorrido 8 reuniões desde o segundo semestre de 2017 até o presente momento com 16 Instituições de Ensino (IE) de Bauru, nível técnico, superior e de Pós-graduação, estando agora na fase de finalização do Passo 5 (Plano de Contrapartida). Os próximos passos serão a definição do funcionamento do Comitê Gestor Local do COAPES (passo 6) e a assinatura e formalização do COAPES (passo 7). Desde o início deste ano, os Planos de Atividades de ensino individual de todas IES em cada serviço de saúde (Passo 8) já foram entregues no início do semestre. A discussão que começou como um COAPES municipal agora passou para uma discussão regional, expandindo suas ações para os demais municípios da Direção Regional 6 de Bauru. Pelo contrato que está em fase de finalização, o curso de medicina da USP se comprometeu com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde locais e regionais. Para o plano de desenvolvimento do COAPES, foram pactuadas a utilização de dez unidades básicas de saúde dos Distritos 2 (Bela Vista, Nove de Julho, Santa Edwiges, Parque Vista Alegre, Godoy e Centro) e 4 (Octávio Rasi, Cardia, Redentor e Geisel), bem como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) Bela Vista e Geisel. Além das Unidades Hospitalares próprias (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – 91 leitos e do Hospital das Clínicas – previsão de 220 leitos), o curso de medicina mantém convênio com o Hospital de Base (188 leitos), Hospital Estadual de Bauru (282 leitos), Maternidade Santa Isabel (55 leitos), Hospital Manoel de Abreu (55 leitos) e Instituto Lauro de Souza Lima (64 leitos).

11. Estratégias de articulação das ações entre os cursos envolvidos (máximo 500 palavras – está com 249 palavras)

Deverão ocorrer reuniões quinzenais de Comissão de gestão do projeto PET com Comissão de Gestão dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e os docentes coordenadores de cada subprojeto para verificação do cumprimento das metas estabelecidas e avaliação de eventuais adequações a serem realizadas. Os diversos atores do projeto também deverão realizar reuniões dentro de seus subprojetos e de suas categorias: acadêmicos (docentes e discentes), trabalhadores do SUS (preceptores da assistência e da gestão) e usuários. Todas estas reuniões serão mediadas pelo coordenador do projeto, o qual será ainda o responsável por organizar e distribuir as atividades gerais e específicas dos subprojetos, fomentar a integração dos grupos e das atividades propostas por eles. O coordenador irá discutir de forma separada e conjunta a satisfação de cada categoria dos atores que estarão sendo representadas. A partir destas avaliações serão discutidas as necessidades de ajustes nos eixos do projeto. Nessas reuniões serão avaliadas todas as ações previstas dentro dos eixos de intervenção propostos para os dois anos do projeto: 1) mudança curricular (adequação às DCNs); 2) integração ensino-serviço-comunidade e 3) desenvolvimento de docência e preceptoria. Serão utilizados os espaços do NECS – USP Bauru, como local acolhedor para atividades simuladas que proporcione a integralidade entre as áreas e os subprojetos. As atividades simuladas serão ainda

realizadas nas práticas clínicas, como simulação in situ, proporcionando assim a reflexão sobre as mais diversas ações realizadas pelas equipes inteprofissionais, com foco na comunicação interpessoal, trabalho compartilhado e aderência aos protocolos clínicos.

12. Estratégias de articulação do PET-Saúde/Interprofissionalidade com as políticas indutoras de educação na saúde, e outras ações e programas da SGTES, assim como outras políticas e prioridades do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (máximo 500 palavras – está com 327)

