

Série Vivências em Educação na Saúde, 12

---

# ENSINO COOPERATIVO E APRENDIZAGEM BASEADA NO TRABALHO: DAS INTENÇÕES À AÇÃO EM EQUIPES DE SAÚDE

---

ORGANIZADORES:

Alcindo Antônio Ferla, Odete Messa Torres,  
Gabriel Calazans Baptista, Júlio Cesar Schweickardt





Série Vivências em Educação na Saúde, 12

**ORGANIZADORES:**

Alcindo Antônio Ferla  
Odete Messa Torres  
Gabriel Calazans Baptista  
Júlio Cesar Schweickardt

**ENSINO COOPERATIVO  
E APRENDIZAGEM  
BASEADA NO TRABALHO:  
DAS INTENÇÕES À AÇÃO  
EM EQUIPES DE SAÚDE**

editora



redeunida

**COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA**  
Túlio Batista Franco

**COORDENAÇÃO EDITORIAL**

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

editora



redeunida

**CONSELHO EDITORIAL**

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil  
**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha  
**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália  
**Ardigo Martino** - Universidade de Bolonha, Itália  
**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha  
**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América  
**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil  
**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
**Háider Aurélio Pinto** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil  
**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
**Julio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil  
**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra  
**Leonardo Federico** - Universidade de Lanus, Argentina  
**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil  
**Luciano Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil  
**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil  
**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil  
**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil  
**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil  
**Renan Albuquerque Rodrigues** - Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil  
**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil  
**Rossana Staevie Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil  
**Simone Edi Chaves** - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil  
**Sueli Goi Barrios** - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil  
**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil  
**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
**Vera Lucia Kodjoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil  
**Vera Maria Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial  
**Márcia Regina Cardoso Torres**  
**Gabriel Calazans Baptista**

Projeto gráfico Capa e Miolo  
Editora Rede UNIDA

Diagramação / Arte da Capa  
**Junio Pontes**

Revisão  
**Júlio Cesar Schweickardt**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**E56** Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde / Alcindo Antônio Ferla ... [et al.], organizadores

**1.ed.** - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. **190 p.**:il. - (Série Vivências em Educação na Saúde; 12)  
**ISBN:** 978-85-54329-28-0 **DOI:** 10.18310/9788554329280

**1.** Atenção Primária à Saúde. **2.** Equipe de Assistência ao Paciente. **3.** Sistema Único de Saúde. **4.** Educação Interprofissional. **5.** Educação Continuada. **6.** Aprendizagem Baseada em Problemas.  
I. Ferla, Alcindo Antônio (org.). II. Série.

NLM: WA

### Catalogação elaborada pela Editora Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, N° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

# ENSINO COOPERATIVO E APRENDIZAGEM BASEADA NO TRABALHO: DAS INTENÇÕES À AÇÃO EM EQUIPES DE SAÚDE

**ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:**

Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) / Fiocruz Amazônia.

**REVISORES:**

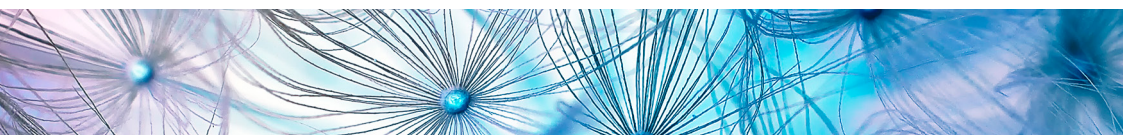
Alcindo Antônio Ferla, Gabriel Calazans Baptista e Odete Messa Torres

**1º Edição**  
**Porto Alegre/RS 2019**  
**Rede UNIDA**

# Sumário

- 01** **Apresentação / Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde** (Mônica Padilla) **08**
- 02** **Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde: interações e ações** (Alcindo Antônio Ferla, Odete Messa Torres, Gabriel Calazans Baptista, Júlio Cesar Schweickardt) **15**
- 03** **Vivências interprofissionais em saúde: formação inovadora da Liga Interdisciplinar de Saúde da Criança no oeste da Bahia** (Mússio Pirajá Mattos, Daiene Rosa Gomes) **26**
- 04** **Conectando campos e construindo pontes em disciplina extensiva e integradora** (Eduardo Guadagnin, João Benício Almeida, Jaqueline Mergen, Paula V. Carnevale Vianna) **46**
- 05** **Liga Acadêmica de Saúde da Família e Comunidade: diálogos e ações interdisciplinares possíveis na atenção básica** (Natália Ferreira Silva, Paloma Santana Santiago, Fiamma do Amaral Diaz, Nicole Geovana Dias Carneiro) **60**
- 06** **Apoio matricial enquanto prática para a formação em saúde: experiência de uma clínica universitária interdisciplinar** (Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha, Gabriel Trevizan Corrêa, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Andreas Rucks Varvaki Rados) **74**
- 07** **Reorientação da formação dos profissionais de saúde na Universidade Estadual do Ceará: uma sistematização da experiência** (Maria Marlene Marques Ávila, Maria do Socorro de Sousa, Maria das Graças Barbosa Peixoto, Carlos André Moura Arruda, Andrea da Costa Silva, Gláucia Posso Lima) **87**





- 08 Saberes construídos com a criança: o que se aprende em uma residência multiprofissional em pediatria?** (Joyce Hilário Maranhão, Maria Juliana Vieira Lima, Jéssica Lourenço Carneiro, Lídia Helena Bezerra Azevedo) **102**
- 09 Extensão universitária e a formação para a interprofissionalidade: interlocução entre experiências no VER-SUS, PRÓ/PET Saúde e Projeto Rondon** (Natanael Chagas, Alisson Maurício Monteiro, Gelvani Locateli, Thiago Costa, Jean Wilian Bender, Letícia Dal Magro, Andressa Antônia Trizotto, Cláudio Claudino da Silva Filho) **112**
- 10 Relato de experiência: da formação ao exercício da tutoria em educação permanente em saúde em movimento** (Juleimar Soares Coelho de Amorim - IFRJ) **124**
- 11 Uso da simulação realística de alta fidelidade na graduação como indutor do caráter interprofissional: experiência do Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília** (Marcelo Nunes de Lima, Juliana França da Mata) **138**
- 12 A experiência de formação interdisciplinar pelo PET-Saúde GraduaSUS no curso de psicologia - Unifesp/BS** (Maurício Lourenção Garcia, Adriana Barin de Azevedo, Carla Bertuol) **149**
- 13 Programa de residência multiprofissional: idealizando uma formação interprofissional** (Bruna Maria Bezerra de Souza, Maria Gorethe Alves Lucena, Reila Leliana Tenório de Holanda Rodrigues, Kátia Goretti Veloso Lins, Maria de Fátima Rodrigues dos Santos Godoi) **160**
- 14 Educação permanente: ferramenta para o trabalho interprofissional colaborativo** (Kellinson Campos Catunda, Lúcia Conde de Oliveira, Bráulio Nogueira de Oliveira, Ingrid Ferreira Silva) **170**
- 15 Os Autores e Autoras** **185**

# Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde

01

*Mónica Padilla*

## **Introdução:**

Uma verdade universal: não existe saúde sem recursos humanos em saúde (OMS, 2013). Qualquer sistema de saúde se efetiva por meio da força de trabalho, ou seja, do conjunto de profissionais e trabalhadores suficiente, competentes, comprometidos e valorizados pelo seu sistema de saúde (OPS, 2010), organizados de maneira a que sejam dadas respostas à cidadania de acordo com os direitos que ela têm e com a qualidade e excelência requeridas.

A saúde mundial é forçada a lidar com novos desafios em um ritmo acelerado, sem necessariamente ter vencido alguns antigos. Os sistemas de saúde ainda se deparam com uma tendência à fragmentação e, conseqüentemente, a apresentar soluções incapazes de atender integralmente às necessidades de saúde presentes neste contexto dinâmico. Ainda que exista um conjunto significativo de evidências que amparam o trabalho e a formação interprofissional como uma das alternativas de enfrentamento a esses desafios, o desejo de engajar-se em um compromisso vindouro também é frequentemente interrompido por crises econômicas e sanitárias, pelo aumento dos custos e gastos com assistência à saúde e por pressões de diversos setores que ou se beneficiam diretamente com as conseqüências desse modelo, ou que estão ainda presos e capturados por esta lógica por conservadorismo e dificuldade de lidar com o que fuja do tradicional.

Embora a interprofissionalidade possa carregar consigo uma certa pecha de novidade ou inovação, as pesquisas que sustentam sua eficiência e relevância começaram a se intensificar já na metade do século passado, ou seja, o interesse pelo tema e, principalmente, as práticas no mundo do trabalho e da formação já existem relativamente há um bom tempo. Todavia, essa percepção de ser algo novo se deve, em grande parte, pelo fato de ainda ser uma



via não-hegemônica e que, portanto, enfrenta questionamentos quanto à sua pertinência e seus resultados. Por outro lado, felizmente, muitos formuladores e executores de políticas têm reconhecido que investir em uma força de trabalho forjada em ambientes interprofissionais e colaborativos é uma das melhores formas de enfrentar esses complexos desafios de saúde.

A efetiva prática colaborativa qualifica práticas clínicas, otimiza serviços, fortalece os sistemas e incita melhorias de resultados na saúde. Seja no ambiente hospitalar, em ambulatorios especializados ou nas unidades e centros de atenção primária a saúde, os usuários costumam relatar maior satisfação, melhor aceitação da assistência prestada e melhoria de resultados de saúde após receberem tratamento por uma equipe colaborativa. As evidências das pesquisas ainda apontam que a prática colaborativa contribui, por exemplo, para: (I) ampliar e qualificar o acesso e a coordenação dos serviços de saúde; (II) promover o uso adequado de recursos clínicos especializados; (III) melhorar as condições de saúde de pacientes crônicos; (IV) ampliar a segurança dos usuários em serviços de saúde; (V) reduzir o número de complicações e o tempo de internação hospitalar; (VI) diminuir rotatividade de profissionais e aumentar a satisfação com o trabalho.

Em setembro de 2017 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), durante a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, aprovou a Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, da qual traz uma série de recomendações para representantes de seus Estados Membros, no intuito de qualificar seus sistemas de saúde, com foco no desenvolvimento e fortalecimento das capacidades humanas para a saúde. Dentre os destaques, apontou-se para a necessidade de investir em “equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho (delegação e redistribuição de tarefas), possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde”.

Essa afirmação parte de uma prerrogativa de que a formação interprofissional é uma etapa de vital importância para a composição e atuação da força de trabalho em saúde, assumindo que estas possuem um compromisso indissociável com uma prática colaborativa e centrada nas necessidades de saúde locais. A prática colaborativa, por sua vez, acontece efetivamente quando vários profissionais de saúde com diferentes vivências e experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores, comunidades (e entre si), visando uma assistência integral e de qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde no contexto local, contribuindo consequentemente para a redução da crise mundial na força de trabalho em saúde.

## A integração ensino e trabalho como desafio atual

Como registrei anteriormente, para pensar sobre o tema dos recursos humanos é necessário visitar dois grandes processos sociais: educação e trabalho. A formação profissional é apoiada pelas ações da academia associadas à excelência do conhecimento no desenvolvimento de pesquisas e habilidades profissionais, enfim, esse é o ator social responsável pelos perfis profissionais da diversidade de profissões e ocupações de saúde. Uma discussão antiga e persistente tem sido a necessidade de trazer a educação dos profissionais para o mundo do trabalho em saúde. Importantes esforços têm sido desenvolvidos para modificar a estrutura de conteúdo, os métodos de ensino e principalmente a inserção precoce dos alunos nos sistemas de saúde, a fim de alcançar uma formação abrangente que atinja um perfil de excelência contextualizado às necessidades das populações e dos sistemas de saúde dinâmicos.

Para o Brasil, a discussão do trabalho em saúde como espaço de aprendizagem tem influenciado muito a relação com o mundo acadêmico. É no trabalho onde são desenvolvidas não apenas as competências técnicas da clínica, patologia, cirurgia, mas onde se integra o conhecimento e a ação das diferentes profissões frente às demandas dos serviços e cuidados da população. Esta reflexão sobre o trabalho colaborativo do conjunto de profissões integradas no espaço de trabalho deu origem a várias intervenções políticas que acompanham a necessidade de formar profissionais no campo de atuação no trabalho. A política de educação permanente pode ser um reflexo concreto desta reflexão técnica, teórica e, também, prática realizada no Brasil, acredito em uma importante parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde há muitos anos. Já são mais de 20 anos em que esses elementos são incorporados como fundamentos para pensar que a aproximação entre educação e trabalho baseados não somente na excelência profissional, mas também na integração entre profissões e na qualidade da atenção e do cuidado com os cidadãos, pensando que eles também são uma unidade que requer uma abordagem integrada, transdisciplinar, interprofissional etc.

Um grande esforço vem sendo feito, tanto do ponto de vista pedagógico como da perspectiva de gestão organizacional e das políticas públicas, para que as universidades avancem no sentido de incorporar em suas metodologias maneiras que permitem aos alunos integrarem-se rapidamente e mais precocemente nos espaços trabalhar para, assim, alcançar competências que vão além do domínio das técnicas e abrangem o quadro de gestão e trabalho colaborativo. Este trabalho que vem sendo acompanhado pela Organização Pan-Americana da Saúde nos últimos 10 anos deixa, entretanto, muitas dúvidas por causa da resistência à mudança, pois a velocidade das mudanças está associada à

possibilidade real de mudança, não somente da cultura em termos de ensino, mas também à inserção nos espaços dos serviços de saúde para que os alunos ingressem não como meros observadores, mas como gestores e executores de serviços com a população. Essas grandes dificuldades, tanto em termos de regulação e gestão, como de segurança, ainda são desafios que permanecem na Região das Américas. A última medida das metas regionais de recursos humanos, que foram incorporados como um dos objetivos da década, incluiu a integração entre universidades e serviços, entre docência e atenção, entre educação e trabalho, indica que, em termos regionais de forma geral, houve muito pouco movimento nos últimos 10 anos. Entretanto, por certo há um número de universidades e iniciativas que já percorreu um longo caminho em termos de integração do trabalho colaborativo e, também, do trabalho interprofissional.

Importante mencionar aqui, por exemplo, o movimento canadense e norte-americano sobre o tema da missão social das escolas, das universidades, das faculdades de medicina e de outras profissões que dão grande destaque não só à inserção precoce dos profissionais nos serviços, mas também da inserção em serviços que são encontrados em comunidades que requerem mais atenção em termos de equidade. Então, tem havido uma discussão muito importante para poder avançar dessa forma. Nos últimos anos a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana da Saúde incorporaram um elemento que considero muito importante, que é o aspecto da interprofissionalidade na educação, porque enquanto há clareza em relação ao trabalho, o aspecto interprofissional é praticamente uma exigência para um indivíduo que se integra em serviços, tendo que ser visto também durante a formação. A educação, em geral, segue sendo fragmentada e separada por disciplinas.

Nesta perspectiva, um importante esforço vem sendo feito pela Organização Mundial e Pan-americana de Saúde na região das Américas, para refletir sobre o campo da educação e, principalmente, sobre as categorias de trabalho colaborativo e da prática integrada, mas, principalmente, uma reflexão sobre as formas de ensinar que nos permitam avançar nesta linha. Isso também permitiu um diálogo importante que foi colocado aqui no Brasil, porque também permitiu identificar os avanços, mas também alguns desafios que devem ser tomados com essa orientação.

Com a intenção de compreender melhor, então, os avanços na educação e, especificamente, focar um pouco nos aspectos da formação interprofissional e na vida cotidiana, a chamada de manuscritos que deu origem às publicações temáticas dos livros aqui apresentados, foi lançada para receber um conjunto de materiais e documentos para descrever o que hoje é a prática na formação e no trabalho em saúde nas universidades e estados do Brasil. Como resposta à

chamada, aparece um conjunto de produções que descrevem as práticas cotidianas em todo o país e que permitem demonstrar o nível de incorporação dos conceitos de trabalho colaborativo e interprofissional, tanto no campo do trabalho como na educação. O conjunto de textos aprovados para publicação constitui um documento que apresenta 4 grandes ênfases das experiências desenvolvidas que nos permitem realmente analisar e passar por esses elementos.

Os tópicos que nucleiam os textos recebidos são o ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho, principalmente equipes de saúde orientadas ou aprendendo com a prática e agindo coletivamente; também as intersecções entre ensino e trabalho no campo da saúde; o componente de práticas compartilhadas e requisitos de interação permitem analisarmos a realidade cotidiana e ver como muito do que é teoricamente descrito na educação interprofissional pode ser desenvolvido; e, finalmente, o tema do trabalho e aprendizagem conjunta, que vai levar a alguns aspectos do ensino, mas também a ética e o comportamento das equipes de saúde. No conjunto, os textos oferecem um conjunto de informações muito interessantes, que permitem aos estudiosos e àqueles que querem encontrar explicações e algumas orientações sobre como agir para promover os temas de saúde e da educação interprofissional no país e, também, para a nossa Região das Américas.

O compromisso de avançar na conformação de equipes interprofissionais, tanto em sua constituição, no trabalho, mas também na educação dessas equipes nas escolas, universidades e instituições de ensino é uma das metas estabelecidas para os próximos 10 anos no âmbito do plano estratégico da Organização Pan-americana de Saúde. Há, sem dúvida, uma série de parceiros e aqui no Brasil avançando tanto nas reflexões e na produção científica, quanto nas práticas já incorporadas por meio de um conjunto de políticas que o país lançou. Esse é um espaço que vai permitir uma grande aprendizagem.

## **As experiências locais como desafio à aprendizagem**

A temática definida para a chamada dos manuscritos e sua relação no cenário global, remete-nos à famosa frase atribuída a Patrick Geddes: “Think globally, act locally” (“pense globalmente, aja localmente”), que reconhece a necessidade de se refletir a partir de um contexto globalizado, contudo, sem menosprezar ou desconsiderar as idiosincrasias locais e a constatação quase que óbvia que qualquer ação feita para mudança só tem efeito se aplicada em seu próprio meio. Muito embora os desafios e problemas assumam uma feição semelhante em diferentes lugares mundo afora, as especificidades estão longe de serem desprezíveis e seguramente prestam um papel relevante na definição precisa dos problemas e, também, das soluções.

Ao todo, foram submetidos 70 artigos, dos quais 47 foram selecionados para comporem quatro volumes a serem disponibilizados na biblioteca digital da Editora da Rede Unida. Foram considerados resultados de pesquisa teórica ou empírica, relatos de experiência, projetos de intervenção analisados e ensaios, tanto relativos à formação em educação superior, como educação profissional, educação em serviço e residências em saúde. Dentre os temas abordados nos trabalhos, encontram-se, por exemplo : a formação interprofissional no ensino técnico e de graduação, experiências envolvendo serviços da rede de saúde, apresentação de tecnologias e metodologias formativas, avaliação de iniciativas, ensaios teóricos e empíricos, articulações interinstitucionais, interação ensino técnico/graduação e residências integradas, implantação do núcleo comum das Diretrizes Curriculares Nacionais, práticas colaborativas no trabalho e avaliação de capacidades interprofissionais.

A intenção da organização desses livros é orientada de forma a contribuir para a reflexão no campo das políticas públicas educacionais e de saúde, considerando a educação e a prática colaborativa voltada para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), à integralidade do cuidado e à resolutividade assistencial de elevada qualidade e responsabilidade. Os textos foram agrupados de modo a dialogar com o desenvolvimento e com a avaliação do ensino, e as análises apresentam caráter interdisciplinar quanto ao estudo (no campo epistêmico e interprofissional), e quanto ao agir no trabalho. Ademais, os textos são obras transversais às grandes áreas de conhecimentos da saúde, das ciências sociais e das ciências humanas, especialmente inscritas no campo de domínio da saúde coletiva.

O livro que está em sua tela trata do ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde. Reúne 12 capítulos escritos por 47 autores em colaboração, abrangendo quatro regiões e 10 Estados da federação. A obra articula a experiência de ensino em coletivos de aprendizagem social, demonstrando o movimento dos objetivos declarados à ação material na realidade, segundo o registro da educação baseada na colaboração em oportunidades na graduação, na extensão, na residência, na educação permanente em saúde e na educação pelo e no trabalho, além da vivência em ligas acadêmicas, que envolvem destaque e protagonismo aos estudantes.

O considerável número de trabalhos enviados indica tanto que existe interesse pelo tema da formação interprofissional, quanto que há ações e medidas concretas sendo executadas em todo o território brasileiro. Não obstante, para além disso, esses trabalhos demonstram um comprometimento com a prática colaborativa e com um fazer saúde implicado em atender às necessidades complexas e dinâmicas impostas aos profissionais de saúde no seu cotidiano local,

e o fato de haver de fato tantas experiências em âmbito local, comprovam que o país como um todo avança para uma agenda nacional e se alinha com diretrizes que são apontadas num contexto global.

Eu recomendo a leitura desses textos, principalmente, com o objetivo de identificar os aspectos que já fazem parte do nosso trabalho e, também, os desafios que ainda precisam ser cultivados e sistematizados para serem aplicados. Na realidade, é um assunto que está em pleno debate. Então, devemos aprender muito não somente para teorizar e conceituar, mas, também, para aplicar. Mais ainda, para ser uma prática incorporada no trabalho em saúde, como falamos no início, que permita uma aproximação entre o mundo da educação e trabalho em saúde, que ainda é um desafio pendente em nossa região.

## Referências

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A universal truth: no health without a workforce**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf). Acesso em 05/03/2019.

OPS. Organização Pan-americana da Saúde. **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas**". Washington, D.C.: OPS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Disponível em [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=-145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307). Acesso em 05/03/2019.

# Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde

02

*Alcindo Antônio Ferla,  
Odete Messa Torres,  
Gabriel Calazans Baptista,  
Júlio Cesar Schweickardt*

## **Introdução:**

A temática da interprofissionalidade no ensino e nas práticas das profissões da saúde tem obtido relevância há alguns anos. No Brasil, na medida em que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi sendo implementado, a diversificação de pontos de atenção no território e de profissões absorvidas nas unidades básicas de saúde, principal componente em termos de expansão dos serviços, foi gerando relevância crescente à temática. Também em outros componentes, sejam serviços ou redes de atenção, esse movimento se constituiu. Provavelmente o distanciamento entre a formação, eminentemente uniprofissional e disciplinar, e o cotidiano do trabalho, reivindicando práticas compartilhadas, foi o primeiro sinalizador da necessidade de superar o sentido corrente para a expressão "equipes", de um agregado de trabalhadores nos serviços, como indicou Peduzzi (2001), para uma integração de ações realizadas por diferentes trabalhadores.

Nesta coletânea, organizamos capítulos que articulam a experiência de ensino em coletivos de aprendizagem social, demonstrando o movimento dos objetivos declarados à ação material na realidade, ou seja, de uma ação coletiva construída em condições concretas de exercício laboral. Entretanto, não é o exercício objetivo de ações laborais e sua organização que nos interessou para essa coletânea temática. O que nos motivou foi um efeito particular dessa ação laboral feita coletivamente e em serviço: há um efeito pedagógico da aprendizagem colaborativa na interação entre núcleos e identidades profissionais em consolidação, nas experiências sistematizadas e articuladas aqui. Esse efeito se expressa como o registro da educação baseada na colaboração, em oportunidades na graduação, na extensão, na residência, na educação permanente em saúde dos trabalhadores nos serviços e na educação pelo e no trabalho,

além da vivência em ligas acadêmicas, que envolvem destaque e protagonismo aos estudantes. Inicialmente, esse efeito alarga as capacidades profissionais e torna mais ampla, com crescimento em interface com outras identidades profissionais. Sobretudo, dá destaque a uma aprendizagem como descoberta, uma vez que o ultrapassar das fronteiras profissionais dificilmente encontra respaldo substantivo no ensino das profissões e, exercido no trabalho, torna-se produção de si e da relação com o outro. A tendência ainda predominante é a especialização técnica e a fragmentação do trabalho.

Como apontava Peduzzi (2001) em suas análises, a característica colaborativa para as ações em equipe elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas pelos diferentes agentes, utilizando-se de fluxos intensivos de comunicação e negociação. Mas, diferente das análises da autora, que incidem sobre o trabalho propriamente dito, aqui a ênfase é a aprendizagem, mesmo que se desenvolva em situações típicas do interior de serviços e redes de atenção. Mais especificamente, nos interessou agrupar aqui experiências de aprendizagem do trabalho colaborativo e interprofissional.

Utilizamos a expressão “descoberta” para classificar a aprendizagem de trabalho colaborativo interprofissional nos serviços. Ceccim (2005) inventariou as ideias do debate contemporâneo sobre a formação e o trabalho em saúde, registrando que há uma compreensão do trabalhador como “recurso humano”. A concepção de “recurso” para o agente nuclear do trabalho na saúde tem incorporados dois planos objetivos, segundo o autor (CECCIM, 2005): a formação e o exercício profissional. Ambos pressupondo a plena possibilidade de eficácia da intervenção externa, tanto na subjetivação identitária pela incorporação de informações tecnocientíficas durante a formação quando no ordenamento corporativo e institucional do exercício profissional. A Constituição Brasileira de 1988 indicou a necessidade de revisar a naturalização com que a separação entre a formação e o trabalho, suas lógicas de funcionamento e suas demandas recíprocas quando apontou que também cabe ao SUS a participação no ordenamento da formação dos trabalhadores da saúde.

E o fez de forma tal que, no lugar da imagem de uma “Política de Recursos Humanos em Saúde”, foi inserida, como política do SUS, uma imagem de “Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde” (CECCIM, 2005), com consequências epistêmicas e políticas relevantes. As concepções gerencial e pedagógica que são chamadas a intervir nos processos de formação e trabalho agora são diversas, embora esse ainda seja um campo relevante de disputas entre as concepções anteriores e as inovações propostas pelo contexto atual. No mundo do trabalho, surgem novas expressões para designar a compreensão sobre a singularidade do trabalhador, que toma parte de projetos políticos



sobre o trabalho, que forma redes e grupos de interesse, que organiza seu trabalho por entre as dobras das normas e dos protocolos. *Trabalho vivo em ato*, diz Merhy (2002), para falar de uma configuração tecnológica específica para o trabalho, onde as tecnologias relacionais (leves) são usadas para compor o cuidado (também a gestão, a participação e a formação), associadas aos equipamentos (tecnologias duras) e aos conhecimentos estruturados e normas (tecnologias leve-duras), em combinações singulares, cuja arteficialidade é gerida pelas tecnologias leves. A rigor, a expressão “*trabalho vivo em ato*” informa uma condição anterior à tecnologia propriamente dita, mas do trabalho criativo e inventivo, do sopro de criatividade do artista diante da sua inspiração, que vai sendo sistematizada como tecnologia no exato momento em que se realiza como trabalho. Torna-se tecnologia e aprendizado ao mesmo tempo, em ato.

Na formação, essa ideia é muito fértil para pensar em uma aprendizagem ativa, onde as metodologias (tecnologias leve-duras) e os recursos pedagógicos (tecnologias duras) são combinadas com tecnologias leves (relação docente/aluno, trabalhador/aluno) e essa combinação está centrada na aprendizagem. Não se aprende porque há conhecimentos a serem absorvidos, como nossa tradição freireana reitera. E a absorção de conhecimentos não significa aprendizagem. Aprendizagem é para transformar a si e ao mundo.

Ceccim & Ferla (2008), utilizam a imagem da travessia de fronteiras, como a terceira margem do rio, para falar de uma aprendizagem significativa, operada como descoberta. Há potência de aprendizagem permanente no exercício do trabalho, uma vez que as tramas que se movem no trabalho são mais complexas do que os saberes já sistematizados sobre elas e que, em parte, foram sistematizados em saberes tecnológicos e equipamentos. A interprofissionalidade é bem ilustrada nessa ideia de uma terceira margem, que é o próprio leito do rio, e que reivindica atenção e observação permanentes. A modernidade foi produzindo identidades profissionais, com fronteiras cada vez mais estruturadas e rígidas, gerando a falsa imagem de que entre uma profissão e outra existe uma delgada membrana de separação. O mergulho no conhecimento especializado durante a fase *triumfal* da racionalidade científica moderna tornou a complexidade um artefato, uma externalidade. Mas a complexidade está exatamente no território que separa um saber especializado do outro, onde a vida se movimenta, com variações de saúde e o surgimento de doenças e agravos. E esse território não é uma membrana delgada; é o próprio leito do rio, como no poema de Guimarães Rosa. Movediço, enigmático e, muitas vezes, violento. Mas o leito do rio é também um território de conexões e descobertas, como alertam Ferla & cols (2019), refletindo sobre o conceito de *território líquido* (SCHWEICKARDT & col., 2016). É um território de aprendizagem permanente, uma vez que está constitutivamente associado ao trabalho que se desenvolve no cotidiano.

Ceccim & Feurewerker (2004) formulam a imagem de um quadrilátero da formação para falar do complexo jogo para as aprendizagens que o mundo do trabalho oferece aos seus atores, constituindo uma transversalidade na tradição da formação conservadora, centrada no conteúdo transmitido, na especialização técnica, na dependência tecnológica e alheia ao mundo do trabalho. O apontamento que em toda e qualquer ação de saúde é possível identificar, mesmo que com valor muito pequeno, a gestão setorial, as práticas de atenção, o controle social e o ensino, permite construir e organizar uma estética de aprendizagem

responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, pág. 59).

Expande-se a noção da aprendizagem e fica fortalecida a ideia de que se aprende em processo ativo de construção do conhecimento, deslocando-se o protagonismo do conteúdo sistematizado pela ciência e da autoridade do professor para a descoberta e a sistematização feita pelos atores que protagonizam a cena da aprendizagem, sejam eles alunos, trabalhadores, docentes, pesquisadores, usuários ... Aqui está a senha de seleção e organização dos textos que compõem essa coletânea: a aprendizagem como protagonismo, descoberta. Assim, a expressão “aprender a aprender”, que marcou a primeira geração de Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação na Saúde, ganha um novo platô de potência. Esse é um bom desafio para a interprofissionalidade, tanto na formação como no trabalho.

## **Interprofissionalidade no cotidiano: alargando fronteiras do conhecimento**

Como se registrou acima, essa coletânea **“Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde”**, é composta por experiências selecionadas entre um grande número de outras que se apresentaram para um convite à reflexão sobre a educação e o trabalho interprofissional. Organizamos aqui, 12 capítulos que foram produzidos por 47 autores em colaboração, abrangendo 4 regiões geopolíticas nacionais e envolvendo 10 estados da federação. Aos capítulos selecionados, foram acrescenta-

dos uma apresentação elaborada pela Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde da representação brasileira da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS), que contribui para a análise com o contexto internacional.

A compilação de textos, resultado do Edital N° 03/2017 - Chamada "Interprofissionalidade" - parceria entre a Rede Unida e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), simboliza o desejo de dar voz a novos autores e, sobretudo, uma escuta atenta às experiências locais. Autores estes que são também atores da mudança na formação, nos atos de transformação, nas cenas cotidianas do mundo do trabalho em saúde, inseridos nos territórios de vida dos sujeitos, compartilhando seus feitos e dando visibilidade às suas ações. Acolhemos, assim, desejos e produzimos registros das cenas da vida real, estimulando outros autores e atores à novas transformações. Mas aqui há um dado significativo e sensível: interessava-nos, ao propor o edital, também uma escuta ao cotidiano da formação e do trabalho, buscando sopros do que se constitui a partir da experiência de atores e atrizes que fazem a educação na saúde no cotidiano, seja no interior de redes e serviços do SUS, seja no interior das instituições de ensino e pesquisa.

O projeto de pesquisa "Interprofissionalidade na formação e no trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS): sistematizando e disseminando evidências no cotidiano do ensino e da atuação profissional no interior de sistemas e serviços de saúde", "Círculos de Cultura sobre Educação Interprofissional para o Sistema Único de Saúde", o qual a iniciativa da chamada está vinculada, busca as tensões desse cotidiano para sistematizar e analisar metodologias e tecnologias que não surgem apenas como resposta às políticas e teorias. A pesquisa, desenvolvida pela Associação Brasileira da Rede Unida, que tem sua origem justamente na articulação entre a educação e o trabalho em saúde, em articulação com pesquisadores de diversas instituições, tem como objetivo identificar e analisar experiências de educação e trabalho interprofissional em diferentes contextos dos sistemas de saúde e educação, para fortalecer a capacidade analítica e de formulação de políticas para a educação e o trabalho interprofissional. Na iniciativa do edital, as experiências compuseram mais três eixos de análise, cada um dos quais com uma publicação específica.

Nos associamos, na expectativa que formulou tal objetivo para a pesquisa, à capacidade de renovação dos conhecimentos e adensamento de práticas que Madel Luz (2009) identificou, em algum momento da emergência do campo da Saúde Coletiva, como sua condição de complexidade:

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão

acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. (LUZ, 2009, pág. 306).

Interação entre práticas e discursos disciplinares, teorias e fazeres cotidianos, produzindo intervenções recíprocas são fatores que descrevem uma condição de complexidade, no seu sentido epistêmico de superação da lógica do problema-solução própria da racionalidade científica moderna. Talvez melhor fosse denominá-los “dispositivos”, na medida em que não apenas descrevem, mas produzem ativamente essa condição de complexidade e, assim, impõem movimento e desenvolvem o campo.

Madel Luz (2009) afirmava que, nessa condição, duas lógicas de “regime de produção de verdades”, remetendo à analítica foucaultiana, constituem uma natureza híbrida do campo:

a) a lógica teórico-epistemológica de produção de conhecimento, seja ela interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar em que se origina, e b) a lógica operativa e pragmática da eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida, no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo (LUZ, 2009, pág. 306).

Regimes de produção de verdade são discursos que circulam e que funcionam na produção de fatos e condições e, assim, esse duplo vetor de complexidade dá movimento ao campo da saúde coletiva e, de forma muito similar, à formação e ao trabalho em saúde. Não há como reduzir a compreensão das temáticas da formação e do trabalho a um campo disciplinar puro e tampouco conceber o cotidiano do ensino da saúde e do trabalho no interior de serviços, redes e sistemas de saúde sem identificar efeitos de natureza operativa e pragmática que atravessam as práticas, seja no sentido das diversas produções normativas e discursivas sobre o “como fazer” da formação e do trabalho, seja no sentido do “o que fazer” e “para quem”.

Assim, tomada como uma temática complexa, interdisciplinar, híbrida e em movimento, a formação e o trabalho em saúde, no caso dessa coletânea representada pela interprofissionalidade na formação e no trabalho, reivindica outro modelo de produção de conhecimentos, não redutível à ciência demonstrativa vigente e tampouco à dicotomia entre a ciência e o senso comum. A

produção de conhecimentos sobre essa temática envolve não apenas a pesquisa experimental, mas também o conhecimento gerado a partir da experiência vivenciada pelos autores do cotidiano da formação e do trabalho. Essa foi a aproximação que a Chamada de Manuscritos buscou.

## Experiências em diálogo

Nessa coletânea, as experiências de ensino estão articuladas em coletivos de aprendizagem social, cultural e política, evidenciando processos que alargam a habilidade inventiva dos atos pedagógicos transcendentem à ação material da educação e saúde nas mais variadas realidades brasileiras. Sustentam-se através da educação baseada na colaboração, na qual a participação desempenha um lugar de destaque junto ao protagonismo dos atores. O “fazer por” cede passagem para o “fazer com”. A integração ocupa a tônica da formação em saúde nos discursos e práticas compartilhadas. As experiências relatadas se dão em oportunidades na graduação, na extensão, na residência, na educação permanente em saúde e na educação pelo e no trabalho, além da vivência em ligas acadêmicas e estágios de vivência que concedem destaque e protagonismo aos estudantes.

Estas concepções se difundem nas ações sistematizadas nos capítulos que seguem. Cada relato, em sua genuinidade, aponta para caminhos que vêm sendo percorridos no campo da educação interprofissional. Estes caminhos, vislumbrados ao longo da imagem destas ações, requerem o exercício do registro sistemático, como forma de construção de novos olhares para o cotidiano do trabalho em saúde.

São relatos atravessados pelas experiências práticas intentadas e vivenciadas em equipes de saúde. Partem do desejo agregado por coletivos que reinventam atos pedagógicos no sentido de mudar a formação em saúde. São ousados quando intentam provocar mudanças na formação setorial, arrojados quando o fazem com base no trabalho em saúde desenvolvido em cenários reais de ensino-aprendizagem e atrevidos ao gerarem reflexões que alteram o curso dos processos instituídos e cotejam atos instituintes. Neste campo, ser ousado, arrojado e atrevido são qualidades apreciadas e induzidas por meio de produções coletivas de uma rede viva que se entrelaça.

Materializam nos registros, através do relato de suas ações, realidades vivenciadas por discentes e docentes dos cursos de graduação da área da saúde; por residentes e equipes de saúde, alguns destes profissionais preceptores dos Programas de Residência em Saúde, outros trabalhadores do SUS, gestores municipais da saúde e gerentes de serviços de saúde, desejosos da transformação das práticas e da qualificação da atenção em saúde.

A Educação Interprofissional (EIP) é sistematizada e apreendida nas práticas cooperativas aqui compartilhadas. Absolutamente presente na imagem que tais relatos transmitem, a EIP ainda se mostra distante do aprofundamento teórico apreendido nas narrativas produzidas. A produção teórica nacional do tema, ainda incipiente, ganha reforço pela experimentação prática da EIP produzida por estes atores/atores. Também novos arranjos, na medida em que se identifica a aprendizagem não somente no âmbito da formação profissional, mas também, e sobretudo, no exercício cotidiano do trabalho.

Os textos apresentam experiências inovadoras e propositivas de mudanças na formação de profissionais para a área da saúde. Apostam na integração entre instituições de ensino superior com a rede de atenção em saúde. Apresentam ações em seus mais variados desenhos, desde as práticas extensionistas e suas relações com as políticas públicas de mudança na formação em saúde, como o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o Rondon e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde); movimentos de mudança na formação de graduação das profissões da área da saúde disparados pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde (DCNs) aliados à indução do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), compartilhando encontros que agregam centros formadores e departamentos de uma mesma instituição no debate da mudança e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem; ações de transformação dos cenários de prática reorientados para cenários de rede-escola, espaços onde o aprender se agrega ao processo de trabalho em saúde; alcançando a pós-graduação em saúde através de relatos que partem dos residentes na perspectiva do protagonismo de seus processos de ensino-aprendizagem durante a formação da residência em saúde.

O aprendizado prático e a atuação em coletivos orientam os processos educativos e de saúde transcritos nas experiências apresentadas. São relatos genuínos de atores estratégicos em processo de (trans)formação. Evidenciam-se narrativas implicadas com o tema do trabalho em saúde, que buscam a mudança do modelo de formação setorial que de fato atenda as reais necessidades de saúde da população.

Os artigos problematizam o ensino em saúde, sinalizando movimentos de mudança na formação. Abjuram a formação tradicional tecnicista, empreendida em projetos pedagógicos de curso que pouco dialogam com as realidades sociais, culturais e sanitárias, reproduzindo o modelo de ensino flexneriano.

A inovação pede passagem neste livro! Práticas e novas experimentações na formação em saúde colocam cursos em contato sistemático de ensino-aprendiza-

gem. Estágios e vivências no SUS são objeto de mudança da formação de profissionais da saúde e dos trabalhadores e gestores que já atuam no sistema. Residentes em contato contínuo no mundo do trabalho desterritorializam equipes de saúde e desencadeiam processos de educação permanente em saúde junto aos trabalhadores do SUS, dando novos sentidos à expressão “redes de atenção”, não apenas como os modos de organizar as ofertas, como também na aprendizagem de novos fazeres.

Ligas Acadêmicas colocam discentes de vários cursos da área da saúde em experimentação da interprofissionalidade em ato em suas formações universitárias, ressignificando o termo, inicialmente utilizado para a organização de atividades de lazer. Vivências no ensino, pesquisa e extensão são destacadas nestes relatos, onde os coletivos se ocupam do aprender e do compreender. Processos de ensino-aprendizagem fundamentados por metodologias problematizadoras ganham destaque nos relatos do livro. A aprendizagem colaborativa fecunda estes discentes que polinizam outros atores ampliando olhares sobre processos não hegemônicos na formação em saúde. Uma atividade educativa transforma-se para promover a horizontalidade das relações; usuários, trabalhadores, tutores, preceptores, residentes, docentes e discentes comunicam entre si novos modos de fazer saúde e educação, produzindo relações afetivas e de cooperação no mundo do trabalho em saúde.

A experiência de tutoria no Curso de Educação Permanente em Saúde (EPS) em Movimento entra em cena para tornar visíveis práticas da educação interprofissional. A experiência se mostra exitosa e seu relato instiga a busca por novas oportunidades de construção de EPS, quer seja pela sua capilaridade, quer pela sua capacidade de mobilização de atores – tutores, facilitadores, formadores, trabalhadores do SUS e especializando –, quer, ainda, pelo alinhamento conceitual, pela configuração das perspectivas, organização estrutural e pedagógica da formação, ou pela capacidade de produzir cuidado e ampliar o olhar sobre o processo de trabalho em saúde.

O incremento de novas metodologias de ensino-aprendizagem é objeto da simulação realística descrita em uma das experiências relatadas no livro. O encontro entre dois cursos, em último estágio da formação em saúde, aponta para a necessidade de repensar a formação, aclamando este encontro na perspectiva da educação interprofissional. Os desafios do mundo do trabalho são trazidos nos relatos compartilhados pelo texto, sinalizando a necessária aproximação teórica e prática dos cursos da saúde, ainda em processo formativo, com vistas a minimizar os conflitos e a fragmentação do cuidado nas práticas de saúde.

A interdisciplinariedade promovida pelo PET GraduaSUS é objeto de análise no livro. A articulação entre instituições formadoras e comissões interges-

toras regionais pactua, desde as temáticas transversais do programa, as suas ações cotidianas. Novos acordos são formados com a ampliação do escopo de atuação regional da IES. Novas apostas são feitas no contato dos estudantes com os trabalhadores e usuários da saúde. Novas aprendizagens são resultado das potências destes encontros. E novas formas de cuidar e gerir saúde são conquistadas por usuários e gestores do SUS.

As residências multiprofissionais se constituem em cenários potenciais ao exercício da interprofissionalidade. A perseguição das ações que promovem a integralidade da atenção em saúde são intenções permanentes dos programas. A prioridade do trabalho em equipe, com respeito as especificidades de cada profissão, parte do preceito que para fazer junto, no ambiente de trabalho em saúde, é condicionante a oferta de espaços de aprendizado interprofissional durante a formação acadêmica. As atividades, contextos, rotinas, experimentos e construções de um programa são descritas neste livro e convocam à leitura.

O trabalho interprofissional colaborativo é interrogado ao utilizar como ferramenta a educação permanente em saúde. Os resultados desta narrativa surpreendem ao compartilhar impressões e sentimentos da equipe, bem como contrapor estes aos acúmulos de outras experiências.

## Referências

CECCIM, R. B. & Ferla, A. A. (2008). **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trab. educ. saúde, v.6, n.3, p.443-456.

CECCIM, R. B. (2005). Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: Roseni Piniheiro; Rubem Araujo de Mattos. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde**, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ªed. Rio de Janeiro - RJ: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 161-181.

CECCIM, R. B., & FEUERWERKER, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 14(1), 41-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en). Acesso em 16/08/2019.

FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C.; Gai, D. N. ; Schweickardt, J. C. (2019). **Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia**: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. Em: Ferla, A.A.; Schweickardt, K.H.S.C.; Gai, D.N.; Schweickardt, J.C.. **Atenção básica e formação profissional em saúde**: inovações na Amazônia. Porto Alegre: Rede Unida. Pág. 08-20.



LUZ, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12/05/2019.

PEDUZZI, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034=89102001000100016-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034=89102001000100016-&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12/05/2019.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; KADRI, M. R.; FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. T. R. (Orgs). (2016). **Educação e Práticas de Saúde na Amazônia**: tecendo redes de cuidado. Porto Alegre: Rede Unida.

# Vivências interprofissionais em saúde: formação inovadora da Liga Interdisciplinar de Saúde da Criança no oeste da Bahia

03

Mússio Pirajá Mattos,  
Daiene Rosa Gomes

"É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo..."  
Paulo Freire.

As práticas interprofissionais têm despertado interesse das instâncias políticas e das instituições de ensino superior responsáveis pela formação de profissionais da saúde, reforçando a importância dessa vivência para a melhoria do cuidado em saúde (FORTE et al., 2016). A educação interprofissional em saúde (EIP) pode ser compreendida como uma ação em que os educandos de áreas diversas compartilham seus saberes e a partir da interação, contribuem para o melhor cuidado aos usuários (REEVES et al., 2013). Para a compreensão da EIP de forma mais ampla, Batista (2013, p. 59) convida à ressignificação dos conceitos de educação e de saúde:

a Educação deve ser entendida com uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos como instrumentos de transformação social, em que professor e aluno atuam em situações interativas de ensino aprendizagem. Já a Saúde, entendida numa concepção sócio-histórico-cultural, enfatizando a integralidade do cuidado, com a equipe de saúde atuando em uma perspectiva interdisciplinar.