Este projeto visa sua articulação com outras políticas indutoras dos Ministérios da Saúde e Educação, tais como: 1- Apoiar a organização de edições anuais do VER-SUS nos territórios de saúde. O espaço criado e qualificado neste projeto permitirá que estudantes universitários dos cursos da área da saúde (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) possam ter 15 dias de vivência multiprofissional (estudantes de diferentes cursos envolvidos neste projeto) na UPA e no SAMU, no CEREST, na Atenção Primária à Saúde, nos Centros Oncológicos de Alta Complexidade e nas atividades de gestão municipal e estadual de Saúde de Bauru/SP, permitindo a interação dos estudantes entre si, com gestores, trabalhadores da saúde, usuários e docentes de instituições de Ensino Superior. O Ministério da Saúde irá apoiar a realização destes estágios e vivências fornecendo materiais e apoio logístico. 2- Participação dos tutores em processo de formação de formadores em preceptoría na saúde a ser ofertado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no período de vigência do projeto, visando a criação de uma equipe de multiplicadores dentro da instituição para que possa ocorrer uma contínua capacitação de preceptores. 3- Participação dos preceptores em curso de capacitação na saúde a ser ofertado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no período de vigência do projeto. 4- Publicização das experiências do projeto por meio da publicação de relatos de experiências na Comunidade de Práticas do SUS dentro dos prazos estipulados no edital: cada um dos cinco grupos do projeto a cada 6 (seis) meses, além de um relato de experiência do projeto como um todo nos meses 8, 16 e 24. Ainda, cada grupo e cada subprojeto deverá também avaliar outros 3 (três) relatos, cujo caráter é de avaliação formativa entre pares. Desta forma, haverá o compartilhamento e debate sobre as atividades do projeto no sentido de fomentar a colaboração em rede.

13. Estratégias de monitoramento e avaliação (considerar os compromissos obrigatórios e as ações propostas para alcance dos objetivos) (máximo 500 palavras - está com 493)

Este projeto possui várias ações no sentido do uso de estratégias conjuntas de ensino entre os cursos de graduação de medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia na área de urgência, vigilância e atenção básica, CEREST, atenção especializada aos pacientes oncológicos e gestão/regulação das redes municipal e estadual de saúde, para maior integração ensino-serviço-comunidade e capacitação dos preceptores assistenciais do ponto de vista técnico e pedagógico, enfatizando o uso de protocolos clínicos pactuados dentro das linhas de cuidados, com utilização de indicadores de desempenho e produtividade. Assim, pretende-se a transformação do estado atual, por meio de ações em múltiplos pontos envolvendo a programação de atividades interprofissionais na graduação de cursos da área da saúde, revisão do processo de trabalho, capacitação dos profissionais,

trabalho em equipe multiprofissional, uniformização de condutas assistenciais, utilização apropriada dos serviços da rede, uso de indicadores assistenciais e controle do fluxo de pacientes visando a melhoria da qualidade assistencial. O resultado final da implantação será a segurança da população atendida nos serviços da rede de saúde que ocorrerá com a melhor capacitação dos graduandos de medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia que terão seus marcos de competência definidos e os cenários de prática adequados com supervisão preparada do ponto de vista técnico e pedagógico. Os professores e preceptores não docentes terão assegurados maior integração ensino-serviço pela construção coletiva e colaborativa das estratégias e ações estabelecidas ao longo do projeto. Os trabalhadores do SUS terão seu protagonismo reconhecido e suas funções valorizadas do ponto de vista da oportunidade de qualificação da assistência e da possibilidade de usufruir dos recursos de capacitação existentes na instituição de ensino e em programas da SGTES. Com a implementação do projeto, o processo educacional e avaliativo tornará claro, facilmente compreensível e transparente, tanto para os aprendizes em variados momentos de formação profissional, quanto para os preceptores à respeito das metas de avaliação e das expectativas individuais. Em relação à assistência aos pacientes, a integração dos cursos das instituições formadoras, com a abertura do diálogo e das discussões para os trabalhadores do SUS, bem como aos usuários, permitirá o enfrentamento das situações de conflito cotidiano e estabelecimento de pactos necessários para que ações transformadoras possam ser implementadas. Também será estimulada a participação dos demais estudantes, docentes e trabalhadores não bolsistas, na condição de voluntários, por meio de divulgação da sua aprovação e do caráter aberto das reuniões das diferentes categorias de atores sociais envolvidos e na reunião da Comissão de gestão do projeto. Espera-se ainda a incorporação do projeto no cotidiano das instituições proponentes, bem como na relação com os demais cursos da área da saúde das outras IES que ocupam os outros dois Distritos de Saúde da cidade, com o apoio da Comissão de gestão do projeto nas reuniões da Comissão de gestão local dos serviços e do Conselho Municipal de saúde. O êxito na implantação deste projeto poderá vir a ser um modelo para os demais cursos da área da saúde de todas as regiões do país.