A partir dessa concepção de educação e saúde, é preciso compreender o processo de formação dos profissionais da saúde. Publicações científicas já sinalizam mudanças no perfil dos profissionais da saúde que vivenciaram na sua tra-

jetória acadêmica a interação interprofissional (COOPER et al., 2001; HIND et al., 2003; COOPER; SPENCER-DAWE; MCLEAN, 2005; McNAIR et al., 2005; BARR et al., 2005; GOELEN et al., 2006; FORTE et al., 2016). Em 2010, a temática ganhou destaque a partir de duas publicações que apontam a EIP orientada para o trabalho em equipe, como componente de uma ampla reforma no modelo de formação profissional e de atenção à saúde (WHO, 2010; FRENK et al., 2010). Ambas as publicações do cenário internacional, destacam a necessidade de reorganizar a rede de atenção à saúde e a formação, com ênfase na colaboração entre os profissionais e com foco nas necessidades de saúde dos usuários (SILVA, 2004).

Em 2011, foi publicado o Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC), relatório que fala sobre as competências centrais para a prática interprofissional colaborativa, que podem ser transformadas em objetivos de aprendizagem com ênfase na segurança, alta qualidade, acesso e cuidado centrado no usuário. As competências elaboradas pela IPEC são: valores/ética para a prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe (IPEC, 2011).

A Organização Mundial de Saúde - OMS, em 2013, publicou um documento norteador para transformar a educação profissional, com o objetivo de apoiar e promover avanços nos sistemas de saúde, em prol da equidade e atenção às necessidades de saúde dos usuários. As recomendações são: educação e treinamento institucional com programas de desenvolvimento profissional para o corpo docente relacionados às necessidades de saúde das comunidades; implementação de políticas obrigatórias de educação, inovação na formação universitária com a contratação de profissionais da saúde; adaptações curriculares com ênfase nas necessidades de saúde da população; inclusão de métodos de simulação de alta e baixa fidelidade; desenvolvimento de políticas de inclusão social dos estudantes; e, adoção da EIP nos cursos de graduação e pós-graduação (WHO, 2013).

Uma equipe integrada deve envolver profissionais que interagem entre si e compartilham o processo de negociação/tomada de decisão para alcançar objetivos comuns à equipe, com foco nas necessidades de saúde dos usuários. As práticas das equipes integradas são caracterizadas pela colaboração, respeito mútuo e confiança, fundamentada no reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, com interdependência e complementaridade dos saberes e ações (IRIBARRY, 2003; MARTÍN-RODRIGUEZ et al., 2005; D'AMOUR et al., 2008; PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009; NUGUS et al., 2010; PEDUZZI et al., 2013).

Para compreender esse trabalho colaborativo em equipe é importante distinguir os termos trabalho em equipe e prática colaborativa. O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo, estabelecido por meio de relações

recíprocas entre as intervenções técnicas e as interações entre os profissionais (PEDUZZI, 2001, 2007). Segundo Peduzzi (2007, p.161) “o trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam um mero agrupamento de profissionais”. A coexistência de vários profissionais não constitui um trabalho em equipe, pois a integração não ocorre automaticamente, pelo contato ou troca de informação com os outros. A integração dos profissionais em equipe requer uma construção pautada na interação dialógica, em busca do entendimento e compartilhamento de um horizonte ético e premissas técnicas (PEDUZZI, 2001, 2007).

Para a mudança das práticas na perspectiva do trabalho em equipe de saúde é necessário que haja um redirecionamento dos valores em que está ancorada a prática profissional, da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado, e modelo biomédico hegemônico, para a integração, democratização das relações de trabalho e integralidade das ações de saúde (PEDUZZI, 2007). Desse modo, pode-se dizer que o trabalho em equipe representa um componente de reorganização das práticas de saúde com recomposição, articulação e integração profissional, que se justifica mediante mudanças concomitantes do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade (PEDUZZI, 2007; PEDUZZI et al., 2013).

A EIP pode contribuir para a formação em prol do trabalho colaborativo em equipe, bem como inter-equipes e em rede de serviços, para o qual são necessárias mudanças no tocante à socialização dos papéis profissionais e do processo de trabalho em saúde. Requer o desenvolvimento de uma relação interdependente e interativa, com parceria entre equipes, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisão compartilhada sobre as necessidades de saúde no cuidado ao usuário (MARTÍN-RODRIGUEZ et al., 2005; ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009; OLENICK et al., 2010; ORCHARD; ALLIEN; SMEGO, 2012).

No Brasil, o modelo predominante de ensino superior é uniprofissional (COSTA et al., 2014). A formação pautada no referido modelo de ensino está centrada nas disciplinas e na racionalidade biomédica, flexinerização, com ênfase na dimensão biológica e no substrato anatomopatológico do processo saúde-doença (ALMEIDA; FEUERWERKER, LLANOS, 1999; RIBEIRO, 2000; BARR et al., 2005; CECCIM; CARVALHO, 2005; MORAES, MANZINI, 2006; REEVES et al., 2008; ALMEIDA FILHO, 2010; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013; KHALILI et al., 2013). A educação uniprofissional ocorre quando os estudantes de uma única profissão aprendem juntos (BARR et al., 2005). Conseqüentemente, os estudantes priorizam a sua área, sem valorizar o reconhecimento da complementaridade dos papéis de outros profissionais no cuidado em saúde (BARR et al., 2005; REEVES et al., 2008; ALMEIDA FILHO, 2010; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013; KHALILI et al., 2013).

Para promover mudanças na formação em saúde em direção à integração ensino-serviço, com estímulo à interprofissionalidade, em 1973 a OPAS propôs o desenvolvimento da rede de integração docente assistencial (IDA) (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008). A IDA tem sido desenvolvida desde a década de 60, no Brasil, com a finalidade de diversificar os cenários de ensino e aprendizagem (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). É um dos recursos utilizados para integrar o ensino aos serviços, definida pelo Ministério da Educação como: união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1981).

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho; as demandas de cuidado em saúde da população; a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS); a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), com a finalidade de formar novos perfis de profissionais de acordo com os princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); a necessidade de melhoria na relação médico-paciente, dentre outros fatores, indicam que há urgência em se promover uma revisão dos modelos de formação dos profissionais da saúde (FEUERWERKER, 2003; BATISTA; BATISTA, 2004; ALMEIDA- FILHO, 2011).

Um dos fatores associados às críticas a formação dos profissionais da saúde está pautada no modelo pedagógico predominante de educação, denominado “tradicional ou bancário”. Tal modelo apresenta dentre outras características, um ensino conteudista; tecnicista; biologicista; fragmentado; centrado na figura do professor; na doença e não no usuário; na medicalização; na transmissão do conhecimento; na reprodução de procedimentos com a finalidade de adquirir destrezas; na dicotomia teoria/prática; e na falta de exercício da capacidade de escuta do usuário (LOPES et al., 2007; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde (DCNs) traçam o perfil de um formando egresso/profissional com formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva”. As DCNs consideram não só as dimensões tecnológicas e técnicas para a formação desses profissionais, mas também aspectos psicossociais de seres humanos “historicamente situados” (BRASIL, 2001, p. 4). Assim, essas Diretrizes contemplam, além dos conteúdos específicos e técnicos, aqueles provenientes das Ciências Sociais e Humanas para o desenvolvimento pleno desses profissionais.

A complexidade do ser humano indica que a organização tradicional da ciência com disciplinas estanques precisa ser superada. A superação da disciplinaridade requer a construção de interação ou integração dos campos discipli-

nares (ALMEIDA FILHO, 2000). A interdisciplinaridade pode eliminar a distância existente entre formação escolar e atividade profissional. Contudo, as disciplinas, ou ciências, classificadas segundo os valores sociais vigentes, individualização e especialização, representam obstáculos para execução da proposta interdisciplinar, devido à dificuldade em eliminar as barreiras entre as disciplinas, mediante a articulação das especialidades para superar a fragmentação curricular e anular o trabalho individual em prol do coletivo (FAZENDA, 1994).

A proposta da interdisciplinaridade busca reconhecer e dar viabilidade à interdependência entre as disciplinas com interação e reciprocidade dos especialistas de diferentes áreas, em prol da construção de um saber integrado, para superar a fragmentação e possibilitar a compreensão da complexidade da realidade (JAPIASSU, 1976; SAUPE; BUDÓ, 2006). A revisão de literatura sobre a interdisciplinaridade realizada por Gattás e Furegato (2006) revela que apesar das divergências no conceito que envolvem, tanto os saberes científicos quanto a intersubjetividade, prevalecem aspectos comuns, indispensáveis para à prática interdisciplinar como: atitude, capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura para o outro e disposição para colaborar.

Desse modo, falar em educação interprofissional em saúde reforça a relação direta da formação com o trabalho, ou educação contextualizada na realidade de trabalho, mediante a estreita conexão entre saberes e práticas, para superar a racionalidade positivista científica, enfrentar o antagonismo entre a lógica profissional que preconiza o núcleo do saber de cada área, com a diferenciação profissional em contraposição à necessária lógica da colaboração profissional, como uma condição de qualificação das práticas de saúde para educação e prática interprofissional (SAUPE; BUDÓ, 2006; FURTADO, 2007). Nessa idealização em poder contribuir para a formação de profissionais da saúde, criou-se uma Liga Interdisciplinar de Saúde da Criança na região oeste da Bahia, a fim propiciar a vivência da prática interprofissional, como detalhado a seguir.

### **Vivenciando a tríade ensino-serviço-comunidade na liga interdisciplinar de saúde da criança**

As Ligas Acadêmicas (LAs) surgiram no Brasil na época da ditadura militar, período que permitiu questionar os ensinamentos realizados dentro das universidades, assim como, a aplicabilidade, direcionamento e a expansão desse conhecimento teórico-prático (LIMA, 2008; TORRES et al., 2008). A primeira na área da saúde foi a de combate a Sífilis, criada em 1920, pertencente ao centro acadêmico Oswaldo Cruz que hoje promove pesquisas relacionadas ao Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PÊGO-FERNANDES; MARIANI, 2011; COSTA et al., 2012). As ligas

se tornaram uma opção seguida pelos acadêmicos para constituir um currículo diferenciado e são formadas por estudantes, geralmente, do mesmo curso, onde ocorre o aprofundamento do aprendizado em determinado tema, com o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento pessoal em função da sociedade, valendo ressaltar que esse caminho é definido pelos alunos e orientações realizadas por um ou mais professores (HAMAMOTO FILHO, 2011; QUEIROZ et al., 2014).

Para atender as DCNs os profissionais de saúde devem possuir um perfil crítico, reflexivo, ético e humanista, capacitado para atuar frente às principais demandas de saúde da população, nos diferentes níveis de atenção em saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade do cuidado com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (CECCIM; CYRINO, 2017). As grades curriculares dos cursos de graduação já não são suficientes para o preparo do acadêmico, sendo assim, os alunos buscam as LAs, através de uma formação de currículo informal, para serem diferentes daqueles que se baseiam na grade comum das Instituições de Ensino Superior (COSTA et al., 2012). Aprender com entusiasmo também é um fator contributivo para procura das LAs, tratando-se de atividades que o aluno pode qualificar seu currículo, atuar junto à comunidade, além de ser um espaço livre de formalidades acadêmicas e poder escolher participar ou não (BASTOS et al., 2007; TAVARES et al., 2007; TORRES et al., 2008; HAMAMOTO FILHO, 2011).

Por outro lado, também existem razões para críticas a determinadas LAs, como: ocupar o tempo livre dos estudantes; reforço de vícios acadêmicos com aulas teóricas; possibilitar o exercício ilegal da medicina na falta de supervisão docente; abrir espaço para a intervenção da indústria farmacêutica; e, favorecer a especialização precoce e de maneira inadequada, podem contribuir para transformar em meras sociedades científicas, desconsiderando a sua essência de extensão universitária (HAMAMOTO FILHO, 2011). Levando em conta todas essas considerações e defendendo a relevância das LAs, com o objetivo de propor uma formação inovadora e diferencial com um espaço destinado a discussão de temas de interesse a saúde materna e infantil, fortalecendo a interação entre estudantes, profissionais, universidade e comunidade e de forma humanizada e centrada na família, foi fundada a primeira LA do Oeste Baiano, a Liga Interdisciplinar de Saúde da Criança (LISC).

A LISC é formada por alunos dos cursos de saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia e participam alunos de outras Instituições de Ensino Superior do Município de Barreiras, permitindo a formação de um grupo multiprofissional com estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia. Esse agrupamento contribuiu para que os membros da Liga vivenciassem o tripé ensino-serviço-comunidade, discutindo as práticas de

saúde de forma interdisciplinar, adotando uma perspectiva problematizadora e integrada ao desenvolvimento e às experiências de saúde e doença, por meio das Metodologias Ativas (MAs). Para Borges e Alencar (2014, p.120),

Podemos entender MAs como formas de desenvolver o processo do aprender que os professores utilizam na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas. A utilização dessas metodologias pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, advindos das atividades essenciais da prática social e em contextos do estudante.

As MAs surgem como uma alternativa de mudança para o processo ensino-aprendizagem. Elas podem ser compreendidas, também, como uma concepção educativa que estimula processos construtivos de ação-reflexão-ação, em que o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado numa situação prática de experiências, por meio de problemas que lhe sejam desafiantes e lhes permitam pesquisar e descobrir soluções, aplicáveis à realidade (LUCKESI, 1991; DIAZ-BORDENAVE; PEREIRA, 2007; SOBRAL; CAMPOS, 2012). Ideologicamente, também, gostaríamos de contribuir nas atividades da LISC para o desenvolvimento do senso crítico e uma prática mais ampla para o exercício das profissões com um olhar voltado às necessidades de saúde, colaborando, a partir do conhecimento gerado, para o fomento de políticas públicas municipais e para uma melhor assistência materno-infantil.

As MAs seguem o princípio teórico significativo da autonomia (FREIRE, 1999) contribuindo para a prática de uma educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a *aprender a aprender*. Levando em consideração essa construção no perfil dos profissionais de saúde que diz respeito a *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser*, garantindo à integralidade da atenção à saúde (FERNANDES et al., 2003). O método tradicional privilegia a transmissão da informação pelos docentes, o que era interessante quando o acesso a informação era difícil. Atualmente, com a internet e a possibilidade de aprender em qualquer lugar são necessárias novas abordagens em sala de aula que permitam a participação ativa do discente na construção do seu conhecimento (BERBEL, 2011). O professor deve ser um agente facilitador desse processo permitindo desafios aos acadêmicos.

É importante que o professor desenvolva uma atitude de parceria e responsabilidade com os alunos, que planejam o curso junto, usando técnicas em sala de aula que facilitem a participação e considerando os alunos como adultos que podem se responsabilizar por seu período de formação profissional (MASETTO, 2003, p.22).



Nesse momento nos questionamos sobre os fatores que iriam impulsionar os estudantes a participarem da LISC, considerando que as atividades iriam ocorrer além dos horários designados pelo currículo formal e o caminho para o processo de aprendizagem seria construído através do protagonismo dos alunos, fator este, que seria desconhecido e poderia causar espanto. Dessa forma, foi realizado um processo de divulgação e seleção da LISC, durante esse processo, os estudantes mostraram-se ansiosos e curiosos para saber como funcionaria as atividades dentro da Liga. Durante a entrevista foi questionado aos alunos sobre a capacidade de trabalhar em grupo, com o uso das MAs e com uma visão inter e multiprofissional. Definido os membros, a primeira reunião da LISC foi realizada com o desenvolvimento de um arranjo metodológico estratégico com a participação dos estudantes em equipes multiprofissionais, ou seja, grupos que representassem alunos de cursos distintos. Essa metodologia representou um arranjo inovador, não apenas pela forma inusitada, mas especialmente no que ela consiste e representa. Quando falamos num arranjo inter e multiprofissional nos referimos a uma equipe de trabalho onde o aluno deixa de ser, ele sozinho com suas habilidades e, passa a juntar sua equipe de trabalho, onde há comunicação, passando a intervir sobre a realidade do serviço de saúde e atender a necessidade de saúde dos usuários com suas habilidades profissionais.

Nesse contexto, devido ao caráter interprofissional, podemos atribuir uma aprendizagem colaborativa aos membros da LISC, que representa uma estratégia de ensino e aprendizagem. Para Araújo e Queiroz (2004): “Aprendizagem colaborativa é um processo onde os membros do grupo ajudam uns aos outros para atingir um objetivo acordado”.

A partir da definição da metodologia aplicada nas atividades de ensino da LISC foi possível prosseguir no processo de ensino e aprendizagem. Cada equipe foi composta por 5 a 6 membros. Os alunos eram responsáveis por problematizar as atividades e o conteúdo teórico-prático, juntamente com a equipe, com o objetivo de realizar intervenções efetivas no contexto de cada realidade e propor mudanças. As equipes definiram estratégias de trabalho e organizaram as apresentações teóricas e, também, de maneira lúdica com construção de banners, folders, caixa de medicamentos, bonecos e uma peça anatômica referente às mamas. O acompanhamento das avaliações dos membros das equipes multiprofissionais ficou sob responsabilidade dos membros das equipes, assim como, dos ouvintes. Os temas discutidos pelos grupos foram: Intercorrências mamárias relacionadas à lactação; Maternagem: Amamentar é muito mais que alimentar; Cuidando da amamentação e alimentação do seu bebê; Amamentação: nutrição, proteção e amor para o seu bebê; Posicionamento da mãe com o bebê durante a lactação; Uso de medicamentos durante a gestação e lactação; Como as relações familiares podem ser afetadas no processo de

aborto e a Influência do transtorno do espectro autista nas relações familiares.

As discussões permitiram extrapolar os assuntos propostos, em comum acordo com os educandos, e refletir sobre o material pedagógico confeccionado e a complexidade de conceitos trazidos as diferentes áreas de atuação:

“(…) Nós não sabemos como nossas profissões juntas podem contribuir na saúde materna e infantil”;

“Dentro do grupo há muita discussão nos aspectos biológicos e pouca nos psicossociais”;

“Adianta prescrever o medicamento e não orientar quanto ao uso?”;

“O paciente nem sabe o que é prolactina e ocitocina”;

“Amamentar não é só alimentar”;

“Como podemos contribuir para o aumento da adesão à terapia?”;

“Após essa experiência e muita discussão o grupo conseguiu se entender e compreender como nossas profissões, unidas, podem contribuir para uma abordagem mais ampla e atender a necessidade desses pacientes (Membros da LISC nas discussões dentro do arranjo inter e multiprofissional)”.

As falas representam uma estratégia de ensino inovadora que permitiu um grande envolvimento entre os educandos e a percepção de que não é possível fazer saúde de maneira individualizada, embora tenha ocorrido uma dificuldade no início para entender a proposta, não houve resistência nas discussões interprofissionais e interdisciplinares. É importante perceber que esse conhecimento permitiu que eles chegassem ao conhecimento da clínica ampliada e compartilhada e entender o sujeito dentro de suas particularidades. Diante desse desafio foi possível orientar e integrar a formação a atuação desses futuros profissionais a uma construção coletiva que potencialize o trabalho em saúde. Para Campos e Amaral (2007) a clínica ampliada considera ampliar o objeto de trabalho na clínica, agregando a ela, além das doenças, os problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas), enquanto a medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças. A clínica é ampliada quando é dada autonomia ao indivíduo, comunidade, família e compartilhada quando há comunicação entre os profissionais de saúde levando em consideração as suas habilidades e lidando com pessoas na sua dimensão social e subjetiva. Para a construção desses conceitos de autonomia e autocuidado é importante que todos esses atores sejam co-responsáveis pela necessidade de saúde do paciente. Quando pensamos na terapia de um paciente é importante que se perceba aspectos relacionados à sua história, que

esse sujeito esta envolvido, como por exemplo: Se trata de uma criança? Adulto? Idoso? Gestante? E se está inserido numa zona de vulnerabilidade? Seja de violência ou falta de saneamento básico. Todos esses fatores fazem parte da complexidade que envolve o sujeito e as equipes interprofissionais devem possuir um perfil necessário para garantir responsabilidade singular e de vínculo para atender as necessidades de saúde da população (LIMA, 1998; CAMPOS, 2003; CAMPOS, 2007).

Associar o uso de MAs em atividades de ensino da LISC foi assertiva. Para Mattos (2017, 2018) as MAs em atividades de ensino contribuem para o estímulo da criatividade, trabalho interdisciplinar, motivação para trabalhar com problemas reais, interesse, planejamento, investigação, execução, construção do conhecimento e aprendizagem significativa. Com a utilização das MAs e a vivência nos grupos multiprofissionais, podemos observar um aprendizado integrado, além da parceria e colaboração, mediante o envolvimento na realização das atividades, no desenvolvimento de competências e criação de sinergia entre os participantes e definição dos papéis de cada membro, pois os estudantes sempre traziam sugestões de ações que fossem realizadas com a finalidade de atender as necessidades de saúde dos usuários, podendo aprender consigo e com o outro. Percepções similares foram relatadas por Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) e Barreto e colaboradores (2011).

Frequentemente era discutido diferentes percepções, como por exemplo, as aventuras que o medicamento poderia sofrer após o ato da dispensação e como eles poderiam ser personificados quando inseridos nos aspectos sociais, culturais e demográficos dos pacientes. A personificação está relacionada com a atribuição de diversas características que os medicamentos podem ocasionar e influenciar dentro de um núcleo familiar, ou seja, podem assumir face de herói ou algoz. É comum as pessoas associarem o medicamento a um produto comercial e não considerar as modificações que podem ser gerados nas relações interpessoais seja por um bem estar e cura ou, a partir, de efeitos adversos como tristeza, sonolência, dificuldade com ereção, delírios, alucinações, irritabilidade, dentre outros. Assim como, quando armazenados incorretamente podem ter suas características organolépticas alteradas e, conseqüentemente, não possuir eficácia farmacológica. Logo, são necessárias orientações quanto ao uso adequado do medicamento, extrapolando essa afirmativa, sem deixar de levar em conta as particularidades e subjetividade do paciente para atender às suas necessidades de forma ampla.

É importante formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes para trabalhar em equipe e percepção dos fatores biopsicossociais e, como consequência, ressignificar e reinventar as práticas de saúde. Sendo as-

sim, resolvemos vencer as barreiras dentro da sala de aula e explorar o tripé ensino-serviço-comunidade com ações de educação em saúde e recolher essas experimentações. A participação dos estudantes da LISC tem gerado relatos (ALVES et al., 2017; FONSECA et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018) interessantes de atividades educativas no Oeste da Bahia, em feiras de saúde vinculadas a associações sem fins lucrativos; participação em eventos como a Semana do Bebê promovido pela Prefeitura Municipal de Barreiras em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); orientação em grupos de Gestantes em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF); ações no dia das crianças em orfanatos e a realização do primeiro Simpósio de Aleitamento Materno do Oeste da Bahia na UFOB.

Durante as atividades de educação em saúde para exemplificar o processo de maternagem voltada para a relação de vínculo entre a mãe e o bebê, os estudantes elaboraram um cartaz com o desenho de uma mulher amamentando um bebê e ao redor do mesmo tinham as seguintes frases: “seu toque me conforta”, “sua voz é minha canção”, “seu corpo me aquece”, “seu cheiro me acalma”, “seus braços são minha proteção”, “suas batidas me fortalecem”, “seu olhar confirma a minha existência” e “seu colo é morada de paz e amor” que refletem e expressam de forma ilustrativa alguns sentimentos, sensações e a afetividade envolvidos no momento da amamentação (FONSECA et al., 2018).

A ideia do cartaz como proposta de metodologia foi propiciar a transmissão de modo didático e estratégico que pudesse chamar a atenção para uma temática tão importante que é o processo de maternagem durante a amamentação, no qual pouco se conhece, assim como pouco se discute no contexto da maternidade (Acadêmica de Psicologia da LISC).

O folder intitulado “Amamentar é muito mais que alimentar” continha informações que buscavam responder esse questionamento não apenas sob o ponto de vista biológico, mas como um fator biopsicossocial, preocupando-se com a completude do ser humano (Acadêmica de Psicologia da LISC).

Os discursos mais uma vez representam a aprendizagem significativa pelo exemplo das experiências interprofissionais nas equipes de trabalho com ações de educação em saúde. A aprendizagem significativa permite a integração construtiva entre pensamento, sentimento e ação que contribui para o engrandecimento humano (MOREIRA, 2000). Uma das condições para a aprendizagem significativa é quando o estudante apresenta uma predisposição para aprender, ou seja, o evento educativo é acompanhado de uma experiência afetiva. Segundo essa hipótese de Novak é que a experiência afetiva é positiva e intelectualmente construtiva quando o aprendiz possui ganhos em compre-

ensão; reciprocamente a sensação afetiva é negativa quando gera sentimentos onde o aprendiz sente que não está aprendendo (MOREIRA, 2000; SANTOS, 2007). Para os membros da LISC,

Participar na LISC permitiu aprofundar os conhecimentos referentes à saúde materna e infantil, assim como, aprender a trabalhar em grupo; conhecer mais pessoas e as habilidades de outros colegas que atuam em outros cursos, além de me desenvolver melhor na graduação. Hoje, entendo mais profundamente o significado propagado por nossa Liga em que dizemos que juntos somos mais fortes.

Essa afirmativa sempre esteve presente nas discussões científicas da LISC, onde frequentemente os educandos falavam que “juntos somos mais fortes” com a ideia de que sempre poderíamos fazer mais se estivéssemos unidos. E refletindo dentro dessa perspectiva, chegamos à conclusão do quanto é importante o trabalho em equipe, e como a LISC estimulou os estudantes nas tomadas de decisões e alimentou uma formação interprofissional inovadora, contribuindo para a compreensão integral da necessidade da população. Sendo assim, esse caminho foi sendo seguido para atender a necessidade de saúde de gestantes, lactantes e crianças com atividades de prevenção e promoção da saúde e de formação inovadora, para que os membros da LISC se tornem agentes multiplicadores das discussões e conhecimentos gerados para as gerações subseqüentes. As narrativas sobre a trajetória dos membros da Liga refletem os efeitos, tanto na vida acadêmica, quanto ao processo de práticas em saúde. Sobre o processo de formação em saúde, a relação professor-aluno foi bastante importante e permitiu a superação de diversos desafios durante esse percurso com grande contribuição nesse binômio, o que acabou gerando reflexão na prática das competências necessárias em saúde que garantissem que esses estudantes assumissem perfil de protagonistas nas práticas relacionadas ao processo ensino-serviço-comunidade. Entrando em acordo, Barros (2001) completa dizendo que as práticas educativas na área da saúde devem ser direcionadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Por fim, foi verificado desenvolvimento de relações interpessoais e construção do trabalho interdisciplinar que favoreceram a autonomia e participação de todos na assistência à saúde. O trabalho interprofissional desenvolvido pela LISC contribuiu para um olhar não mais singular, e sim plural, que trouxe a possibilidade do trabalho em equipe encontrar soluções de maneira compartilhada que atenderam as necessidades da população. Convém salientar que as atividades da LISC propiciaram o surgimento de um modelo de educação inovadora que estimularam respeito à autonomia do indivíduo, comunidade e

profissionais da saúde; educação dialogada e reflexão no papel de educador em saúde, permitindo uma vivência verdadeiramente transformadora. Que a gente siga com a esperança do verbo esperar dita por um dos grandes educadores brasileiros, Paulo Freire, construindo e levando adiante a importância da formação de profissionais de saúde como agentes transformadores da sociedade.

## Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**. Campinas, v. 16, n. 1, p. 165-184, 2011.

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

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.12, p: 2234-49, 2010.

ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; 1999.

ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, 2011.

ALVES, D. A.; SANTOS, F. C.; ALMEIDA, L.A.; MATTOS, M. P. Educação em Saúde no processo de posicionamento da mãe com o bebê durante a amamentação. **Em Extensão**, v.16, n.2, p: 242-252, 2017.

ARAÚJO, H. S.; QUEIROZ, V. **Aprendizagem cooperativa e elaborativa**, 2004. Disponível em: [www.studygs.net/portuges/cooplear.htm](http://www.studygs.net/portuges/cooplear.htm). Acesso em: 10 out. 2017.

BARR, H.; KOPPEL. I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. London: Blackwell, CAIPE; 2005.

BARROS, A.L.B.L.; CARNEIRO, C.S.; SANTOS, V.B. A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, v.24, n.2, 2011.

BASTOS, M. G.; ANDRADE, C. R.; SALGADO, I. A. S.; PAULA, M.T.; BRITO, D. J. A.; FILHO, N.S. Papel das ligas estudantis de apoio à Nefrologia na prevenção da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.29, p.28-31, 2007.

BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZOLLO, A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A. (Orgs.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 59-67.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. (Orgs.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v.32, n.1, p.25-40, 2011.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, n.4, p. 119-143, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA). Brasília, MEC/SESU/CCS, 1981. 32p. **Cadernos da Ciência da Saúde**, n.3.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde**. Brasília, DF: MEC, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz. p.41-80, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & saúde coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço**. Caderno FNEPAS. 2011, p.1:19.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.

B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2ed. Rio de Janeiro: IMES/ UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 69- 92.

CECCIM, R. B; CYRINO, E. G. **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes:** percursos na formação pelo trabalho [recurso eletrônico] - Porto Alegre: Rede UNIDA, p.65, 2017.

COOPER, H.; CARLISLE, C.; GIBBS, T.; WATKINS, C. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: A systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, p: 228-237, 2001.

COOPER, H.; SPENCER-DAWE, E.; MCLEAN, E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 5, p: 492-508, 2005.

COSTA, B. E. P. et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. **Revista Scientica Medica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 162-168, jul./set. 2012.

COSTA, M. V. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde** [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.

D'AMOUR, G. L.; LABADIE, J. F.; MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. **BMC Health Services Research**, v. 8, p.188, 2008.

DIAZ-BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade:** história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus, 1994.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L. A.; OLIVA, R.; SANTOS, S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista de Enfermagem**, v.56, n.54, p.392-395, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In:



CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENS, A. O. org. **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p. 35-68.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais em saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FONSECA, L. K. R.; MARQUES, I. C. L.; SANTOS, C. T. M.; MATTOS, M. P.; GOMES, D. R. Maternagem: Vivenciando ações de educação em saúde que auxiliam na promoção do aleitamento materno. **Saúde em Redes**, v.4, n.1, p: 183-192, 2018.

FORTE, D. S. F.; MORAIS, H. G. F.; RODRIGUES, S. A. G.; SANTOS, J. S.; OLIVEIRA, P. F. A.; MORAIS, M. S. T.; LIRA, T. E. B. G.; CARVALHO, M. F. M. Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface**, v.20, n.58, p:787-96, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. **The Lancet**, v. 376, p: 1923-57, 2010.

GATTÁS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.3, p: 322-7, 2006.

GOELEN, G.; CLERCQ, G.; HUYGHENS, L.; KERCKHOFS, E. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. **Medical Education**, v.40, n.6, p: 555-61, 2006.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

HAMAMOTO FILHO, P. T. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 535-543, out./dez. 2011.

HIND, M.; NORMAN, I.; COOPER, S.; GILL, E.; HILTON, R.; JUDD, P.; JONES, S. C. Interprofessional perceptions of health care students. **Journal of Interprofessional Care**, v.17, n.1, p:21-34, 2003.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLABORATIVE (IPEC) Group. **Interprofessional Education Collaborative Expert Panel**. Core competencies for Interprofessional Practice: Report on an Expert Panel. Washington; 2011.

IRIBARRY, I. S. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p: 483-490, 2003.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade**: a patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

KHALILI, H.; ORCHARD, C.; LASCHINGER, H. K. S.; FRAH, R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **Journal of Interprofessional Care**, 2013; Early On line 1-6.

LIMA, M. A. D. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, v.9, n.17, p.367-379, 2005.

LOPES, S. R. S.; PIOVESAN, E. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1991.

MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S. A. N.; BEAULIEI, M. D.; D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**, v. 1(Supl), p: 132-147, 2005.

MASSETO, M.T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MATTOS, M. P. Metodologias ativas auxiliando no aprendizado das ciências morfofuncionais numa perspectiva clínica: um relato de experiência. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.16, n. 2, p: 146-150, 2017.

MATTOS, M. P. Viagem Educacional e oficinas temáticas como ferramentas de

formação construtivista em psicofarmacologia clínica. **Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.12, n. 4, p: 478-488, 2018.

McNAIR, R.; STONE, N.; SIMS, J.; CURTIS, C. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. **Journal of Interprofessional Care**, v.19, p: 579-594, 2005.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 3, p: 125-135, 2006.

MOREIRA, M. A. **Aprendizaje significativo**: teoria y práctica. Madrid: Visor, 2000.

NUGUS, P.; GREENFIELD, D.; TRAVAGLIA, J.; WESTBROOK, J.; BRAITHWAITE, J. How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. **Social Science & Medicine**, v.71, p: 898-909, 2010.

OLENICK, M.; ALLIEN, L. R.; SMEGO, J. R. R. A. Interprofessional education: a concept analysis. **Advances in Medical Education and Practice**, p: 75-84, 2010.

ORCHARD, C.; KING, G. A.; KHALILI, H.; BEZZINA, M. B. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of instrument. **Journal of continuing education in the health professions**, v.32, n.1, p:58-67, 2012.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n.3, p : 929-39, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p:103-09, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. org. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 161-77.

PEDUZZI, M.; NORMAM, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47 n.4, p: 977-983, 2013.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C. Trabalho em equipe multiprofissional. In: MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.F. Clínica Médica, volume 1. **Atuação da Clínica Médica Sinais e Sintomas de Natureza Sistêmica, Medicina Preventiva, Saúde da Mulher, Envelhecimento e Geriatria, Medicina Laboratorial na Prática Médica**. Barueri: Manoele; 2009. p. 171-178.

QUEIROZ, S.J; AZEVEDO, R.L.O; LIMA, K.P; LEMES, M.M.D.D; ANDRADE, M. A importância das Ligas Acadêmicas na formação profissional e promoção da saúde. **Fragmentos de Cultura**, v.24, p.73-78, 2014.

REEVES, S.; PERRIER, L.; GOLDMAN, J.; FREETH, D.; ZWARENSTEIN, M. Inter-professional education: effects on professional practice and health outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Review**. 2013; Issue 3.

REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; BARR, H.; FREETH, D.; HAMMICK, M.; KOPPEL, I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Review**. 2008.

RIBEIRO, E. C. O. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. **Interface**, v. 4, n. 7, p: 139-42, 2000.

RODRIGUES, V. O.; SILVA, B. C. A.; JESUS, A.C.; CRUZ, A. S.; LIMA, S. P. P.; MATOS, M. P.; GOMES, D. R. O fazer profissional no cotidiano: Vivências de práticas educativas na prevenção de intercorrências mamárias que incentivam a promoção do aleitamento materno. **Saúde em Redes**, v.4, n.4, p: 147-157, 2018.

SANTOS, F.M.T. As emoções nas interações e a aprendizagem significativa. **Revista Ensaio**, v.9, n.2, p.173-187, 2007.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L. D. Pedagogia interdisciplinar: educare (educação e cuidado) como objetivo fronteiriço em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n. 2, p: 326-33, 2006.

SILVA, J. A. M. **Educação interprofissional em saúde e enfermagem no contexto da atenção primária** [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. 281 p.

SOBRAL, F.R; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.1, v.46, p. 208-2018, 2012.

TAVARES, A.P; FERREIRA, R.A; FRANÇA, E.B; FONSECA JÚNIOR, C.A; LOPES, G.C; DANTAS, N.G.T; LOPES, G. C.; FONSECA JUNIOR, C. A.O "Currículo Pa-

ralelo" dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n.3,v.31, p.254-65, 2007.

TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p:1635-1646, 2013.

TORRES, A. R.; OLIVEIRA, G. M.; YAMAMOTO, F. M.; LIMA, M. C. P. Academic Leagues and medical formation: contributions and challenges. Translated by Philip Sidney Pacheco Badiz. **Interface**, Botucatu-SP, v. 4, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and Scaling up Health Professionals Education and Training**. WHO: Geneve, 2013.

ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration; effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Review**, 2009, issue 3.

# Conectando campos e construindo pontes em disciplina extensiva e integradora

04

*Eduardo Guadagnin,  
João Benício Almeida,  
Jaqueline Mergen,  
Paula V. Carnevale Vianna*

O movimento da reforma sanitária brasileira, nos anos 1970, propôs a ruptura no modo de organização da saúde até então vigente. A proposta de uma saúde colada no modo de andar a vida das pessoas, consideradas em seu contexto de vida, buscava romper com a cisão entre visão preventivista e curativista, entre saúde pública e assistência médica e se impôs como um desafio também na formação profissional (CECCIM; FERLA, 2009).

Neste contexto, o movimento sanitarista brasileiro propôs a noção de Saúde Coletiva, como uma forma de ampliar as representações sociais e ações tradicionalmente associadas à Saúde Pública. A concepção de Saúde Coletiva articula saúde e cidadania, e assumiu como compromisso a organização de um sistema universal de saúde, pautado pelas necessidades e realidades dos usuários (CECCIM; FERLA, 2009). Um sistema de saúde que tem o usuário como centro do cuidado e propõe a ruptura com o modelo hegemônico de assistência à saúde, tecnicista e centrado na doença, para considerar os fatores psíquicos e sociais, remete à noção ampliada de saúde.

Produzir o cuidado a partir do conceito ampliado de saúde exige profissionais com um preparo também ampliado. Como apontado por Merhy (2000), a caixa de ferramentas desses profissionais, além dos conhecimentos estruturados, ou tecnologias leve-duras, e o saber concretizado nos equipamentos (tecnologias duras), deve incluir a capacidade da abertura para a escuta, do acolhimento das necessidades e do relacionamento com o outro. Esse último conjunto de habilidades, denominado por Merhy (2000) tecnologias leves, possibilitaria a concretização do *trabalho vivo em ato* a cada encontro entre cuidador e paciente. Essa mudança de postura, atitude e atuação dos profissionais de saúde, que toma por base a concepção ampliada do processo saúde-doença e posiciona a

pessoa no centro do cuidado, como eixo norteador do trabalho em saúde, exige alterações profundas na formação dos profissionais de saúde.

Para Ceccim e Ferla (2009), essas transformações não se limitam a um conjunto de habilidades mas incluem, igualmente, conhecimentos e valores “capazes de fazer funcionar um sistema relativo à vida de todas as pessoas”. Os autores reconhecem as disputas envolvidas no campo da saúde, e enfatizam o papel da Saúde Coletiva para articular esses novos saberes e fazeres nos campos da formação e da prática profissional. Um processo formativo que proporcione a imersão nos territórios e modos de andar a vida contribuiria para a percepção ampliada da saúde, rompendo a lógica da simples transmissão de um conjunto de conhecimentos teóricos. Esse processo, segundo Ceccim e Ferla (2009), contribuiria para a constituição de profissionais defensores de um sistema de saúde articulado a um projeto de sociedade promotor da cidadania.

Batista (2013, p. 100) aponta que a “inadequação e a distância existente entre a formação dos profissionais de saúde e a realidade da população e do modelo de assistência em construção” vem sendo amplamente discutida nas conferências de saúde e de recursos humanos para saúde em todo o país. Experiências bem sucedidas (CAPOZOLLO et al, 2013) demonstram a complexidade e desafios das iniciativas institucionais de ampliação do processo formativo, inserindo o conteúdo técnico em um contexto maior, que engloba as dimensões humana e social.

Essas iniciativas lidam com as barreiras apontadas por Batista (2013) para uma formação ampliada: trabalham com a revisão das metodologias e dos cenários de ensino-aprendizagem e sua adequação, tanto às demandas de saúde da população quanto ao modelo organizacional preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); aproximam o ensino do serviço, desde os primeiros anos do curso universitário e pautam a prática pedagógica numa “abordagem educativa problematizadora, voltada para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar” (p.103).

O movimento para a mudança na formação em saúde, no entanto, ainda disputa espaço com os modelos tradicionais de ensino. Dois instrumentos institucionais apoiam as instituições de ensino superior (IES) e a rede de serviços de saúde nesse processo de formar profissionais de saúde a partir das diretrizes do SUS: as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, reformuladas pelo governo federal de forma articulada entre o Conselho Nacional de Educação - CNE do Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Saúde - CNS do Ministério da Saúde; e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Este artigo relata a experiência da inserção reflexiva de territórios de vida

como cenário de aprendizagem no primeiro ano dos cursos de saúde de uma universidade comunitária da região metropolitana paulista, tendo como eixo norteador as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde - DCNs e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS.

## **As Diretrizes Curriculares Nacionais e as mudanças da formação dos profissionais de saúde**

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição, instituídas em 2001 (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2001), foram um passo importante para mudança da formação dos profissionais de saúde, por reforçar a necessidade do processo formativo se aproximar das necessidades do SUS, com mudanças na prática pedagógica e na forma de organização dos currículos, reforçando o papel das instituições formadoras na formação de profissionais comprometidos com a escuta, identificação e respostas às necessidades e direitos dos usuários (CECCIM; FEUERWERKER 2004). Estruturadas em habilidades e competências, as DCNs orientam a formação de profissionais capacitados para o trabalho em equipe e aptos a ofertar atenção integral à saúde, preparados para atuar no SUS. As DCNs apontam para uma mudança importante na direcionalidade do processo formativo em saúde e pressionam as instituições formadoras a promoverem mudanças nesse processo.

No entanto, a formação ainda atua como resistência à concepção da saúde ampliada, bem como quanto ao direito universal a ser garantido pelo Estado. Essa resistência, para Ceccim e Ferla (2009) pode, em grande medida, ser referida a jogos de poder e influência das corporações e interesses do mercado do complexo produtivo da saúde, que reforçam o ideário neoliberal nos profissionais de saúde, em contraposição à lógica da saúde como um direito universal de todos os cidadãos. Os autores apontam, ainda, a resistência das instituições formadoras em promover mudanças na prática pedagógica e na organização dos cursos, rompendo com a fragmentação em disciplinas, com a dissociação entre a teoria e a prática e com o foco na transmissão de conteúdos.

A PNEPS, instrumento que aponta caminhos para as transformações necessárias nas práticas pedagógicas, trazendo para o centro do processo formativo o trabalhador da saúde na sua relação com o usuário, procura abordar esse desafio.

## **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS: um novo olhar para a formação dos profissionais de saúde**

Segundo a Portaria GM/MS N. 278 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014,



p.40) a Educação Permanente em Saúde (EPS) está relacionada com a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”. Ao adotar o ensino problematizador como estratégia, a EPS se compromete com a produção de conhecimento que “responda a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gere novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo” (CECCIM; FERLA, 2009).

A PNEPS ressalta a relevância da articulação entre a formação e a prática profissional cotidiana dos trabalhadores da saúde no cuidado dos usuários, direcionando a formação em saúde a partir das necessidades dos usuários. A Educação torna-se dinâmica, política e, ocorrendo no cotidiano do trabalho, introduz, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 162):

[...] mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade - sendo afetado pela realidade/afecção).

Ambos os instrumentos apontam para uma mudança dos atuais processos pedagógicos. Incluem a introdução de novos métodos; a mudança de posicionamento do professor; a diversidade de cenários de ensino-aprendizagem; a aproximação de docentes, discentes e profissionais de saúde. Seus pilares são a saúde ampliada e o cuidado integral, operado de modo interdisciplinar.

Tendo estabelecido os eixos norteadores do artigo, relataremos, a seguir, a experiência de aproximação da formação em saúde com os territórios e equipes de Unidades de Saúde da Família.

## **As DCN provocam a Universidade: o que fazer?**

Em 2012, a direção da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP) reuniu o corpo docente para discutir a revisão dos planos de ensino de modo a incorporar os fundamentos das DCN, que incluíam o conceito ampliado de saúde, as práticas da saúde coletiva, a integração curricular das disciplinas, a ação interdisciplinar, a aproximação do aluno da realidade social e incorporação das áreas do conhecimento em Ciências Sociais e Humanas. A mudança era profunda e o primeiro movimento foi a revisão do currículo, bastante fragmentado e centrado nas disciplinas biomédicas, orientada para o agrupamento de disciplinas e integração de conteúdos.

As disciplinas de Sociologia em Saúde, Psicologia Social e Saúde Coletiva desenvolveram uma disciplina introdutória comum, denominada Cidadania e Responsabilidade Social. Os objetivos estabelecidos para a disciplina foram orientados para a formação de alunos que pudessem: se reconhecer como sujeitos portadores de direitos, com potencial transformador de si mesmo e da realidade social; ter capacidade crítica de análise da sociedade e sua inserção nela como sujeito; e ter consciência de sua responsabilidade como agente transformador da sociedade, reconhecendo a saúde como direito universal e o SUS como instrumento para sua efetivação.

A disciplina de Cidadania e Responsabilidade Social, ministrada desde 2013, é semestral, tem carga horária de 48 horas (3 horas semanais) e se funda no princípio da interdisciplinaridade, tendo, desde sua constituição, a preocupação da inclusão dos diversos olhares para a formação em saúde. Neste percurso de cinco anos, a disciplina foi ministrada por diferentes docentes, sempre mantendo a heterogeneidade de formações e experiências. Em 2017, cinco docentes ministraram a disciplina para 120 alunos: uma médica, um enfermeiro, um psicólogo, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, que planejaram e desenvolveram as práticas educativas de forma articulada.

A organização e distribuição dos alunos também segue o princípio da interdisciplinaridade, as turmas mesclam os alunos dos diversos cursos de graduação da FCS (biomedicina, enfermagem, estética, fisioterapia, nutrição e odontologia). Cada docente coordena uma turma mista e a cada turma é atribuído o território de uma Unidade de Saúde da Família da Zona Norte do município de São José dos Campos - SP como campo de ensino [práticas].