14. Indicadores de monitoramento e avaliação (considerar os compromissos obrigatórios e as ações propostas para alcance dos objetivos).**(máximo 500 palavras - está com 498)**

As ações previstas serão desenvolvidas conforme descritas nos anos 1 e 2 com indicadores de monitoramento e avaliação de cada uma nos três eixos expostos abaixo: 1. Mudança curricular: a) elaboração do roteiro do estágio interprofissional com definição de funções e atividades dos estudantes e calendário semestral – primeira versão no início das atividades do projeto com revisão semestral; b) definição dos marcos de competências coletivos e individuais dos cursos de graduação – primeira versão final do 1º ano do projeto com revisão semestral; c) elaboração de programação teórico-prática interprofissional para estudo – começarão no início do projeto, e ao final do primeiro ano terão roteiro de estudos, questões pré-teste para acesso por ensino à distância às aulas gravadas, questões pós-teste, casos clínicos para discussão e agendamento de atividades simuladas; e d) definição de estratégias multimodais de avaliação dos estudantes – as avaliações com provas testes de múltipla escolha e discursivas, associadas ao exame clínico estruturado por estações semestral. Deverão se somar outras estratégias de avaliação: Mini-Cex, avaliação 360º, avaliação interpares e avaliação da equipe multiprofissional até o final do primeiro ano, devendo tramitar nas comissões dos cursos para incorporação à prática avaliativa no segundo ano do projeto após capacitação da supervisão e

publicização para estudantes. 2. Integração ensino-serviço-comunidade: a) levantamento das dificuldades de trabalho em equipe multiprofissional e definição de estratégias de ação – finalizado no primeiro semestre com monitorização das ações ao longo de todo o projeto; b) uso da simulação *in situ* para capacitação das equipes multiprofissionais de atendimento com múltiplos instrumentos de avaliação; c) implementação do registro informatizado de atendimentos e procedimentos – com uso de indicadores de desempenho assistencial em cada um dos cenários de prática; d) elaboração conjunta de planos terapêuticos multiprofissionais – incorporados com padronização para diagnósticos sindrômicos e etiológicos; e) definição dos protocolos clínicos a serem utilizados nas patologias mais prevalentes – em uso no início do projeto para checar necessidade de adequações. Será acompanhada a aderência pelas diversas equipes assistenciais, sendo avaliadas as situações de não aderência; f) definição de estratégias de acompanhamento da equipe multiprofissional – realizada avaliação do nível de exaustão emocional, estresse e burnout dos membros da equipe multiprofissional nas diversas categorias com seguimento de eventuais problemas individuais ou coletivos encontrados e g) definição de indicadores de monitoramento do desempenho acadêmico-assistencial – já contemplados no item b.

3. Desenvolvimento de docência e preceptoria: a) definição do papel e atividades dos supervisores/preceptores – à medida que avança, haverá discussão se ocorre a capacitação dos tutores e preceptores; b) levantamento das necessidades de capacitação pedagógica e técnica dos preceptores – as especificidades serão discutidas e c) elaboração de estratégias de capacitação pedagógica - as especificidades serão discutidas. Cada um dos seis grupos do projeto deverá inscrever um relato de experiência na Comunidade de Práticas a cada 6 meses. Os grupos integrantes do projeto deverão inscrever um relato de experiência nos meses 8, 16 e 24. Serão entregues os relatórios parcial e final, respectivamente ao final do 12º e 24º, considerando os compromissos, metas e indicadores de avaliação estabelecidos no projeto.

16. Dados dos participantes

Os tutores selecionados, com vistas a atender aos objetivos do PET-Saúde/Interprofissionalidade, deverão ser professores de graduação que estejam em pleno exercício da docência, envolvidos com processo de mudança curricular e de integração ensino-serviço-comunidade, com ênfase no desenvolvimento de iniciativas interprofissionais, atestada por declaração emitida pelas Instituições de Ensino Superior (IES) a que estão vinculados

Deve ser feita uma declaração de pertencimento a IES a ser colocada como anexo.

5.1. Relação nominal dos tutores - coordenadores dos grupos (incluir CPF, nº da matrícula na IES e categoria profissional);

Grupo 1 - Urgência

Enfermagem - Alessandra Mazzo CPF (09889673835) USP: 2535251

Fisioterapia - Carlos Henrique Fachin Bortoluci CPF 18086034860 (Fisioterapia –docente/tutor) N° IES: 080000997

Grupo 2 - Atenção Primária em Saúde

Medicina - Augustus Tadeu Relo de Mattos - CPF 05102008854 (Medicina - docente coordenador) USP: 5094248

Fonoaudiologia - Maria Aparecida Miranda de Paula Machado CPF 752187639-34 (Fonoaudiologia-docente/tutor) USP: 3231507

Grupo 3 - Vigilância em Saúde

Odontologia - Roosevelt da Silva Bastos - CPF 18092282803 (Odontologia – docente coordenador) USP: 3208636

Medicina – José Sebastião dos Santos – CPF

Grupo 4 - Saúde do Trabalhador

Medicina - Richard Halti Cabral – CPF: 16595830809 (medicina – docente coordenador)

Nº USP: 2004168

Fonoaudiologia - Andréa Cintra Lopes - CPF 117.400.128-36 (fonoaudiologia - docente tutor)

Nº USP: 2501295

Grupo 5 - Oncologia: atenção integral na alta complexidade

Odontologia: Paulo Sérgio da Silva Santos – CPF 09252872884 n USP 3432898 (coordenador)

Medicina: Daniela Ponce CPF 167.626.668-25 n USP 8203290

Grupo 6 - Integração da gestão municipal e estadual por meio do Complexo regulador da assistência

Medicina: Amaury Lellis dal Fabbro CPF: 03930031833 n USP: 2917851

Enfermagem - Caio Cavassan de Camargo - CPF 34999751810 (Enfermagem docente/tutor) Nº IES: 21077294

5.2.Relação nominal dos preceptores (incluir CPF, categoria profissional e nº CNES das unidades de saúde a qual estão vinculados).

Nome	CPF	Nº CNES da Unidade de Saúde a qual está vinculado	Categoria Profissional
------	-----	---	------------------------

Grupo 1 - Urgência

- Rafael Arruda Alves (Medicina) – CPF: 22444968808 CNES: 2791781
- Allan Kira (Medicina) – CPF: 29176529851 CNES: 2790556
- Maria Eugênia Mutro (Enfermagem) UPA Bela Vista – CPF: 30367135817 CNES: 7206771
- José Eduardo de Castro – (Enfermagem) Pronto Socorro – 27538901884 CNES: 6408184

Grupo 2 - Atenção Primária em Saúde

- Tânia Regina Fernandes Garcia (Odontologia) – CPF 15424990894 CNES: 2050129
- Janessa Ferreira Pamplona (Medicina) – CPF: 94718423600 CNES: 2050129
- Isabela de Goes Gagliardi (Enfermagem) – CPF: 38187924888 CNES: 2791781
- Aline Papin Roedas da Silva (Fonoaudiologia) – CPF: 34605196811 CNES: 2791781