O Plano de Ensino da disciplina é elaborado a partir das orientações das DCN e da PNEPS, tendo como fundamento as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Conforme a pedagogia da autonomia de Paulo Freire (2006), o processo pedagógico é uma relação dialética entre educador e educando, rompe com a visão tradicional do educador como o detentor do saber e o educando como aquele que irá aprender o saber transmitido pelo educador. Nesse processo de ensino-aprendizagem, os conhecimentos novos dialogam com os saberes, vivências e experiências dos alunos, favorecendo aprendizagens significativas. Os docentes atuam como facilitadores e apoiadores no processo de aprendizagem. Todo processo é dialogado e pactuado com o Setor de Educação da Secretaria Municipal de Saúde.

## A Disciplina se organiza

A aprendizagem centrada no aluno exige a construção de um itinerário pedagógico que possibilite a correlação dos conteúdos apresentados e discutidos na disciplina com as experiências e vivências dos alunos. Para tanto, os

docentes utilizam-se de um conjunto de estratégias pedagógicas diversificadas (vídeos, documentários, seminários, debates, trabalhos em grupo, leitura de textos, visitas a campo e elaboração do portfólio). O processo é dinâmico e a avaliação é contínua, baseada no retorno dos alunos.

A cada ano, a partir dos documentos produzidos nas aulas e no campo, das questões levantadas pelos discentes e das trocas com a equipe da secretaria de saúde, os docentes avaliam a forma como se deu a disciplina e as atividades de campo no período anterior e propõem adequações e/ou reformulações. Em 2016, os docentes reordenaram as aproximações sucessivas do território em torno de um documentário utilizado na disciplina desde 2013. O percurso percorrido pelo artista plástico Vik Muniz em seu documentário "Lixo Extraordinário" foi o eixo orientador da disciplina.

O documentário acompanha durante dois anos o desdobramento do trabalho do artista plástico no hoje desativado, porém, então, maior aterro sanitário do mundo, no Jardim Gramacho, município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, mostrando a vida, o cotidiano e os caminhos de pessoas que vivem literalmente no lixo e dele dependem para a sobrevivência. Questões ambientais, sociais, políticas que envolvem a condições de vida e trabalho dos catadores são exploradas nesse documentário, que parte de um olhar distante e tipificado até o contato próximo com os catadores, permitindo ao artista enxergar as pessoas, suas vidas e possibilidades criativas no cenário real de exclusão social.

O roteiro pedagógico seguiu a mesma lógica de aproximações sucessivas do documentário, combinadas a aulas dialogadas de fundamentação teórica. Em uma referência antropológica, trata-se de uma práxis reflexiva que transita do olhar "de longe", construído por informações secundárias e repleto de representações sociais tipificadas, ao olhar "de perto e de dentro", lidando com o estranhamento, a descoberta, as revelações e possibilidades despertadas pela aproximação do real (MAGNANI, 2002).

## Primeira aproximação - o olhar de longe

No documentário, o aterro é escolhido por sua dimensão e pelo risco que imputa a quem nele trabalha. A aproximação inicial é a visão distanciada, pela internet. Na disciplina, a região escolhida é uma área de transição urbano-rural; apresenta os piores indicadores de saúde do município, em comparação às demais regiões e foi a primeira a receber a Estratégia Saúde da Família, implantada apenas em 2014, viabilizada pelo Programa Mais Médicos para o Brasil. A partir da pesquisa de dados em documentos institucionais e disponíveis na internet, os alunos elaboram e defendem uma proposta de uso público de um

terreno na região, no formato de audiência pública.

Nesse exercício de uso de um terreno (hipotético) para finalidade pública, os alunos são divididos em grupos por temas de políticas públicas orientadas para grupos populacionais prioritários (adolescentes, mulheres, idosos, portadores de necessidades especiais, usuários com necessidades de saúde mental e materno/infantil). A argumentação envolve a caracterização socioeconômica, demográfica e epidemiológica da região de modo a justificar a implantação do equipamento público defendido. A defesa da proposta ocorre no formato de uma audiência pública. O debate sobre a importância de cada proposta para região dialoga com o cenário regional e municipal socioepidemiológico, com a infraestrutura existente no território e com as políticas públicas, em âmbito nacional, estadual e municipal, para o segmento populacional em questão.

Nesse momento, os alunos, a maior parte proveniente da cidade de São José dos Campos, porém, muitos de outros municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e alguns de outros estados, como Minas Gerais, exercitam um olhar socioterritorial ampliado. Conhecem melhor o município e compreendem de que forma as políticas públicas se organizam para responder às necessidades da população.

Segundo as alunas G.X e E.P a experiência de preparar e participar do debate “foi enriquecedor e esclarecedor, pois simulamos uma audiência. Fizemos a apresentação de um projeto (saúde da mulher e saúde materno infantil) que foi debatido e defendemos sua implantação. Sentimos na pele como é difícil implantar novos projetos públicos porque sempre encontramos resistência. Isso serviu de lição para nos mostrar que se realmente queremos fazer toda a diferença, temos que lutar para isso”.

Questões essas também ressaltadas pelas alunas FCFG e MR “A audiência pública foi o primeiro grande desafio, tivemos temas diferentes, mas a ideia foi a mesma, defender a necessidade de um grupo de pessoas dentro de uma região em nossa cidade. Nunca havíamos feito algo do tipo e foi bem desafiador, passamos por etapas de pesquisas, elaboração do projeto, apresentação em sala de aula e um debate mesmo, defendendo nossos motivos, experiência única de como o cidadão deve se posicionar para defender seus direitos”.

A fala dos alunos deixa claro que, além de a atividade ter possibilitado a apropriação de conceitos como direito, cidadania e políticas públicas (apresentados previamente em aulas teóricas no formato de exposições dialogadas e atividades reflexivas), permitiu uma vivência única e pessoal, sentida “na pele”, relacionada à participação social e à luta por direitos. Já nessa primeira apro-

ximação, “de longe”, se percebe o caminho para efetivação de uma aprendizagem significativa, no sentido de ser mobilizadora, ampliando “a compreensão sobre o trabalho e [relacionada ao] projeto de desenvolvimento de cada um” (BRASIL, 2005, p. 283).

Nesse sentido, a atividade se articula com a concepção pedagógica da EPS, como uma experiência afetiva que integra pensamento, sentidos e ações: “Se o que ensinamos for cidadania e se cidadania for ensino, não há um exato conteúdo a transmitir, transmitimos a nós mesmos como aprendizes, esse aprender é cognitivo e afetivo” (CECCIM; e FERLA, 2013).

## **Segunda aproximação - o olhar de perto. Uma visão crítica do território**

No documentário, a segunda aproximação com o aterro se realiza pela ida do artista e equipe à área. Em meio às pilhas de entulho, sobrevoadas por urubus, fotografam, conversam com as pessoas, as descobrem. À ideia inicial de pessoas “no fim da linha”, contrapõe-se a percepção de desejos e planos de vida, de luta e resiliência. Na disciplina, a visita ao bairro de estudo e vivência é precedida de uma visita ao bairro em que os alunos moram, essencial para a visão crítica e comparativa do entorno.

Orientados por um roteiro previamente discutido, os alunos são convidados a analisar as condições de vida, os fatores condicionantes do processo saúde/doença, a relação dos moradores entre si e com o entorno, e o acesso a equipamentos públicos e/ou privados de garantia de direitos sociais. O roteiro-guia é um instrumento elaborado com base na observação sistemática de território, desenvolvido por Proietti et al (2008). As experiências, compartilhadas em sala de aula, possibilitam a percepção da heterogeneidade física e sociocultural do município e região, conformando um mosaico que, para grande parte dos alunos, se revela como descoberta.

Com a percepção aguçada, os alunos, seguindo o mesmo roteiro, realizam, então, a primeira visita ao bairro atribuído, ao qual permanecerão ligados no semestre seguinte, na disciplina de Saúde Coletiva. Nessa visita, de duração de meio período, os alunos são divididos em pequenos grupos intercurso e acompanhados por professores da disciplina de Cidadania e das disciplinas que complementam o período. Na caminhada pelo bairro, se atentam para os mesmos critérios que haviam analisado no bairro em que residem, observando as ruas e as pessoas e conversando livremente entre si e com transeuntes. Em sala de aula, o campo é processado e a análise comparativa entre os bairros visitados e o impacto do território nas condições de vida e saúde da população é debatido, tendo por fundamentação os conceitos de determinação social da saúde (BUSS; CARVALHO, 2012).

A análise das duas realidades auxilia os alunos a compreender e significar a concepção ampliada do processo saúde/doença, se não rompendo, ao menos tensionando a visão biologicista e tecnicista hegemônica. Permite, ainda, a muitos, saírem de seu “universo particular”. Grande parte nunca tinha ido além da zona central em que residem, ou entrado em contato com áreas vulneráveis e de piores condições estruturais e socioeconômicas da cidade. A ampliação de sua percepção de mundo, a presença física no território, é essencial para compreenderem o impacto dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

A aluna M.C.S.F salienta: “essa atividade foi de extrema importância, pois podemos notar a desigualdade social, apesar de observarmos que ambos os bairros são bem estruturados e que é possível viver com qualidade de vida”.

As alunas A.F.M. e B.H.R ressaltam a importância de sair de si mesmas: “Essa visita ao campo esclareceu a imensidão do território e de culturas presentes em nossa cidade, São José dos Campos. [...] o modo de vida é bem variado. A diversidade cultural, social e populacional em São José é variante e ricamente cultural e inspiradora. A visita de campo nos coloca como crianças aprendendo com os avós a nos forçar a sair do comodismo e encarar a realidade sem estar em uma bolha, primeiramente observando não apenas as necessidades ou as faltas, mas também como o bairro nos ensina”.

A fala das alunas reforça a importância da construção da aprendizagem a partir da realidade concreta de vida das pessoas, com suas necessidades e seus modos de andar a vida. Ressalte-se que a dificuldade, os receios e a resistência de aproximação, bem como as surpresas que a visita revela sobre a cidade e sobre si mesmo é compartilhada também pelos docentes das disciplinas básicas que acompanham os alunos na visita. Trata-se de uma sensibilização e formação em mais de uma via - docentes e discentes descobrem o território e a vida que nele se cria e recria, cotidianamente.

Neste sentido, esta atividade, ao aproximar a formação da realidade e necessidades dos usuários, rompe e propõe uma alternativa metodológica e de cenário de ensino-aprendizagem, aproximando os alunos das demandas de saúde da população e do modelo assistencial preconizado pelo SUS, gargalos da formação em saúde apontados por Batista (2013, p. 103).

### **Terceira aproximação - o olhar de dentro. Conhecendo a vivência das pessoas que moram e trabalham no território.**

No documentário, a terceira aproximação se constitui na descoberta das histórias de vida e, por meio delas, da seleção das pessoas cujo retrato, cons-

truído com a participação de todos, é produzido, coletivamente, a partir dos resíduos coletados. Na disciplina, na segunda visita ao bairro, os alunos são divididos em pequenos grupos e acompanham os agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. Este momento visa aproximar os alunos da vivência do cotidiano do trabalho dos agentes e das pessoas que dão vida ao território, trazendo à tona as questões subjetivas que permeiam as relações socioespaciais. Os alunos levam também orientações das demais disciplinas que completam o período do dia de aula, sempre voltadas à promoção da saúde e articuladas ao território. Nessa aproximação progressiva do território, que chega ao modo de as pessoas e o coletivo do bairro andarem a vida, o lugar ganha sentido, percebe-se sua influência sobre a saúde e o bem estar (SANTOS, 2006).

Como aponta Milton Santos (2006), o espaço é amplo e multideterminado, difícil de ser apreendido e compreendido pelos indivíduos no cotidiano, porém no lugar “[...] cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; [...] a contiguidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade”. “Referência pragmática” do mundo, o lugar é “o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade”.

Esta aproximação afetiva, relacional, territorial, afeta a vida e a formação dos alunos: “Nós visitamos a casa de uma senhora que nos deu uma lição de vida, mostrando que existem pessoas com problemas muito piores, mas não é motivo deixar a felicidade. E também, nos comentou como um médico a tratou, e aprendemos como devemos tratar as pessoas, já que elas, além de ter um caso clínico, também são humanas, merecem ser respeitadas, não são apenas a doença, mas também temos que cuidar do psicológico do paciente”, alunas K.K.F e L.Y.

“Na segunda visita, pudemos, com a companhia de agentes responsáveis, ir até a casa de moradores, ter contato maior com eles, escutamos como estão sentindo (...) para nós, futuras profissionais da área da saúde, foi de grande proveito este contato, já que precisaremos entender que a realidade local nem sempre é a que esperamos para determinados tratamentos que serão necessários, temos que nos adequar às condições dos pacientes também”, alunas A.M.S.M.D e E.R.M.D.D.

“A experiência da visita de campo mudou muito nossa visão de saúde e nos somou muito conhecimento, não intelectual, mas sim no sentido de empatia”, alunas J.A.B., J.V.A.P.S. e P.M.N.

O depoimento das alunas reforça a integração ensino-serviço como estratégia fundamental para mudança na formação dos profissionais de saúde, ao

aproximar a formação das reais necessidades dos usuários, conforme apontado nas DCN. Os docentes das disciplinas básicas puderam também integrar seus conteúdos à ida a campo, que não foi substitutiva, mas constitutiva do conteúdo, mesclando aplicação prática a orientações de caráter preventivo.

O contato com os agentes comunitários de saúde, em sua atuação no território, permite aos alunos o rompimento com o modelo hegemônico tradicional de formação em saúde, focado em conteúdos e numa compreensão limitada do processo saúde-doença. Favorece uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença e do papel dos profissionais de saúde, incluindo os fatores sociais, afetivos e relacionais dos usuários com o lugar em que vivem. Lugar aqui compreendido conforme trabalhado por Milton Santos (2006), como a parte do espaço em que as relações afetivas e as disputas acontecem no cotidiano das pessoas e das instituições, possibilitando assim, transformações na realidade local.

A composição de turmas mistas favoreceu o reconhecimento de que há um saber comum que compõe o arsenal teórico e prático das profissões da área da saúde, bem como um saber específico que deve ser respeitado e que complementa o cuidado. Tal noção, que pode parecer banal, é significativa contribuição para a formação de profissionais habilitados para o trabalho em equipe. Como comenta LR, aluna do curso de odontologia:

“No começo, achei que não tinha nada a ver ficar com outros cursos. A gente rala para chegar aqui, estuda sozinho, é muita competição para entrar na faculdade, o outro é um concorrente. Então você entra e quer o seu curso. Mas agora percebo a importância, como a gente aprende com o que os outros querem saber”.

### Quarto tempo: o que experimentei?

No documentário, quadros são coletivamente produzidos: os catadores representam personagens históricos, imagens sagradas, ou retratam a beleza transformadora da vida e de si mesmos. Essa produção conjunta é proposta, no curso, para a disciplina seguinte, Saúde Coletiva. O artista se transforma pela experiência, e é sobre essa transformação de si que os alunos são convidados a refletir. No fechamento da disciplina, os alunos, em apresentação em sala de aula, à qual a equipe de saúde é convidada, relatam como a disciplina afetou sua vida e sua formação. Entregam, também, um portfólio, elaborado em duplas, ao seu professor, percorrendo reflexivamente a trajetória do caminhar na disciplina.

As apresentações permitem a troca de experiências e o compartilhamento de vivências entre os alunos, docentes e equipes de saúde e o portfólio alinhava todas as atividades, reflexões e conteúdos apresentados.



Algumas conclusões em portfólios: “Vivemos aqui situações motivadoras que afloraram sentimentos de união e compromisso com o outro, e ficou claro que sozinho não somos ninguém. Saber viver em comunidade não é fácil. Pelo contrário, é gerador de conflitos. Mas somente em vida coletiva podemos transformar. É foco eliminar por completo as desigualdades sociais e econômicas e as diferenças de classe social. A mudança é uma dinâmica que começa em nós e a partir de nós. Daí o cuidado com o outro. O cuidado de tratar, respeitar e acolher. Ainda há um longo caminho a percorrer, mas já está claro que não pode existir área da saúde sem humanização e seu sucesso depende de uma melhor consciência ética e de melhor capacitação”(G.X.; E.P.).

“Através dessa disciplina pudemos pensar sobre o curso escolhido e o papel do profissional da área da saúde na sociedade, conhecemos melhor os conceitos de saúde, doença e cuidado, percebemos a triste existência da desvalorização do ser humano, que muitas vezes trabalha no lixo, observamos a sociedade em que vivemos e os preconceitos que nela existem, pensamos em maneiras de melhorar o território onde vivemos e por fim conhecemos a realidade e a desigualdade social presentes em nossa cidade, através da visita de campo” (M.C.S.F).

Pode se perceber, nos portfólios, a ampliação das dimensões da formação, com valorização da dimensão social e sensibilização para um cuidado integrado e integral, equânime, que se aproxima da proposta da PNEPS. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente deve trazer o estudante para o foco do processo de ensino-aprendizagem, tendo como aposta a aprendizagem significativa, em que os conhecimentos novos dialogam com os saberes, experiências e vivências prévias dos alunos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

## À guisa de conclusão

A práxis não pode ser desvinculada dos valores que a sustentam. Ainda que a saúde esteja inscrita como direito constitucional desde 1988, e o SUS venha se ampliando e fortalecendo com as políticas específicas que se seguiram às regulamentações de 1990, a trajetória histórica, social e política brasileira e os arranjos de poder a ela vinculados, mantém a tensão deste campo que, na prática, opera como um sistema dual de saúde. Esse campo de tensão se replica na formação dos profissionais, pressionado, de um lado, pelas normativas que orientam uma formação ampliada, que favoreça a implantação do sistema universal, com o sujeito no centro do cuidado e pense o cuidado de forma articulada; e, de outro, um mercado de ensino que se transforma em oligopólio privado e um mercado de trabalho em que corporações disputam a manutenção e ampliação de campos específicos de saber e fazer. Os alunos ingressantes, por sua vez, chegam às salas de aula portando representa-

ções sociais sobre a saúde e suas profissões, que tendem a valorizar o componente biomédico, o posicionamento profissional no mercado privado, o trabalho individual. Nesta visão, o outro é um concorrente, o paciente, um portador de doença.

É nesse campo de tensão que se opera a efetivação das DCNs e se propõe o saber articulado à prática, integrador, regido pela PNEPS. A proposta pedagógica deve considerar essas tensões e enfrentá-las. A ida a campo, uma vez estruturada a partir de objetivos claros e operada por meio de estratégias que motivem os alunos, com recursos audiovisuais, uso de tecnologias de informação, incentivo ao debate; torna-se oportunidade reflexiva, promotora de questionamentos.

As políticas abrem oportunidades de mudança. A complementaridade entre as DCNs e a PNEPS potencializam o papel dos docentes do campo da saúde coletiva como atores chave deste desafiador e necessário processo de revolucionar a formação em saúde. As tecnologias leves, tão necessárias nas valises profissionais, são fruto de processos de aprendizagem, de pensamento e experimentação, de itinerários pedagógicos que conectam cognitivo e afetivo, trajetórias e cenários de vida.

Para operar essa mudança, é preciso o apoio da instituição, o trabalho em equipe, o uso de ferramentas criativas e a disposição para inúmeros deslocamentos: da posição de professor para de facilitador da aprendizagem; de roteiros conteudistas para roteiros orientadores; da sala de aula para o território; de processos descritivos de ensino para o contínuo movimento de ensino-aprendizagem.

## Referências

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as faculdades. **Barbarói**, 38, p.97-12, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_saude\\_movimento\\_instituente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf). Acesso em: 03 ago 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e-170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 09 ago. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N° 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017.

CAPOZZOLO et al, **Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde Interface**, 17, (45), p.357-70, 2013.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e intervenção. In Giovanela, Lígia et al (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ / CEBES, 2009 p. 121-142.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. **A Educação permanente em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> Acesso em: 09 ago. 2017.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde**: ensino, gestão, atenção e controle social *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

MAGNANI, J.G.C. **De perto e de dentro**: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 17( 49): 11-29, 2002.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic**, Saúde, Educ , 9 (16):109-116, 2000 Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/114174/mod\\_resource/content/2/Merhy%20ensaio%20valises%20tecnologicas.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/114174/mod_resource/content/2/Merhy%20ensaio%20valises%20tecnologicas.pdf) Acesso em 12 out. 2017.

PROIETTI , F. et al. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 18(3): 469-482, 2008.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2006.

# Liga Acadêmica de Saúde da Família e Comunidade: diálogos e ações interdisciplinares possíveis na Atenção Básica

05

*Natália Ferreira Silva  
Paloma Santana Santiago  
Fiamma do Amaral Diaz  
Nicole Geovana Dias Carneiro*

## **Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Brasil hoje conta com serviços públicos de saúde que atendem toda a população, sem distinção, seguindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo suas ações de responsabilidade do Estado (BRASIL, 2009), condição esta que se configura em um ganho para o país. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

Em 1978, houve a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS), onde ficou estabelecido num plano mundial. Através da Declaração de Alma-Ata, recomendou-se a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social com garantias aos direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários. Evidenciando que a saúde é a mais importante meta social mundial e que, para a sua realização, é necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos (VENTURA, 2003).

No Brasil, juntamente com esse acontecimento histórico da saúde mundial, ocorria um clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país, que aumentaram na década de 1980 por meio de manifestações populares pela eleição direta de um presidente civil. No campo da saúde, reivindicava-se uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais,

os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, que culminaram com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente (MEDEIROS et al., 2004).

Nos anos seguintes, a população brasileira continuou imersa em diversos conflitos sociais, dentre esses, o enfrentamento de filas infindáveis na busca da assistência à saúde, culminando com uma grande insatisfação popular. Neste contexto, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que contou com inédita participação popular (BRASIL, 1986). Essa Conferência se tornou um dos grandes marcos da saúde no Brasil, podendo ser considerada como o marco de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Trouxe à tona temas como: a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de Saúde da Previdência e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (BRASIL, 1986). Seu relatório final ficou consolidado como um instrumento com objetivo de influenciar as responsabilidades do Estado em garantir o direito à saúde para toda a população, assegurando condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição do Brasil (BRASIL, 1988). Um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal é um objetivo a ser alcançado, o que culminará na construção do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), sendo uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o SUS.

Em 1988, foi descrito na Constituição Federal, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, além de possibilitar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1988).

O atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda de muitos desafios a serem superados (SOUZA et al., 2010). Todavia, o SUS sendo um sistema de saúde que está em construção, passa por inúmeras mudanças para efetivação dos seus ideais, tendo como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde. Este representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros e com todos esses anos de existência, conseguiu enfrentar muitas barreiras, o que resultou, sobretudo, no direito da população de contar com um serviço de atenção à saúde (SOUZA et al., 2010).