Grupo 3 - Vigilância em Saúde

- Mario Ramos de Paula e Silva (Medicina Veterinária) – CPF: 11315480867 CNES: 2790483
- Ezequiel Aparecido dos Santos (enfermeiro) – CPF: 28351306835 CNES: 2790483
- Nildiceli Leite Melo Zanella (odontologia) - CPF: 09613643869 CNES: 2791781

- Natália de Fátima Paes (enfermeira) CPF 34050953870 CNES: 2790483

Grupo 4 - Saúde do Trabalhador

- Ana Laura Spirandeli Cruz de Oliveira (Terapeuta Ocupacional) CPF: 30274687828 CNES: 2789752

- Roseli Cristina Leme Pocay (fisioterapeuta) CPF: 16205512840 CNES: 2789752
- Marcia Araújo dos Reis de Oliveira (dentista) CPF: 14583231881 CNES: 2789752
- Carlos Henrique Ferreira Martins (médico) CPF: 37570480678 CNES: 2789752

Grupo 5 - Oncologia: atenção integral na alta complexidade

- Enfermeira – Simone Adorno Rodrigues CPF 22125393808 CNES 2790602
- Fisioterapeuta – Eloísa Aparecida Nelli CPF 01576823822 CNES 2790602
- Médico – Lucas Marques da Costa Alves CPF 22073232850 CNES 2790602
- Nutricionista - Fernanda Gonçalves Guidetti Homelis CPF 37501794847 CNES 2790602

Grupo 6 - Integração da gestão municipal e estadual por meio do Complexo regulador da assistência

- Médico – José Eduardo Fogollin CPF: 24913163825 CNES 2791781
- Médico – Paulo Eduardo de Souza CPF: 83489983815 CNES 2790513
- Farmacêutica - Amanda Sierra Sardi Martuchi CPF 32253799807 CNES 2791781
- Enfermeira – Sueli Alves de Lima CPF: 12012280854 CNES 2791781

Referências

Alahmari, K. A., Sparto, P. J., Marchetti, G. F., Redfern, M. S., Furman, J. M., & Whitney, S. L. (2014). Comparison of Virtual Reality Based Therapy With Customized Vestibular Physical Therapy for the Treatment of Vestibular Disorders. *Neural Systems and Rehabilitation Engineering, IEEE Transactions on*, 22(2), 389-399.

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Rev C S Col* 2011; 16(7):3061-8.

Araújo, I.; Esteves, R. Engagement em docentes do ensino superior: uma abordagem exploratória. *Enfermería Universitaria*, v.13, n.2, p.73-79, 2016.

Bakker, A.B.; Demerouti, E.; Sanz-Vergel, A.I. Burnout and work engagement: the JD-R approach. *Annual Review of Organization Psychology and Organizational Behavior*, v.1, p.389-411, 2014.

Barr H, Low H. *Introdução à Educação Interprofissional*. Tradução José Rodrigues Freire Filho. Editora CAIPE/ Centre for the Advancement of Interprofessional Education. 36 p.

Behzadan, A. H. and V.R. Kamat, V. R., (2007), Reusable modular software interfaces for outdoor augmented reality applications in engineering, in *Computing in Civil Engineering*, ASCE, pp. 825-837.

Bogenstätter Y, Tschan F, Semmer NK, Spychiger M, Breuer M, Marsch S. How accurate is information transmitted to medical professionals joining a medical emergency? A simulator study. *Human factors*. 2009; 51(2): 115-125.

Boyd M, Cumin D, Lombard B, Torrie J, Civil N, Weller J. . Read-back improves information transfer in simulated clinical crises. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23(12): 989-993.

Brown, G. (2004). *How students learn: A supplement to the Routledge Falmer Key Guides for Effective Teaching in Higher Education series*, Available online at https://www.researchgate.net/publication/238735404_How_Students_Learn

Browne J.S., Collins A. and Duguid P., (1988), *Situated cognition and the culture of learning*. Institute for Research on Learning, Report No. IR MOO.

Castrèn M, Mäkinen M, Nilsson J, Lindström V. The effects of interprofessional education—Self-reported professional competence among prehospital emergency care nursing students on the point of graduation—A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 2017;32: 50-55.

Cinches, M.F.; Russell, R.L.V.; Chavez, J.C.; Ortiz, R.O. Student engagement: defining teacher effectiveness and teacher engagement. *Journal of Institutional Research in South East Asia*, v.15, n.1, may/jun, p. 05-19, 2017.

Classen, C. (1997). Foundations for an anthropology of the senses. *International Social Science Journal*, 49(153), 401-412.

Conselho Nacional de Saúde.

Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *J Nurs Adm*. 2013; 43(7/8): 422-428.

Costedio E, Powers J, Stuart TL. Change-of-shift report: From hallways to the bedside. *Nursing* 2016. 2013; 43(8): 18-19.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. BMC Health Serv Res. 2008;8:188.

de Ribaupierre, S., Kapralos, B., Haji, F., Stroulia, E., Dubrowski, A., & Eagleson, R. (2014). Healthcare Training Enhancement Through Virtual Reality and Serious Games. In *Virtual, Augmented Reality and Serious Games for Healthcare 1* (pp. 9-27). Springer Berlin Heidelberg.

Duffy PA, Ronnebaum JA, Stumbo TA, Smith KN, Reimer RA. Does Including Public Health Students on Interprofessional Teams Increase Attainment of Interprofessional Practice Competencies? J Am Osteopath Assoc. 2017; 117(4): 244-252.

El-Haddad, C., Damodaran, A., Mcneil, H.P., Hu, W. 2016. The ABCs of EPAs –an overview of 'Entrustable Professional Activities' in medical education. Intern Med J. 46 (9), 1006-10, doi: 10.1111/imj.12914.

Eve, E. J., Koo, S., Alshihri, A. A., Cormier, J., Kozhenikov, M., Donoff, R. B., & Karimbux, N. Y. (2014). Performance of Dental Students Versus Prosthodontics Residents on a 3D Immersive Haptic Simulator. *Journal of dental education*, 78(4), 630-637.

Fehring, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*, v. 16, n.6, p.625-629, 1987.

Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J., editors, 2015. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf (acessado 14.02.2017).

Gamboa, V.; Valadas, S. T.; Paixão, O. Validação da versão portuguesa da Situational Motivation Scale (SIMS) em contextos académicos. In: *Atas do XII Congresso Galego-Português de Psicopedagogia*, 11-13 de setembro de 2013. Universidade do Minho, 2013. p. 4868-4882.

Garris, R., Ahlers, R., & Driskell, J. E. (2002). Games, motivation, and learning: A research and practice model. *Simulation & gaming*, 33(4), 441-467.

Gimenes F R E, Cassiani SHB. Segurança e qualidade dos cuidados In *A Simulação no Ensino de Enfermagem*. Martins JCA, Mazzo A et al. 2014 p.39-51.

Green, J., Wyllie, A., & Jackson, D. (2013). Virtual worlds: A new frontier for nurse education?. *Collegian*.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R. **Enfermagem, cultura e o processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 2004

Hair JF Jr, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. 5ed. Bookman: Porto Alegre; 2005.

Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2010.

He, Y., Zhang, Z., Nan, X., Zhang, N., Guo, F., Rosales, E., & Guan, L. (2014, May). vConnect: Connect the real world to the virtual world. In *Computational Intelligence and Virtual Environments for Measurement Systems and Applications (CIVEMSA), 2014 IEEE International Conference on* (pp. 30-35). IEEE.

Hirsh, Jacob B.; PETERSON, Jordan B. Personality and language use in self-narratives. *Journal of research in personality*, v. 43, n. 3, p. 524-527, 2009.

Johnson JK, Farnan JM, Barach P, Hesselink G, Wollersheim, H, Pijnenborg L, et al. Searching for the missing pieces between the hospital and primary care: mapping the patient process during care transitions. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(1): 97-105.