## **Formação Interprofissional voltada para o fortalecimento do SUS**

Em meio aos desafios e avanços enfrentados pelo SUS, a formação de seus profissionais e a comunicação entre diferentes áreas é um deles, ferramen-

ta que se mostra importante para o fortalecimento do serviço de assistência à saúde. A formação de profissionais para o SUS deve se apoiar em concepções de saúde, educação e trabalho que mostrem mudanças orgânicas nos trabalhadores, no setor saúde, na prática profissional e na atenção aos usuários. Dessa forma, a educação pelo trabalho possibilita a vivência na estrutura da saúde pública e comunitária com vistas à saúde coletiva (SILVA et al, 2015). Visto isso, é necessário reorientar as relações entre profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade, redefinir processos formativos para atuação no setor saúde, de forma a garantir o atendimento integral e humanizado à população (SORDI et al., 1998), além de transformar os cenários de aprendizagem e desenvolvimento, superando concepções tradicionais (SILVA et al, 2015). Desse modo, são desenvolvidos como processos de formação para o SUS, os projetos de reorientação da formação.

Entre essas ações pode-se citar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC no 1.802, de 26 de agosto de 2008, como uma proposta do Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde, e do Ministério da Educação, para estimular a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS. Sendo o PET-Saúde um instrumento para a qualificação em serviço dos preceptores/profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde (BRASIL, 2008). Nesse cenário, o PET-Saúde tem, como suposição, a educação pelo trabalho baseada na junção ensino-serviço-comunidade, constituindo uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento do SUS, de acordo com seus princípios e necessidades (SILVA et al, 2015).

A discussão acerca da junção entre saúde, educação e trabalho no setor saúde têm mobilizado pessoas e instituições, com intuito de se repensar a formação e atuação profissional na produção de cuidado em saúde. Essa preocupação é demarcada na Constituição Federal, inciso III, artigo 200, que se configura como um marco, por meio do termo “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988), sendo este da competência do SUS. Esse trecho da Constituição faz uma diferença, quando deixa claro que a formação desde a graduação e durante a atuação profissional no SUS deve se ancorar nos princípios, diretrizes e nas necessidades de saúde dos usuários e no próprio setor (SILVA et al, 2015).

Diante do avanço constitucional, surge o grande desafio de criar condições necessárias para a formação de trabalhadores para o SUS, de forma que o conceito ampliado de saúde, a educação/formação e o cotidiano do trabalho

nos serviços de saúde sejam articulados. Visto isso, foi proposta a Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, em 2003 (BRASIL, 2004). O desenvolvimento dessa política de formação profissional parte do pressuposto da limitação nas práticas de formação e capacitação dos profissionais, assim como a limitação da sua prática para a implementação da política pública do SUS, que visa à saúde como um direito, com atenção integral e acesso universal (SILVA et al, 2015).

## Prática do Cuidado na Atenção à Saúde da Família

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, com o intuito de implantar modificações no que se refere às práticas dos profissionais da Atenção Básica. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família é prioritária na reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2006). A Atenção Básica no Brasil deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios do SUS. Suas ações englobam âmbitos individuais e coletivos, incluindo desde promoção e prevenção da saúde até redução de danos (BRASIL, 2012).

A Saúde da Família expressa alguns fundamentos e diretrizes como o planejamento e desenvolvimento de ações com impacto nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença de indivíduos e coletividades, acessibilidade e acolhimento, longitudinalidade do cuidado, gestão do cuidado integral e estímulo à participação dos usuários (BRASIL, 2012). Assim, as equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, buscam contemplar, em seu processo de trabalho, algumas características, tais como organização da agenda de trabalho, pautado nas necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, realização de ações educativas, que fomentem a autonomia dos sujeitos, e ainda desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

## Desafios do Trabalho Interdisciplinar

Conforme o modelo de atenção adotado pelos profissionais no serviço de saúde, é notável que nem sempre a produção do cuidado está relacionada diretamente com a cura, prevenção e/ou promoção da saúde. A partir do modelo médico hegemônico, ocorre no campo da saúde, o enfoque central nos aspectos biológicos para a análise do quadro clínico do paciente, sendo necessário reverter essa lógica, a fim de que as intervenções interdisciplinares tais como a de acolhimento, escuta, tratamento e acompanhamento do paciente sejam

efetivas. Portanto, aponta-se para a importância de ações em saúde que levem em conta as particularidades de cada caso e, ainda, se comprometam em proporcionar a dimensão cuidadora aos pacientes, o que envolve problematizar as práticas tendenciosas que se centralizam nos procedimentos, com o mínimo de interesse no outro (FEUERWERKER; MERHY, 2009).

Nesse sentido, a proposta de formação e atuação interprofissional também se refere à problematização do paradigma de ciência que ainda é vigente e norteia grande parte das práticas em saúde; sendo assim, torna-se de extrema importância estabelecer ações que se caracterizem de fato enquanto interdisciplinares, ou seja, que se contraponham ao modelo médico hegemônico, que muitas vezes desconsidera outros saberes e intervenções (MERHY, 1998). Por meio da noção de que um trabalho interdisciplinar necessariamente é um trabalho de equipe e, dessa forma, os serviços de saúde são constituídos por uma grande diversidade de perspectivas, crenças, valores e modos de promover a saúde, um cenário composto por tantos atores, inevitavelmente suscita afetos variados, divergências, conflitos, e sendo assim, é indispensável desenvolver estratégias de gestão como o apoio institucional, políticas públicas e a formação permanente em saúde, visando à criação de espaços em que possam vigorar novos pactos de organização do trabalho, novas relações de poder e conseqüentemente ações que se contraponham à lógica instituída na saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2009).

Sendo assim, as práticas que enfatizam a interdisciplinaridade podem gerar mudanças significativas no que diz respeito ao modo de construir ações mais satisfatórias e eficientes na saúde, pois ao considerar um conjunto de crenças, valores, diferentes pontos de vista e atentar-se para a dimensão do cuidado integral, também reconhece os saberes dos usuários dos serviços e valoriza a boa comunicação com os mesmos, ressaltando a forma como o SUS foi originado: a partir da união entre profissionais e usuários para garantir o direito à saúde gratuita, de qualidade para todas e todos.

## Educação Permanente na Atenção Básica

A educação permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino, serviço, gestão e controle social (SILVA et al, 2015). A educação permanente deve ser incorporada na prática concreta dos serviços de saúde, principalmente para consolidação e aprimoramento da Atenção Básica que reorienta o modelo de atenção à saúde no Brasil. Para o redirecionamento do modelo de atenção, é necessária a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior



capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas (BRASIL, 2012).

Além da sua evidente dimensão pedagógica, a educação permanente deve ser considerada também como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços. Ela deve ter como base um processo pedagógico que contemple desde a aquisição de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode aumentar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Além disso, com a educação permanente é possível troca de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras (BRASIL 2012). Em meio a esse contexto, o conceito de apoio matricial se desenvolve alinhado ao conceito de educação permanente, sendo uma ferramenta de apoio ao serviço de atenção, abarcando tanto a dimensão assistencial quanto a técnico-pedagógica, isto é, engloba ações diretas com a população de referência atendida pelo serviço de saúde, e ações voltadas para a própria equipe de profissionais (BRASIL, 2009). O apoio matricial apresenta como característica a transversalidade, visando relacionamentos e trocas de informações que atendam todos os trabalhadores e usuários, baseando-se no trabalho interdisciplinar e na humanização do serviço (BRASIL, 2004).

## A importância do Apoio Matricial na Atenção Básica

Como dito, a Estratégia de Saúde da Família é prioritária na reorganização da Atenção Básica, sendo essa mudança marcada pelo caráter interdisciplinar e a perspectiva de saúde ampliada e integral. O conceito de apoio matricial se mostra alinhado com essa visão, constituindo uma forma de contribuir com o serviço realizado.

Uma das demandas presentes na Atenção Básica é de saúde mental, estando cotidianamente presente e sendo um desafio ao trabalho em saúde. O Ministério da Saúde preconiza a assistência em saúde mental na rede básica utilizando como dispositivo o apoio matricial às equipes da Atenção Básica (BOING et al., 2009), reforçando ainda mais a importância dessa ferramenta ser conhecida no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e induzida pelos gestores da saúde.

A inserção da saúde mental na Atenção Básica é um desafio e ação a ser implementada pelas equipes de Saúde da Família, considerando que a Reforma Psiquiátrica pontua a superação do modelo hospitalocêntrico. O atendimento de demandas relacionadas a transtornos mentais deve ter como perspectiva o cuidado e acolhimento dos sujeitos sem afastá-los ou privá-los de seu convívio social. Nesse sentido, é necessário que os profissionais da atenção básica tracem estratégias interventivas que abarquem todos os recursos possíveis e disponíveis no território dos usuários dos serviços, superando ações e saberes centrados na doença, por meio de práticas democráticas e participativas, que promovam o diálogo entre os diversos profissionais com o sujeito atendido.

Durante a realização de uma oficina sobre saúde mental com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), as profissionais destacaram que cotidianamente há uma grande demanda de saúde mental no serviço e, ao mesmo tempo, verificou-se dúvidas que possuíam sobre a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, embora compreendessem a importância de tal proposta. No decorrer da oficina as ACSs fizeram diversas colocações pertinentes, com o intuito de levarem tais questões para construir, juntamente à equipe multiprofissional da qual fazem parte, estratégias que tenham sentido e significado para o paciente, ao serem consideradas as demandas de saúde, a participação e as singularidades do mesmo.

O matriciamento em saúde mental possui suas bases teóricas na noção de integralidade do cuidado. Trata-se de um arranjo institucional utilizado para proporcionar a comunicação entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de modo a reorganizar os processos de trabalho e promover a horizontalidade das especialidades interventivas e de saberes, a fim de que as equipes de saúde tenham suas práticas articuladas e efetiva, na garantia dos direitos dos usuários.

O Ministério da Saúde, além de ressaltar a importância da RAPS do SUS, também a define “como de base comunitária, considerando-se a noção de território-processo”. Esta compreensão leva em conta todas as potencialidades de recursos territoriais dos quais os pacientes podem se beneficiar, envolvendo instituições, conhecimentos, cenários diversos, potencializando a participação das pessoas da comunidade, as quais constituem uma rede de apoio e cuidados na própria na região. Na perspectiva de que a saúde mental deve ser entendida ao considerar-se o conceito ampliado de saúde, as equipes da Estratégia de Saúde da Família atuam não somente nas Unidades Básicas de Saúde, mas também em contextos sociais mais abrangentes, desenvolvendo dessa forma vínculos maiores com a comunidade por meio de intervenções no território e ainda, estabelecendo compromissos e corresponsabilidade com a população, tecendo laços construídos com diferentes segmentos sociais (DIMENSTEIN et al, 2009).

## O Papel da Liga Acadêmica de Saúde da Família e Comunidade

Alinhado com o serviço da Atenção Básica e com o conceito de Educação Permanente, em 2010 fundou-se na Universidade Federal de Uberlândia a Liga Acadêmica de Saúde da Família e Comunidade (LASFC), que se estrutura no tripé ensino-pesquisa-extensão e promove a integração entre diferentes campos do conhecimento, abrangendo os seguintes cursos: Enfermagem, Nutrição, Medicina, Psicologia, Fisioterapia e Odontologia.

Todas as atividades desenvolvidas pela LASFC se estruturam na abordagem interdisciplinar, começando pelo trabalho entre seus integrantes. Dentre esses projetos, pode-se citar o de “Educação Permanente voltado para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”, desenvolvido na cidade de Uberlândia - Minas Gerais, em diferentes UBSs da cidade. O projeto de extensão foi desenvolvido com os ACSs devido à importância do trabalho desses profissionais, que são o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, realizando dentre suas funções, cadastramento da população atendida, mapeamento na área de atuação, visita domiciliar, educação em saúde na comunidade, acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2009). A capacitação dos profissionais da área da saúde contribui para o fortalecimento e eficácia do serviço. Tomaz (2002) afirma que o processo de qualificação dos ACS é desestruturado e fragmentado, e reforça a importância de fazer uso de métodos inovadores, reflexivos e críticos, centrados no educando, tarefa esta que a LASFC busca realizar.

Neste projeto, os acadêmicos realizaram oficinas envolvendo temáticas demandadas pelos próprios ACS, que no momento do contato inicial preencheram um questionário em que colocavam temáticas que gostariam de abordar nas oficinas como: saúde mental, saúde do idoso, saúde da mulher, violência contra a mulher, princípios e diretrizes do SUS, saúde da criança e do adolescente, entre outras. O objetivo do projeto foi contribuir para a formação, capacitação e qualificação dos ACSs, abordando os temas de forma crítica e construindo em conjunto um espaço de educação, visando desenvolver com estes profissionais, ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, fortalecendo o papel dos ACS.

Outra atividade desenvolvida pela LASFC, no ano de 2017, foi a organização do I Fórum Multiprofissional sobre Violência contra a Mulher. O evento contou com diferentes profissionais e possibilitou abordar a temática sob diferentes perspectivas. O Fórum foi aberto para a comunidade acadêmica e a população em geral, tendo como objetivo informar, conscientizar, gerar reflexões e instigar a população a pensar novas medidas de enfrentamento a esse fenômeno, através

de práticas educativas. A experiência se mostrou construtiva, reforçando a necessidade de informar e refletir sobre o tema, além de ter contribuído no planejamento de ações em prol do enfrentamento da violência contra a mulher.

A formação dos acadêmicos ocorre através de reuniões de estudo semanais, apresentação de relatos de experiência, reuniões administrativas, organização de eventos e participação em congressos, sendo todas as atividades supervisionadas por uma coordenadora docente. A LASFC se configura como um projeto extracurricular, contribuindo para o enriquecimento acadêmico e coordenando suas ações de modo responsável com a formação de futuros profissionais comprometidos com o trabalho interdisciplinar. A presença de diferentes cursos contribui para a integração do conhecimento, enriquece as discussões e possibilita uma visão mais ampla e integral do ser humano. Dentre os temas trabalhados visando o aprofundamento teórico e prático dos estudantes, está presente: Princípios e Diretrizes do SUS; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Papel do Agente Comunitário de Saúde; Educação Popular, Saúde do Trabalhador, Saúde de Populações Vulneráveis, entre outros.

Dentre os projetos que a LASFC têm desenvolvido mais recentemente, pode ser citado o “Cine-SUS”, que possui a proposta de exibir filmes que englobem temáticas vinculadas à saúde e possam ser debatidas com a comunidade acadêmica, a fim de gerar reflexões sobre diversas situações e aspectos relacionados à saúde, a partir da concepção ampliada de saúde. Da mesma forma, a atividade de Cine-SUS debate também se caracteriza enquanto um espaço de formação e discussão para os membros da Liga. No último semestre, foram exibidos o documentário “História da Saúde Pública no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde” e também o filme “Clube de Compras Dallas”. Além disso, tal proposta também promove a divulgação da LASFC e de seu modo de funcionamento.

O trabalho desenvolvido pela LASFC reflete os desafios e os ganhos do trabalho interdisciplinar, que configura-se como um dos principais pilares na Estratégia de Saúde da Família, sendo ainda pouco discutido em pesquisas na saúde coletiva (ARAÚJO; ROCHA, 2007). As equipes de ESF, compostas por ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, buscam contemplar, em seu processo de trabalho, algumas características, tais como organização da agenda de trabalho pautada nas necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, realização de ações educativas que fomentem a autonomia dos sujeitos, e, ainda, o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

O trabalho interdisciplinar se caracteriza não apenas pela presença de diferentes profissionais, mas também pelo modo como a relação de trabalho

acontece, sendo marcado pela integração e complementação dos conhecimentos. Na Saúde da Família, o trabalho em equipe ressalta a importância da integralidade, que pode ser vista tanto no cuidado da saúde quanto na compreensão ampla das necessidades da população atendida, alinhando-se com o princípio geral do SUS (ARAÚJO; ROCHA, 2007), que é fortalecido através do trabalho interdisciplinar.

Trabalhar em equipe, integrar diferentes saberes e buscar uma visão ampla do processo saúde-doença é algo que precisa ser ensinado e estar presente na formação de diferentes profissionais, e assim, contribuir na atuação do serviço de saúde.

## Reflexão da importância da LASFC

A LASFC permite aos estudantes a integração entre ensino-pesquisa-extensão, a elaboração de atividades coerentes com a formação de cada estudante e com o serviço de saúde, o aprofundamento teórico e prático no campo da Saúde da Família, além de proporcionar experiências práticas nas suas atividades de extensão, estabelecendo laços com a população atendida pelo SUS.

As atividades desenvolvidas pela Liga têm por objetivo aproximar o acadêmico da prática de atenção à saúde, oferecer diversidade de cenários, aprender a fazer, aprender a cuidar do outro, formar profissionais sensibilizados e comprometidos para lidar com o inesperado, além de estimular a pesquisa e a extensão (SILVA et al, 2015). Favorece a aproximação entre os acadêmicos e as necessidades de saúde da comunidade e possibilita o trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

A experiência da Liga direciona a formação dos acadêmicos. As atividades desenvolvidas constituem atividades extracurriculares que não fazem parte dos componentes obrigatórios, essas, por sua vez, vêm contribuindo para uma formação mais ampla e integrada dos participantes, proporcionando experiências não encontradas na graduação. A integração promovida permite que seus membros tenham contato com Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, constituindo-se como essencial para a formação de profissionais capazes de compreender melhor as necessidades da população, convivendo de modo crítico e produtivo em prol das comunidades. Nela, a interdisciplinaridade se destaca pela articulação entre os diversos atores sociais que participam da construção de um desenvolvimento em saúde com intuito não só de interação, mas de formação de um ideal conjunto: a proteção, promoção e prevenção para a vida em sua complexidade histórica, conceitual e prática.

A LASFC também se mostra importante por abordar temas muitas vezes não trabalhados durante a graduação, possibilitando o crescimento e a aproximação

dos estudantes com a prática. Além disso, abarca conhecimento acerca do funcionamento de uma equipe multiprofissional, sem deixar de valorizar as competências e habilidades individuais, mas tendo em mente a responsabilidade coletiva.

## O trabalho interdisciplinar

A interdisciplinaridade apresenta suas dificuldades, pois cada profissional possui uma formação e, conseqüentemente, um jeito particular de olhar os fenômenos. No entanto, são justamente essas diferenças que enriquecem o trabalho em equipe. A interdisciplinaridade se mostra como uma ferramenta potente para a construção de um sistema de saúde que enxergue os indivíduos de forma integral e contextualizada.

Esse serviço na Equipe de Saúde da Família (ESF) é ainda mais evidente, pois esta é responsável por representar a atenção à saúde focada no indivíduo no contexto da família e da comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações e vínculos efetivos entre os profissionais e a comunidade. Cria-se assim, condições que facilitem o desenvolvimento da atenção à saúde de forma mais justa, democrática, participativa e solidária, com intuito de proporcionar mudanças positivas na assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde e na própria estruturação dos serviços de saúde (ROCHA et al., 2010). Investir em Saúde da Família é investir em quem faz. A qualificação crescente dos profissionais das equipes irá se refletir na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando melhores condições de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2000). Visto o progressivo desenvolvimento do processo de organização das ações da Atenção Básica nos municípios, os profissionais das ESF necessitam de programas que auxiliem no desempenho de suas atribuições de forma que atinjam a real necessidade de saúde da população (ROCHA et al., 2010).

Foi considerando as necessidades que o sistema de saúde apresentou em relação à capacitação dos ACS, que a LASFC se organizou e elaborou seu projeto de intervenção, visando contribuir com o campo da Saúde da Família, tanto no tempo presente quanto no futuro, isto é, investindo na educação, tanto de profissionais já formados quanto de estudantes ainda em formação.

Durante esse processo, os acadêmicos de diversos cursos de graduação em saúde buscam a construção do perfil profissional mais humanizado com possibilidade de reconhecer a necessidade da comunidade (ROCHA et al., 2010). Neste contexto, a LASFC possui papel relevante, por se tratar de uma liga multidisciplinar e multiprofissional, e poder aprofundar o conhecimento acerca do sistema público de saúde, desenvolvendo um olhar mais crítico e

reflexivo sobre a real necessidade da comunidade em contato.

A Liga tem conseguido integrar e inovar ações com foco na Atenção Básica e Saúde da Família, além da inserção dos acadêmicos dentro das UBSFs, o que permite o contato com a comunidade e, conseqüentemente, o conhecimento das necessidades, queixas, dificuldades de determinada população. A interdisciplinaridade é base e prática visada em muitos programas do Ministério da Saúde tais como o HumanizaSUS e ESF, políticas estas que primam e dependem fundamentalmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços (BRASIL, 2004). Foi perceptível que o trabalho interdisciplinar possui extrema importância, seja ele na troca de experiências e/ou conhecimentos entre professores, acadêmicos e comunidade, possibilitando o desenvolvimento do ensino-aprendizagem.

O trabalho da LASFC se desenvolve alinhado com as necessidades e propósitos do SUS por acreditar que este seja o papel das instituições de formação, uma vez que estes estudantes serão os futuros profissionais que darão continuidade ao serviço prestado na rede. A integração de saberes e práticas contribuem na prestação de um cuidado mais humano, completo e coerente com as diferentes necessidades e complexidades do ser humano - tarefa esta desafiante e necessária.

## Referências

ARAÚJO, M. B. S., ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8a Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: Programa saúde da família. Caderno 3. Brasília: Editora MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS - Equipe de Referência e Apoio Matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção de Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial no 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial União. 25 jun 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Projeto Político Pedagógico Institucional da Universidade de Brasília**. Brasília: Decanato de Extensão; 2011. (Relatório).

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BOING, E., CREPALDI, A., MORÉ, A. L .O. O. A Epistemologia Sistêmica como Substrato à Atuação do Psicólogo na Atenção Básica. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**, v.29, n.4, p. 828-845.

DE SORDI, M.R.L.; BAGNATO, M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, n.1, pp.63-74.

Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. 19 Supl, 2015, p. 1:975- 84. MEDEIROS, Júnior et al. **Políticas de saúde no Brasil**. In: Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal, 2004. p. 249-259.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma**



**discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20. parte II.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

ROCHA, N. et al. Liga de Saúde da Família na graduação: integração e inovação curricular. **Extensão e Sociedade.** v. 1, n. 0, 2010.

SILVA, S. et al. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 39, n. 3, p. 410 - 425, 2015.

SOUZA, G. et al. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade,** v. 19, n. 3, 2010, p. 509-517.

TOMAZ, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.** **Interface - comunicação, saúde e educação,** v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002. Acesso em: 09 de agosto de 2017.

VENTURA, D. Direito institucional sanitário. In: **Direito sanitário e saúde pública:** coletânea de textos. Brasília, 2003. p. 261-299. v. 1.

# Apoio matricial enquanto prática para a formação em saúde: experiência de uma clínica universitária interdisciplinar

06

*Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha  
Gabriel Trevizan Correa  
Maurício Fernando Nunes Teixeira  
Andreas Rucks Varvaki Rados*

## **Apresentação**

Na Educação Interprofissional em saúde considera-se que as pessoas de diferentes profissões aprendem conjuntamente sobre o trabalho coletivo e colaborativo assim como as especificidades de cada área profissional, em equipe interprofissional, para assegurar a qualidade da atenção à saúde (SILVA et al., 2015).

A Cures, é um serviço-escola (SE), localizado no município de Lajeado, no estado do Rio Grande do Sul, criado e mantido pela Universidade do Vale do Taquari - Univates, instituição de Ensino Superior (IES) comunitária e sem fins lucrativos. Iniciou suas atividades em março de 2011, resultado de debates e planejamento entre docentes de vários cursos de graduação da área da saúde, iniciados em 2008. O espaço é o único no Rio Grande do Sul no qual docentes, estudantes e supervisores da área da saúde desenvolvem atividades práticas vinculadas às disciplinas e aos estágios curriculares, na lógica do trabalho em equipes interprofissionais, em interação com as equipes da rede de municípios da região. O serviço propõe-se a integrar uma rede regional de cuidados do campo da Saúde, da Educação e da Assistência Social dos municípios conveniados com a IES, onde as vivências e intervenções estão baseadas nos princípios da interdisciplinaridade, da integralidade e da intersetorialidade. As ações de cuidado são planejadas e desenvolvidas em parceria com profissionais dos municípios da região, visando de modo simultâneo, os atendimentos às pessoas, a qualificação dos trabalhadores de saúde da rede e a formação interprofissional dos estudantes.

Atualmente, o serviço agrega os cursos de Biomedicina, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia e Psicolo-

gia. Cada curso conta com um profissional da área, denominado de supervisor local, que é o responsável pelo acompanhamento das atividades e avaliação dos estudantes e estagiários.

A Cures não é limitada à formação dos estudantes nas especificidades de cada área, mas sim na atenção e no cuidado integral aos usuários, promovendo um olhar ampliado para pensar e fazer saúde. É um serviço criado para qualificar a formação dos profissionais da área da saúde que oferece práticas com vistas à integralidade da atenção, e não apenas focadas na reabilitação de doentes. Este SE está articulado com as equipes dos municípios que mantêm convênio, realizando atendimento aos usuários e ações de apoio às equipes.

A Cures é um espaço para reorganizar a formação e as práticas em saúde oferecendo atendimentos de atenção, educação e promoção de saúde. Neste espaço são realizadas atividades tais como acolhimento às equipes da rede, acolhimento aos usuários referenciados para o SE, Grupo de Promoção à Saúde (GPS), atendimentos individuais e em grupos, por um estagiário ou por equipes interprofissionais. Também são realizadas práticas de Apoio Institucional e/ou Matricial, conforme segue neste relato.

O acesso à Cures se dá por meio de referência dos usuários pelas equipes da rede localregional, quando avaliam que não dispõem de recursos para atender as necessidades e demandas apresentadas pelas pessoas. A partir deste encaminhamento, os supervisores avaliam a situação e as demandas do usuário e designam estudantes/estagiários para compor a equipe interprofissional para o acompanhamento do caso. Inicialmente, é feito o acolhimento da equipe de referência responsável pelo usuário, para conhecer sua estrutura, os processos de trabalho, as percepções sobre o usuário e seu contexto social, além de identificar a rede de apoio local. Em seguida, o usuário é acolhido pela mesma equipe. A proposição de ações de cuidado envolve os estudantes/estagiários, supervisor, a equipe do município responsável e o usuário, buscando-se construir e implementar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (CUNHA, 2010).

O PTS é uma ferramenta de cuidado que pressupõe: identificação das demandas, planejamento de propostas, execução e avaliação das mesmas. O objetivo do PTS é promover a autonomia deste usuário frente às suas condições de saúde. Em cada uma das etapas há a discussão entre os envolvidos no projeto - inclusive o usuário - a fim de contemplar uma multiplicidade de olhares, bem como as motivações de engajamento da equipe e usuário para com as possíveis propostas. Considerando que para o cuidado integral, apoiado no conceito de clínica ampliada, são realizados encontros periódicos entre as equipes e o usuário, para avaliar o processo e reformular a proposta, se necessário (CUNHA, 2010).

A ampliação da clínica e a realização de projetos terapêuticos demandam estudo, abertura para romper com antigos modelos de intervenção e cuidado em saúde. Ao articular as atividades de estágio, como serviços de saúde e educação da rede pública e a proposição da construção conjunta de PTS para os usuários referenciados surgiu o tensionamento interinstitucional em função das diferenças nos modos de organização dos processos de cuidado entre o SE e as equipes da rede. As equipes dos municípios relataram fragilidades e dificuldades para a implementação das ações de cuidado propostas para os usuários. Estas dificuldades eram de relacionamento entre os profissionais, entre as equipes da rede ou relacionadas aos processos de trabalho e à promoção de cuidado. Os relatos dos trabalhadores apontavam que ainda predominava o fazer disciplinar e fragmentado nas ações de cuidado, contrapondo-se às mudanças propostas pelo SUS e pelo SE.

Diante deste contexto, a equipe interprofissional da Cures passou a desenvolver ações de apoio matricial (AM) com equipes dos municípios de origem dos usuários referenciados. Uma equipe do SE, constituída por estudantes/estagiários, sob a orientação e participação de um docente/supervisor formulava uma proposta para a realização de encontros periódicos para o AM, que era apresentada e pactuada com a equipe municipal.

O AM é uma ferramenta institucional para promover a interlocução com os profissionais, de modo a horizontalizar as especialidades e permear todo o campo das equipes de saúde. Busca-se trabalhar com a cogestão dos saberes e relações interprofissionais. A participação dos docentes e estudantes na interlocução com o contexto de trabalho das equipes de saúde promovem a formação e a qualificação dos profissionais para as práticas de cuidado em saúde, bem como visam tensionar a interdisciplinaridade através da sua própria constituição, bem como a proposição de um olhar ampliado aos processos pedagógicos, sanitários e sociais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

O AM vem sendo desenvolvido pelas equipes do SE desde 2013. O apoiador entra no grupo para “acioná-lo como dispositivo, [...] para operar junto com o grupo em um processo de transformação [...] nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde”. A equipe do SE desenvolveu atividades de AM às equipes de diferentes serviços, tais como: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), equipe de Estratégia Saúde da Família, a equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e equipes de professores vinculadas a uma Secretaria Municipal de Educação (SMS) de municípios da região.

O objetivo deste trabalho é apresentar as experiências desenvolvidas, evidenciando a participação dos estudantes e as potencialidades destas vivências na formação em saúde, assim como as potencialidades e dificuldades identificadas

durante o processo. Cada uma das experiências surgiu das demandas locais, motivadas pelos atores envolvidos naquele momento, por isso o texto que segue apresenta o AM como fio condutor das atividades em saúde realizadas nos diversos locais da rede de saúde.

## **A experiência da Cures com o Apoio Matricial**

As atividades de AM tiveram início em 2013. As equipes apoiadas constituem uma rede regional de municípios de pequeno porte, que não possuem equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O início das ações foi precedido pela apresentação da proposta e dos objetivos do AM ao grupo de estagiários do SE. A partir desta apresentação os estudantes poderiam inscrever-se para compor as equipes ou eram convidados pelos docentes para participar e iniciavam um estudo mais detalhado sobre o AM e sobre as demandas e o contexto da equipe que seria apoiada, coordenados por um docente. Ao final de cada encontro de AM a equipe do SE reunia-se para registrar um relato das situações vivenciadas e observadas, seguida de debates e problematizações que contavam com as contribuições de todos, buscando identificar e compreender o funcionamento, as demandas, necessidades, potencialidades e fragilidades das equipes. Também eram avaliados as intervenções, sentimentos e impossibilidades da equipe do SE.

Baseados na proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS), os momentos de avaliação do AM promoviam o questionamento de certezas, a troca de experiências e de saberes, além de oportunizar o trabalho em equipe, o planejamento e a gestão do trabalho em saúde, desconstruindo paradigmas. A EPS aqui está entendida como a experiência de acolher o cotidiano como um espaço aberto à revisão permanente com possibilidade de gerar desconforto e “abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação” (CECCIM, 2005, p. 166).

## **Centros de Atenção Psicossocial**

No período 2013/2014, três equipes constituídas por docentes e estudantes de diferentes cursos do SE desenvolveram ações de AM às equipes de três CAPS de um município de pequeno porte, do interior do Rio Grande do Sul (RS). Os trabalhadores solicitaram o AM diante de dificuldades de relacionamento da equipe e da organização das ações de cuidado. Os encontros eram mensais, com cerca de duas horas de duração, nos CAPS, e envolvia a equipe de apoio e os trabalhadores das equipes. Estes encontros buscavam problematizar dificuldades de relaciona-

mento interpessoal, assim como as demandas do serviço e definir estratégias para melhorar a comunicação entre os trabalhadores e a organização de ações de cuidado à população.

Os encontros periódicos oportunizaram a escuta dos trabalhadores, a valorização dos saberes de cada um, a identificação das situações de satisfação e de dificuldades no trabalho e a problematização das situações descritas. A equipe de apoio instigava os profissionais para o reconhecimento de suas potencialidades e responsabilidades com a população e o planejamento e execução de ações de cuidado, por meio de oficinas, rodas de conversa com a participação dos usuários e visitas domiciliares. A partir destes encontros ocorreram algumas mudanças nos processos de trabalho da equipe, que passou a constituir pequenos grupos para planejar e promover ações de cuidado para alguns usuários que demandavam maior atenção, devido à situação de vulnerabilidade que estavam vivendo. Além disso, houve maior articulação com outros serviços da rede, estabelecendo parcerias e pactuações para o cuidado de usuários que até então não tinham acesso aos serviços.

A partir das eleições municipais, um novo grupo político partidário assumiu a gestão municipal, gerando demissões e transferências de profissionais dos serviços, produzindo insegurança e insatisfação nas equipes e dificultando a organização dos processos de trabalho. As rodas de conversa, a problematização e a pactuação de ações foram as metodologias utilizadas para a reorganização da equipe e repensar os compromissos do serviço e os processos de trabalho. Foram realizados encontros com os coordenadores dos CAPS e destes com o gestor municipal, para análise de situações da gestão que afetavam as equipes, o funcionamento dos serviços e a construção colegiada de soluções, entre outras para melhorar a estrutura dos serviços e para ampliar a articulação com a atenção básica.

## **Estratégia Saúde da Família**

Em 2015, as equipes da Cures, constituídas por estudantes de diferentes cursos e um docente, desenvolveram atividades de AM à ESF de outro município de pequeno porte, do interior do RS. Os encontros foram quinzenais e realizados na unidade de saúde da ESF, com a participação de todos os trabalhadores, inclusive dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os encontros iniciaram a partir da dificuldade da equipe municipal frente à grande demanda por atendimentos de saúde na área de abrangência da unidade e a complexidade dos casos, que consumiam muito tempo e sem resolutividade. A metodologia de trabalho utilizada pela equipe do SE foi a problematização e discussão dos casos considerados mais complexos, buscando construir coletiva-

mente estratégias que respondessem às necessidades e demandas dos usuários, e também com a expectativa de reduzir a frustração da equipe pelas dificuldades vivenciadas no trabalho e empoderar os trabalhadores para qualificar o cuidado.

A equipe de AM buscou problematizar com a equipe da ESF a postura dos profissionais em relação aos usuários, que remetia à cobrança e responsabilização da população pelas situações que estavam tendo dificuldades para resolver. Os trabalhadores relataram que muitas vezes transpareciam esses sentimentos às famílias que acompanhavam. Os profissionais sentiam-se impotentes e com dificuldade para estabelecer relações de confiança com os usuários. Foi pactuado e orientado que a equipe buscasse mais informações sobre os usuários, para conhecer melhor sua história e estabelecer outras estratégias de cuidado, respeitando suas fragilidades e necessidades. Com a aproximação da equipe da ESF aos demais atores envolvidos nas ações de cuidado, tais como Ministério Público e Conselho Tutelar, o CRAS reduziu a tensão e a cobrança dos trabalhadores em relação aos usuários.

A questão de uma ACS quanto à pertinência da necessidade de realizar o recadastramento das famílias foi tema de outros encontros. A equipe foi questionada sobre a importância e a razão do recadastramento. As conclusões apontaram que a atividade auxiliou na identificação de prioridades para as ações da equipe, assim como favoreceu o planejamento e a organização dos processos de trabalho dos próprios ACS. A problematização do tema contribuiu para a produção de sentido às tarefas dos ACS.

## Centro de Referência em Assistência Social

Os CRAS são serviços ligados ao Ministério de Desenvolvimento Social e alocados prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2011). Dentre seus objetivos, está o auxílio à população na garantia de seus direitos.

O apoio realizado juntamente à uma das equipes do CRAS se deu a partir de uma demanda dos profissionais do serviço, da dificuldade de adesão dos usuários às atividades propostas pelo serviço. A primeira ideia foi no sentido de ter outros profissionais, além de psicólogos e assistentes sociais, na condução das atividades e propostas já em execução. Constituiu-se uma equipe apoiadora interprofissional, composta por profissionais das áreas da Odontologia e da Fisioterapia. Os encontros eram mensais e duravam, aproximadamente duas horas. Reuniões semestrais eram realizadas a fim de avaliar a proposta.

As equipes auxiliaram na condução de grupos de idosos, debatendo sobre aspectos nutricionais e sua relação com a saúde bucal. Também auxiliaram na condução

de grupo entre mães e filhas, com o intuito de fomentar a construção de vínculos, bem como auxiliar em questões laborais e de autocuidado. Concomitante à essas atividades, uma das estudantes/estagiárias acompanhava outra profissional do serviço em visitas domiciliares de pessoas que tivessem alguma demanda com o CRAS.

Segundo a equipe do CRAS, a maior dificuldade sempre foi o envolvimento da população mais jovem com as atividades propostas pelo serviço. O bairro possui alto grau de vulnerabilidade social, o que leva os menores a um envolvimento com o movimento de tráfico de entorpecentes. O sentimento de insegurança no local, por parte da equipe apoiada contribuiu para uma sensação de incapacidade de resolução das demandas da população. A troca da gestão municipal acabou por resultar na descontinuidade das ações de apoio.

## Secretaria Municipal de Educação

As atividades de AM com a SMS e a uma das escolas de outro pequeno município se deu a partir da demanda da gestão municipal ao identificar o número significativo de crianças com sobrepeso. Muitas delas eram encaminhadas sistematicamente ao SE. Os encontros de AM foram realizados com o intuito de aumentar a resolutividade das ações das equipes do município e diminuindo os encaminhamentos das crianças para outros serviços e profissionais.

A equipe apoiadora era composta por uma farmacêutica, uma nutricionista e estagiários das respectivas áreas, bem como do curso de Psicologia. Nos encontros, os professores das escolas estavam presentes, a enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à escola em questão, bem como a profissional de referência da gestão do município. Dentre as demandas trazidas, estava o número elevado de crianças com alterações nutricionais, mais notadamente, o sobrepeso.

Os encontros foram conduzidos por meio de rodas de conversas, a fim de compreender melhor as dinâmicas de funcionamento das escolas municipais. As primeiras propostas construídas de maneira colaborativa foram a construção de uma horta na escola, com a produção de chás e hortaliças, além do "recreio orientado", com a modificação de oferta de alimentos, privilegiando frutas e evitando os açúcares e alimentos ricos em gordura. Também foi realizado um momento de conversa com os pais, aproximando a comunidade local das propostas do apoio. Os docentes da escola e os gestores locais decidiram que não haveria mais festas em sala de aula, evitando assim, o consumo de balas e outros alimentos excessivamente calóricos.

Dentre os entraves encontrados, a resistência de alguns professores em acolher as propostas construídas coletivamente talvez tenha sido a maior dificuldade. O não engajamento com estas acabava levando a cancelamentos de



algumas das atividades com a equipe apoiadora, pois não haviam sido executadas conforme as pactuações realizadas. Ao avaliarem as atividades, as equipes concordaram que havia sido produtiva e enriquecedora a parceria, mas que a não adesão de alguns atores importantes para o processo impediram parte das propostas. Ficou evidenciado a necessidade de construir estratégias de aproximação e pactuação com as pessoas que não participaram das atividades propostas. No entanto, com a troca da gestão municipal e modificações entre a equipe de supervisores, as atividades foram interrompidas.

## Discussão

No Brasil, a escassez de estudos que retratem as perspectivas interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde inviabilizam um aprofundamento sobre as questões relativas à formação. A vivência e experiência do discente durante a graduação refletem como será formado o futuro profissional, aliando teoria e técnica dentro da sociedade e conduzindo modos de fazer e agir perante o ideário construído ao longo de sua vida.

A universidade, como aliada à construção desses modos, está fundamentada na promoção dos saberes que traz um conceito fragmentado, tanto em estrutura como nos seus programas curriculares (MAZON, 2001).

O acadêmico, ao longo de sua formação profissional, não contextualiza, vivencia e mesmo não se articula com outros cursos; habituado a receber informação em diferentes disciplinas desde os primeiros anos escolares, à luz da pedagogia da transmissão, na universidade acaba por se consolidar o “velho hábito” de aprender a enxergar o universo despedaçado.

A interdisciplinaridade também é entendida, de forma radical, como “atitude de superação de toda e qualquer visão fragmentada e/ou dicotômica que ainda mantemos de nós mesmos, do mundo e da realidade” (BOCHNIAK, 1998). Apesar da constância com que o tema aparece nas discussões atuais, a interdisciplinaridade ainda é incipientemente desenvolvida em todos os campos do conhecimento e é pouco explorada no terreno da educação.

O ensino baseado na interdisciplinaridade tem grande poder estruturador, pois os conceitos e procedimentos encontram-se organizados em torno de unidades mais globais, em que várias disciplinas se articulam (TORRES SANTOMÉ, 1998).

O AM corresponde tanto a um arranjo organizacional que potencializa a ampliação da clínica quanto uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde (CAMPOS; DAMITTI, 2008; CAMPOS, 2012). Foi desenvolvido

a partir do final dos anos 1980. Tinha o intuito tanto de qualificar a atenção à saúde quanto de democratizar as relações de trabalho (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017). Em 2008, o tema do AM extrapolou os limites daquele município ao ser adotado pelo Ministério da Saúde na criação dos NASF, visando à ampliação e qualificação do trabalho das equipes de ESF em todo o território nacional (BRASIL, 2008). Em julho de 2017, o Ministério da Saúde já contabilizava 4590 equipes de NASF implantadas (considerando os três tipos possíveis), das quais 148 localizam-se no Rio Grande do Sul. Estado em que as intervenções promovidas pela Cures, objeto deste relato encontra-se, e cujo número de NASF apresenta-se baixo quando comparado com a maioria dos estados do sul e sudeste do país.

Na contramão dos números, respondendo a uma demanda local de apoio técnico a serviços da saúde e da educação do Vale do Taquari/RS, em consonância com as necessidades de cogestão do SUS e coerentemente com os seus propósitos de formação, de educação permanente e de fortalecimento da rede local de atenção à saúde, a Cures pôs em prática o AM. Mais do que isso, as experiências relatadas serviram de cenário pedagógico na formação de estudantes dos diferentes cursos da saúde da Univates que ali estagiam/exercem prática.

Estes cenários de prática, como outros da Cures, contextualizam-se nos esforços da Universidade do Vale do Taquari, a exemplo de outras universidades do Brasil, em adequar os currículos dos seus cursos da área da saúde às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e, conseqüentemente, em mudar o perfil do profissional. Leva-se em conta, portanto, que “os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária” (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o AM realizado pelas equipes da Cures enquanto cenário de prática na formação em saúde pode ser considerado uma estratégia pedagógica alicerçada na construção do saber coletivo e no ensino problematizador. Essas vivências ocorrem em contraposição à formação tradicional em saúde deste país, historicamente carregada da utilização de modelos tradicionais de ensino que priorizam a sofisticação dos procedimentos e a superespecialização, da fragmentação do conhecimento e da visão biologicista/hospitalocêntrica (HADDAD et al e col., 2010; GONZALES; ALMEIDA, 2010).

As DCN vigentes preconizam que a estrutura dos cursos da área da saúde deve “assegurar atividades teóricas e práticas desde o início do curso de forma integrada e interdisciplinar” (BRASIL, 2001). Sendo assim, algumas poucas expe-

riências de formação interdisciplinar são relatadas na literatura, como Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva (MEDEIROS; BRAGA-CAMPOS; MOREIRA, 2014), estágio multiprofissional em saúde do idoso (MOTA; CALDAS; ASSIS, 2012), estágio interdisciplinar em saúde mental (ROBLE, MOREIRA e SCAGLIUSI, 2012). Experiências como estas representam avanços na formação de profissionais mais bem preparados para o trabalho em equipe e para a abordagem integral nos futuros encontros com os sujeitos aos quais prestarão cuidados. Em comparação com a Cures, entretanto, suas vivências envolvem uma quantidade reduzida de cursos e se dão em sua totalidade em serviços da rede extramuros das universidades. A Cures, por sua vez, corresponde a um modelo interdisciplinar de ensino-serviço sobre o qual não se tem conhecimento existir outro semelhante, justamente por ser um serviço da própria instituição de ensino e que funciona predominantemente com atendimentos interdisciplinares que envolvem todos os seus nove cursos da área da saúde, compondo a rede de saúde local (SALDANHA e col., 2014).

Ao adotar práticas interdisciplinares e articuladas em rede, a Cures incorpora, desde o seu surgimento, a integralidade da atenção ao fazer institucional, respeitando e colocando em prática este princípio constitucional do SUS. Seja com o seu “olhar externo”, analisando e debatendo questões relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes apoiadas frente à demanda de casos complexos e às relações profissionais entre os trabalhadores da saúde, seja compondo ações de promoção de saúde e prevenção de agravos no território com população vulnerável, a experiência de AM da Cures apresenta consonância com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e com “as diretrizes de ‘ampliação’ e ‘compartilhamento’ da clínica e da saúde pública” (CAMPOS e col., 2012, p. 74), uma vez que diferencia-se do trabalho tradicional em saúde por objetivar a “coprodução de autonomia”.

O conceito de autonomia adotado neste trabalho é o cunhado por Campos (2012), entendido como a “capacidade da pessoa e da coletividade em lidar com suas dependências; ou seja, autonomia em coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto” (p. 61). Neste sentido, o AM da CURES procurou atuar na direção de promover a produção de autonomia para sujeitos coletivos (equipes de saúde e grupos de cidadãos) levando em consideração a influência de fatores internos e externos para as ações e decisões desses sujeitos, ou seja, reconhecendo as suas singularidades. Ao mesmo tempo, as ações proporcionaram aos estudantes de graduação que integraram as equipes de AM do SE a possibilidade de interagir com os profissionais das equipes municipais, conhecer os contextos e as demandas e participar do processo de problematização e planejamento de intervenções nos diferentes cenários.