Keenaghan G, Horváth I. State of the Art of Using Virtual Reality Technologies in Built Environment Education. *Proc TMCE 2014, May 19-23, 2014, Budapest, Hungary 2014*; 935–948.

Kesim, M. and Ozarslan, Y., (2012), Augmented reality in education: Current technologies and the potential for education, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 47, pp. 297-302.

Kleven, N. F. (2014). Virtual University hospital as an arena for medical training and health education.

Kulophas, D.; Hallinger, P.; Ruengrakul, A.; Wongwanich, S. Exploring the effects of authentic leadership on academic optimism and teacher engagement in Thailand. *International Journal of Educational Management*, v.32, n.1, p.27-45, 2018.

Laros JA. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L, editor. *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM; 2005. p. 163-84.

Leape LL. Errors in medicine. *Clin Chim Acta.* 2009;404(1):2-5.

Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986; 35(6): 382-5.

Ma, M., Jain, L. C., & Anderson, P. (Eds.). (2014). *Virtual, Augmented Reality and Serious Games for Healthcare 1*. Springer Berlin.

Mamykina L, Jiang S, Collins SA, Twohig B, Hirsh J, Hripcsak G, et al. Revealing structures in narratives: a mixed-methods approach to studying interdisciplinary handoff in critical care. *J Biomed Inform.* 2016; 62:117-124.

Mano, L Y. et al. Exploiting IoT technologies for enhancing Health Smart Homes through patient identification and emotion recognition. *Computer Communications*, v. 89, p. 178-190, 2016.

Mano, L. Y. et Al. Exploiting the Use of Ensemble Classifiers to Enhance the Precision of User's Emotion Classification. In: Proceedings of the 16th International Conference on Engineering Applications of Neural Networks (INNS). ACM, 2015. p. 5.

Mifflin, H., (2001), The American Heritage Dictionary, Dell Publishing Company.

Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 42p.

Moadel, T., Evans, L. 2015. A Simulation-Based Curriculum for Evaluating the Entrustable Professional Activities (EPAs) During the Emergency Medicine Clerkship.

Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health, 16 (4). <http://escholarship.org/uc/item/0g57q0bv>. (acessado 20. 02.2017).

Moreira, M. A. Aprendizagem significativa, organizadores prévios, mapas conceituais, diagramas V e unidades de ensino potencialmente significativas, material de apoio para o curso aprendizagem significativa no ensino superior: teorias e estratégias facilitadoras. Pontifícia Univerdidade Católica do Paraná, 2013

Organização Pan-Americana de Saúde. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017.

Ott, M., & Tavella, M. (2009). A contribution to the understanding of what makes young students genuinely engaged in computer-based learning tasks. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 184-188.

Pasquali, L. *Psicometria. Rev. Esc. Enf. USP.* v.43, n.Especial, p.992-999, 2009.

Pennebaker, James W.; KING, Laura A. Linguistic styles: language use as an individual difference. *Journal of personality and social psychology*, v. 77, n. 6, p. 1296, 1999.

Pensieri, C., & Pennacchini, M. (2014). Overview: Virtual Reality in Medicine. *Journal For Virtual Worlds Research*, 7(1).

Pereira Júnior, G.A.; Fraga, G.P.; Arnaud, F.; Gula, E. A.; Slullitel, A.; Garcia, V.L. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. *Cadernos ABEM*, v. 11, 2015. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/299573258_O_Ensino_de_Urgencia_e_Emergencia_de_acordo_com_as_novas_Diretrizes_Curriculares_Nacionais_e_a_Lei_do_Mais_Medicos. Acesso em: 20 jan. 2017.

Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização.* 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Ramazzini , B. **As doenças dos trabalhadores.**4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016.

Qin, Y., Vincent, C. J., Bianchi-Berthouze, N., & Shi, Y. (2014, April). AirFlow: designing immersive breathing training games for COPD. In CHI'14 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems (pp. 2419-2424). ACM.

Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD002213.

Reinbeck DM, Fitzsimons V. Improving the patient experience through bedside shift report. *Nurs Manag.* 2013; 44(2): 16-17.

Rodrigues, H. F., Machado, L. S., & Valença, A. M. G. (2014). Applying Haptic Systems in Serious Games: A Game for Adult's Oral Hygiene Education. *SBC*, 5(1), 17.

Roussou, M. (2004). Learning by doing and learning through play: an exploration of interactivity in virtual environments for children. *Computers in Entertainment (CIE)*, 2(1), 10-10.

Santee NR, Temer ACRP. A Linguística de Roman Jakobson: Contribuições para o Estudo da Comunicação. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas.* 2015; 12(1).

Scarpato AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LP. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev. Rene.* 2012; 13(1):242-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v13i1.3803>

Sharoff, L. Simulation: Pre-briefing Preparation, Clinical Judgment and Reflection. What is the Connection? *Simulasyon: Brifing Öncesi Hazırlık, Klinik Yargı ve Yansıma. İlişki Nedir?*. 2015.

Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(2): 16-24

Teherani, A., Chen, H.C., 2014. The Next Steps in Competency-Based Medical Education: Milestones, Entrustable Professional Activities and Observable Practice Activities. *J Gen Intern Med.* 29 (8), 1090-2. 2014 doi: 10.1007/s11606-014-2850-9.

Ten Cate, O., 2005. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.*, 39(12), 1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.

Ten Cate, O., Chen, H.C., Hoff, R.G., Peters, H., Bok, H., Van Der Schaaf, M., 2015. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach.* 37 (11), 983-1002. doi: 10.3109/0142159X.2015.1060308.

Tennyson, R.D. and Rasch, M., (1988), Linking cognitive learning theory to instructional prescriptions, *Instructional Science*, Vol. 17, No. 4, pp. 369-385.

Tolsgaard, M.G., Gustafsson, A., Rasmussen, M.B., Hoiby, P., Muller, C.G. and Ringsted. C., (2007), Student teachers can be as good as associate professors in teaching clinical skills, *Medical Teaching*, Vol. 29, No. 6, pp. 553-557.

Van der Lee, N., Fokkema, J.P.I., Westerman, M., Driessen, E.W, Van der Vleuten, C.P., Scherpbier, A.J.J.A., Scheele, F. 2013. The CanMeds Framework: Relevant but not quite the whole story, *Med. Teach.*, 35 (11), 949-955. doi: 10.3109/0142159X.2013.827329.

Van Loon, K. A, Driessen, E. W., Teunissen P.W. , Scheele F. 2014. Experiences with EPAs, potential benefits and pitfalls, *Medical Teacher*, 36(8), 698-702, doi:10.3109/0142159X.2014.909588.

WHO Patient Safety. Global priorities for patient safety research. Geneva: World Health Organization; 2009. 9 p. p.

World Health Organization. Transforming health workforce education in support of universal health coverage. WHA66.23, 66th World Health Assembly, May 2013. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwa/pdf_files?WHA66/A66_R23-en.pdf

World Health Organization. World alliance for patient safety : WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems : from information to action. Geneva: World Health Organization; 2005.

World Health Organization., WHO Patient Safety. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization; 2011. 272 p. p.

World Health Organization., WHO Patient Safety. WHO patient safety research : better knowledge for safer care. Geneva: World Health Organization; 2009. 12 p. P.

World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO Global Report, 2015.

Wright, J. T. C.; Giovinazzo, R. A. Delphi- uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisa em Administração*, v.1, n.12, 2000. Disponível em: <http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res*. 2003; 25(5):508-18.

Yoshida, S., Kihara, K., Takeshita, H., & Fujii, Y. (2014). Instructive head-mounted display system: pointing device using a vision-based finger tracking technique applied to surgical education. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*, 9(3), 449.

Young GJ, Cohen MJ, Blanchfield BB, Jones MM, Reidy PA, Weinstein AR. Assessing Interprofessional education in a student–faculty collaborative practice network. *Educ Prim Care*, 28(4), 223-231.