Ao “sentar em roda”, numa relação horizontal, democrática e colaborativa, a equipe de AM da Cures exime-se da posição acadêmica tradicional de “sabedores iluminados” e coloca-se como mais um sujeito a somar “vontade de potência cria-

dora” (NIETZSCHE, 1998) da coprodução da autonomia. Sendo assim, a autonomia buscada é relativa e considerada suficiente de acordo com a singularidade de cada sujeito apoiado, abrangendo uma diversidade de possibilidades ou dimensões (CAMPOS, 2012). No caso dos grupos de usuários no CRAS, foi trabalhada a dimensão do autocuidado com idosos e mães de crianças, mas também a ampliação do capital social, a reconstrução da rede de vínculos, estimulação da criação de “novos contratos”, novas relações para estes cidadãos. As questões de tensão entre trabalhadores e gestão e dificuldades de relacionamento da equipe trabalhadas no apoio ao CAPS são exemplos da dimensão de controle social e rede de poder pelos quais os sujeitos estão permeados.

## Considerações Finais

A formação em saúde no Brasil apresenta um histórico de reprodução de um modelo centrado na doença e nas especializações. Romper com esta ideia da reafirmação do modelo biomédico e proposição de novos caminhos para a construção de possibilidades alternativas para docentes e discentes é uma das bases do trabalho da Cures. Atividades e ações pautadas na humanização do cuidado, desenvolvimento de autonomia dos sujeitos e interdisciplinaridade tem feito parte da construção da rede regional de saúde que a Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES integra.

O cenário de práticas e de ensino nacional tem se mostrado cada vez mais complexo. Essas demandas por atendimento, cuidado em saúde, reabilitação dentre outras, tem sobrecarregado as equipes e profissionais. A realização de ações que auxiliem a rede de serviços municipais na condução de suas propostas têm enorme potencial pedagógico, visto que esta se dá em possíveis *locus* de trabalho futuro desses estudantes. Além disso, essa experiência pretende tensionar a modificação de processos de trabalho e formas de cuidado em saúde, visto que são necessidades de primeira ordem, caso desejemos ver o SUS e a saúde da população em melhores condições que as atuais.

A inclusão de uma formação voltada para promoção de saúde e que tenha como ferramentas o Projeto Terapêutico Singular, os apoios matricial e institucional e discussões sobre os problemas da comunidade tendem a construir um perfil de egresso capaz de impulsionar estas modificações.

## Referências

BOCHNIAK, R. **Questionar o conhecimento**: a interdisciplinaridade na escola... e fora dela. 2 ed. São Paulo: Loyola; 1998.

BRASIL. **Parecer nº 1.133 de 7 de outubro de 2001.** Dispõe as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia. Brasília: Ministério da Saúde/Educação; 2001.

BRASIL. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização:** A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 47-50, 2008.

BRASIL. **Lei nº 12.435 de 6 de Julho de 2011.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Casa Civil, 2011.

BRASIL. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2a ed. rev. aum. - São Paulo: Hucitec, 2012 .

CARDOSO, J.P. et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2007, 20 (04); 252-258.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 161-168, Feb. 2005.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec; 2010.

CAMPOS, G.W.S; CUNHA, G.T; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde.** São Paulo: Hucitec; 2013.

CAMPOS, G.W; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007.

GONZALES, A.D; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physi.** 2010; 20(2): 551-570.

HADDAD, A.E. et al . Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 383-393, June 2010.

MAZON, L; TREVIZAN, M.A. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 4, p. 83-87, 2001.

MEDEIROS, M.A.T; BRAGA-CAMPOS, F.C; MOREIRA, M.I.B. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. **Rev. Nutr., Campinas** , v. 27, n. 6, p. 785-798, Dec. 2014.

MOTTA, L.B; CALDAS, C.P; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 1143-1151, Aug. 2008.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo. Companhia das Letras. 1998.

OLIVEIRA, M.M; CAMPOS, G.W.S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis**, v. 27, n. 2, p. 187-206, June 2017.

ROBLE, O.J; MOREIRA, M.I.B; SCAGLIUSI, F.B. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 41, p. 567-578, June 2012.

SALDANHA, O.M.F.L et al . Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 1053-1062, 2014.

SILVA, J.A.M. et al . Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde\*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. spe2, p. 16-24, Dec. 2015.

TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed; 1998.

# Reorientação da formação dos profissionais de saúde na Universidade Estadual do Ceará: uma sistematização da experiência

07

Maria Marlene Marques Ávila  
Maria do Socorro de Sousa  
Maria das Graças Barbosa Peixoto  
Carlos André Moura Arruda  
Andrea da Costa Silva  
Gláucia Posso Lima

## A Experiência em foco - o ponto de partida

A Universidade Estadual do Ceará (UECE) por meio do Centro de Ciências da Saúde desenvolve um processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde que toma como parâmetro o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*. Esse processo abrange atualmente os cursos de Biologia, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Nutrição, apesar da instituição ter, segundo o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), mais três cursos que são consideradas categorias profissionais da área da saúde: Medicina Veterinária, Psicologia e Serviço Social.

O atual cenário do ensino em saúde nos cursos de nível superior no Brasil aponta para iniciativas que visam a provê currículos que possibilitem conhecimentos e práticas necessárias ao perfil profissional requerido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem sido incentivado por algumas políticas públicas, a exemplo do Pró-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial N°2.101, de 03 de novembro de 2005, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde, tem papel indutor na transformação do ensino nos cursos da área da saúde no Brasil. Com efeito, por meio de editais públicos apoia técnica e financeiramente as Instituições de Ensino Superior (IES) cujos cursos se propõem à mudança do ensino na saúde, e uma condição para este apoio é que a proposta seja em parceria entre IES e Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal,

dado que o Programa enfatiza a promoção da integração ensino-serviço como essencial à reorientação da formação profissional em Saúde (BRASIL, 2007).

A UECE, desde 2008, conta com o apoio do Pró-Saúde por meio de sua aprovação no Edital de Convocação nº 13, de 11 de dezembro de 2007 - Seleção para o Pró-Saúde e no Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011 - Ministério da Saúde-SGTES/Ministério da Educação. Enquanto aposta institucional, tem intensificado o projeto de reorientação de forma integrada com seus cursos da área da saúde, desde o segundo semestre de 2014, sendo um fator determinante para tanto, a decisão do Centro de Ciências da Saúde (CCS) em envidar esforços para implementar tais ações, com ênfase na necessidade de repensar os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), visando a identificar as necessidades formativas do corpo docente e a viabilidade institucional para instituir um processo de reorientação dos cursos, segundo as proposições do Pró-Saúde.

Um fator a ser considerado na decisão do CCS foi a realização da pesquisa “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE”, no período entre 2013 a 2014. O estudo analisou, segundo a classificação proposta pelo Pró-Saúde, os cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, ofertados pela UECE. Referido estudo foi financiado pela Chamada Pública 03/2012 Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS / Ministério da Saúde / CNPQ / FUNCAP/ SESA.

Os principais resultados deste estudo apontaram de modo geral as seguintes fragilidades do processo formativo: PPCs coerentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que, contudo, não são completamente implementados; incipiente integração entre as diversas disciplinas das matrizes curriculares; insuficiente integração teoria/prática e consequente desarticulação Academia/ Rede de Assistência à Saúde; persistência do ensino de cunho hospitalocêntrico; predominância de metodologias de ensino centradas no professor.

Estes resultados foram demonstrados num encontro realizado em setembro de 2015, que contou com a participação de docentes coordenadores e integrantes dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE)<sup>1</sup> de todos os cursos avaliados na UECE. Este encontro foi uma estratégia de sensibilização para as questões relacionadas à formação dos profissionais de saúde e a necessidade de revisão dos PPCs. Dessa forma, além da demonstração dos resultados da pesquisa, foi ministrada a palestra “Concepção ampliada de Saúde: possibilidades e desafios para a formação dos profissionais em saúde”.

<sup>1</sup> Conforme a Resolução CEPE no. 4044 de 20 de março de 2017 da UECE, o NDE é formado por cinco docentes, sendo membros natos o (a) coordenador (a) e o (a) vice-coordenador (a) do curso.



Inicialmente a proposta do CCS era estender as ações do Pró-Saúde aos cursos de Medicina Veterinária, Psicologia e Serviço Social, que são de outros centros de estudos da UECE, porém têm um histórico de parceria com os cursos do CCS, a exemplo de sua participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Contudo, isto aconteceu nas primeiras oficinas, mas no momento, permanecem no processo de reorientação apenas os cursos do CCS, a saber: Biologia, Enfermagem, Educação física, Medicina e Nutrição.

Em 2015, três ações foram planejadas: um projeto aprovado pelo Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015 - Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET/GRADUASUS -2016-2017, denominado “PET-Saúde-GraduaSUS como estratégia de reorientação da formação profissional e fortalecimento da integração ensino, serviço, comunidade”; a proposta de uma disciplina unificada para os cursos que formam profissionais de saúde na UECE ; e a realização de oficinas de formação para o corpo docente.

## O Caminho metodológico

Esta sistematização de experiência está estruturada em cinco tempos, terminologia usada por Holliday (2006), e segue a ordem proposta por este autor, embora o mesmo prescreva que tal ordem não é norma imutável, pois depende da especificidade da experiência relatada.

Assim, nosso caminho metodológico contempla: **1)** O ponto de partida - o relato se baseia em nossa vivência no Projeto de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde na UECE, a qual encontra-se registrada em Atas das reuniões do grupo gestor e dos encontros deste grupo com os docentes dos cursos que participam/participaram de diferentes momentos da experiência; Em vídeos com a gravação das oficinas realizadas; Em documentos do CCS; Em diários de campo de duas integrantes do grupo gestor; **2)** Os objetivos - onde expressamos as razões para esta sistematização, delimitamos seu objeto e definimos um eixo de sistematização; **3)** A recuperação do processo vivido - onde reconstruímos a história do Pró-Saúde na UECE focando este texto, somente nas oficinas realizadas entre 2015 e 2016 e organizamos estas informações; **4)** A reflexão de fundo - onde fazemos a análise crítica do processo vivenciado no período contemplado nesta sistematização; **5)** Os pontos de chegada - em que abordamos algumas conclusões práticas decorrentes do aprendizado com a experiência, também nos desafiamos a formular algumas conceituações de ordem teórica.

Estes tempos, propostos por Holliday (2006), constituem-se nas fases em que está estruturado este relato, ou seja, são os seus elementos constitutivos. Tomamos como princípio que esta sistematização baseia-se numa concepção

metodológica dialética “que entende a realidade histórico-social como uma totalidade, como processo histórico: a realidade é, ao mesmo tempo, una, mutante e contraditória porque é histórica; porque é produto da atividade transformadora, criadora dos seres humanos” (HOLLIDAY, 2006, p. 8).

Assim, a vivência aqui descrita se configura como uma produção social dinâmica, em permanente transformação e movimento e, segundo sinaliza Holliday (2006), reúne fatores subjetivos e objetivos que a constituem enquanto uma experiência, em especial, tais como: as condições do contexto em que se desenvolvem as atividades e ações de construção e operacionalização do Pró-Saúde; ações dirigidas para se conseguir determinado objetivo; e, percepções, interpretações e intenções dos diferentes sujeitos dos distintos cursos de graduação que participam da experiência e intervêm no processo.

## Objetivos e definição do eixo de sistematização

A decisão de sistematizar esta experiência foi considerada como forma de, para além do registro, fazermos uma reflexão coletiva sobre o processo de reorientação da formação em saúde, desenvolvido pelo CCS/UECE no período de 2015-2016.

Conforme vimos no tópico anterior, para esta reorientação, uma das ações propostas foi a realização de oficinas com o corpo docente, tendo como foco a busca de superação das principais fragilidades do processo formativo nos cursos.

A proposta das oficinas/CCS foi desenhada de forma a garantir a participação da coordenação e os integrantes dos NDE dos oito cursos que formam profissionais de saúde na UECE, a ideia era que estes participantes seriam multiplicadores nos respectivos cursos, dos conteúdos trabalhados/desenvolvidos em cada oficina, formando-se assim um coletivo para a discussão dos processos formativos e da necessidade de sua reorientação, com um bom embasamento teórico-conceitual. Dessa forma, as oficinas são, na concepção do grupo gestor, a principal estratégia de reorientação / reformulação das matrizes curriculares.

Importante salientar que neste relato focaremos nas três primeiras oficinas realizadas pelo CCS, por estas terem sido pensadas como os momentos iniciais e determinantes para o êxito do processo de reorientação, contemplavam: 1) Sensibilização dos NDE; 2) Socialização dos resultados da pesquisa avaliativa dos cursos; 3) Propostas de perfil discente conforme imagem objetivo resultantes das discussões e de formação docente, segundo as necessidades identificadas. Dessa forma, os conteúdos constantes de todo o processo de reorientação dos cursos desencadeados por estas três oficinas/CCS foram decididos de forma coletiva pelos docentes, ficando sob a responsabilidade do grupo gestor fazer o planejamen-

to de sua execução e definir o cronograma das oficinas/atividades vindouras.

Como resultados, refletimos criticamente sobre o processo até aqui realizado, os problemas ocorridos neste percurso, e propomos caminhos que de fato possibilitem a necessária reorientação da formação em saúde e quiçá este caminho tenha força suficiente para sobrepujar o âmbito do Centro de Ciências da Saúde e constituir-se numa proposta institucional da UECE.

## O processo vivido - O Pró-Saúde como motriz das oficinas de formação docente

As oficinas do CCS ocorreram num hotel que dispunha de infraestrutura adequada, tanto para as atividades pedagógicas, quanto para o bem-estar dos participantes. O planejamento contemplava via de regra, uma dinâmica inicial de acolhimento e integração, seguido de uma exposição referente ao tema a ser trabalhado na oficina, realizada através de trabalhos de grupo e exposição em plenária dos trabalhos/textos produzidos. Estas atividades eram planejadas para 8 horas/aulas, ou seja, manhã e tarde com intervalo para almoço. Conforme a temática abordada, os integrantes do NDE tinham como atividade de dispersão a multiplicação das oficinas em seus respectivos colegiados, e a missão de levar para a próxima oficina o resultado dessa atividade.

É importante salientar que pensando no desafio de articular as instituições formadoras e os serviços de saúde, bem como transformar o ensino de saúde no Brasil, o Pró-Saúde objetiva integrar ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007).

Dentre os seus objetivos específicos, destaca-se: reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade, profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS (BRASIL, 2007). Desta forma, as oficinas/CCS foram pensadas, pedagógica, didática e metodologicamente, para atender a esses objetivos, por meio da articulação e integração de distintos sujeitos que constituíam os cursos de graduação.

### Oficina 1:

Esta oficina do CCS foi realizada em 16 de setembro de 2015, a participação foi assim caracterizada: docentes do Curso de Biologia; docentes do Curso de Educação física; docentes do Curso de Enfermagem; docentes do Curso de

Medicina; docentes do Curso de Medicina Veterinária; docentes do Curso de Nutrição; docentes do Curso de Psicologia; docentes do Curso de Serviço Social. Estando aí incluídos os integrantes dos NDEs e a coordenação dos cursos, totalizando uma média de 60 participantes.

Para iniciar o processo, as temáticas contempladas foram: “Concepção ampliada de Saúde: possibilidades e desafios para a formação dos profissionais em saúde”, Sensibilização dos NDEs; Socialização dos resultados da pesquisa avaliativa dos cursos.

O objetivo geral desta oficina foi inicialmente refletir sobre a concepção ampliada de saúde e possibilidades para a formação dos profissionais da saúde. Esta reflexão foi propiciada pela palestra de uma professora convidada, cuja abordagem oportunamente, fez um resgate histórico do conceito ampliado de saúde em interface com a formação na área da saúde, ressaltando os seguintes aspectos: contextualização ampla da situação atual, trabalho em equipe, criatividade, intensificar a extensão, tornar o currículo aberto oportunizando o aluno aprender fora de sala, desenvolver pesquisa-ação e tornar cada vez mais indissociável ensino, pesquisa e extensão.

Em seguida à exposição os docentes foram instigados acerca das suas percepções, expectativas e curiosidades sobre o Pró-Saúde na UECE. Para tanto, de forma individual foram respondidos três questionamentos: O que você sabe sobre o Pró-Saúde? O que gostaria de saber? Como vem sendo desenvolvido o Pró-Saúde na UECE?

O conhecimento expresso sobre o Pró-Saúde foi de que este é um programa interministerial dos Ministérios da Saúde e Educação junto com as universidades visando a integração dos alunos dos diferentes cursos da área da saúde e da academia com o serviço, configurando-se como uma estratégia de reorientação da formação, estruturada em 3 eixos: orientação teórica, cenário de prática e orientação pedagógica, visando ressignificar a formação em saúde e incentivar uma formação profissional interdisciplinar baseada na clínica ampliada e direcionada à atuação no SUS.

Os docentes gostariam de saber mais sobre o programa, quais são seus objetivos, a forma como foi implantado e vem se desenvolvendo na UECE, seu funcionamento, como proporciona trabalhar com os princípios do SUS e as concepções do processo saúde-doença numa perspectiva ampla, abordando de fato as dimensões social, subjetiva e biológica; como permite aprofundar os conhecimentos sobre a organização entre os cursos; quais são os cursos que participam e como podem participar; se conta com apoio institucional e como se dá sua

gestão nos níveis nacional, estadual e municipal; muita ênfase foi dada sobre o aspecto financeiro, como é financiado, e quem gere o recurso.

Em relação a forma como vem se desenvolvendo na UECE, foi expresso que é ainda incipiente, com ações pontuais como a acolhida integrada, algumas ações do PET-Saúde, sem repercussão no Projeto Pedagógico dos Cursos, onde estas ações deveriam ser implementadas. Foi relatado que o Pró-Saúde vem se realizando por meio de um grupo de docentes ligados ao CCS, sob a liderança deste, como um movimento de alguns sujeitos que buscam torná-lo uma realidade na UECE.

A oficina prosseguiu com um Painel conduzido por duas professoras do CCS que realizaram primeiramente uma contextualização e apresentação do Pró-Saúde. Em seguida foi socializado o resultado da pesquisa, evidenciando a classificação geral dos cursos, conforme os eixos e vetores propostos pelo programa.

Os resultados da pesquisa revelaram que de forma geral os cursos contemplam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em seus projetos pedagógicos, contudo, há um descompasso entre o PPC e sua concretização no processo ensino/aprendizagem. Ao analisarmos o processo formativo, segundo os eixos e vetores do Pró-Saúde, classificamos os cursos, em um dos três estágios, que caracterizam desde processos formativos centrados no individual (Estágio 1), aqueles que estão em transição para processos com maior ênfase na dimensão social (Estágio 2), até os cursos que já concluíram esta transição, considerados como imagem objetivo (Estágio 3), revelando o seguinte cenário:

No eixo Orientação teórica, em relação à abordagem dos determinantes sociais da saúde, predomina entre os cursos o Estágio 2, em que se caracteriza o processo formativo que considera os determinantes biológicos e sociais da doença, mas não destaca adequadamente os aspectos relacionados à normalidade em nível individual e coletivo; quanto à produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, também predominou o Estágio 2, que caracteriza escolas com baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS; e quanto à Pós-graduação e educação permanente, a ausência de elementos que pudessem caracterizar a articulação dos cursos com os serviços, de forma a promover ofertas de pós-graduação conforme as necessidades do SUS, impossibilitou fazer a classificação em um dos estágios.

No eixo cenários de prática, no vetor interação ensino-serviço, predominou nos cursos o Estágio 2, caracterizando cursos que contam com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo; no vetor diversificação dos cenários de aprendizagem prevalece o Estágio 1, caracteri-

zado por atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso limitadas aos laboratórios da área básica e ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES; quanto à articulação dos serviços universitários com SUS, não se aplicou à análise por não dispor a IES de serviços próprios articulados à Rede SUS.

Por fim no eixo orientação pedagógica, vetor análise crítica da Atenção Básica, predominou o Estágio 2, caracterizando processos formativos nos quais algumas disciplinas de aplicação clínica proporcionam oportunidade para análise crítica da organização do serviço; em relação à integração ciclo básico/profissional, predominou a classificação no Estágio 1, relacionado a processo formativo fragmentado, em que há desarticulação entre os ciclos clínico e básico; finalmente no vetor mudança metodológica, os cursos foram classificados predominantemente no Estágio 2, o qual caracteriza processo de ensino que pode incluir inovações pedagógicas, mas restritas a certas disciplinas.

Ademais, a oficina prosseguiu com a divisão de Grupos de Trabalho (GT), para encaminhar as oficinas com o objetivo de apresentar o Pró-Saúde e oportunizar que os próprios professores avaliassem seus cursos nos três eixos. Também foram criados outros grupos de trabalho: GT para planejar uma disciplina unificada para todos os cursos da saúde na UECE; GT para planejar e realizar a acolhida integrada dos estudantes ingressos; um GT para planejar e executar a acolhida dos professores recém concursados, ingressantes na UECE; um GT para planejar o projeto a ser submetido ao Edital PET-SAÚDE/GRADUASUS -2016-2017.

Estes GTs foram compostos por professores, graduandos e pós-graduandos participantes da pesquisa “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE”. Para fins de avaliação e sistematização desta oficina, os facilitadores fizeram a apresentação dos encaminhamentos e acordaram conjuntamente a data do próximo encontro, bem como reforçaram a “atividade de dispersão” que os participantes deveriam trazer na próxima Oficina/CCS, isto é, os resultados das oficinas para apresentação e avaliação do curso com base nos três eixos do Pró-Saúde.

Na avaliação da oficina os participantes realçaram a importância de colocar a temática Formação Docente do professor da UECE no foco das discussões, a perspectiva de ver algo concreto, do ponto de vista institucional se delinear visando à melhoria do ensino em saúde ofertado pela UECE, por meio da proposta do Pró-Saúde. A troca de ideias, os entendimentos das lacunas da universidade e o comprometimento de construção do perfil do estudante da saúde. A oficina foi muito bem avaliada por ser considerada uma oportunidade de reunir representantes de todos os cursos que formam profissionais de saúde na Universidade

e ter contado com a presença de atores institucionais, Pró-reitora de graduação, docentes, discentes, além de egressos. Outros pontos positivos da oficina/CCS realçados foram: propiciar o reconhecimento da necessidade de inovação de um modelo pedagógico que alcance a realidade social, política, econômica e geográfica do ensino e formação dos futuros profissionais como um objetivo comum; a compreensão e alinhamento sobre o Pró-Saúde; a integração e o fortalecimento do vínculo entre os cursos; o anúncio do compromisso dos cursos com a proposta apresentada; a riqueza das discussões; o diálogo compartilhado; a articulação entre professores de diferentes cursos, visando a formação transdisciplinar para os egressos da UECE da área da saúde, e, ainda, que este modelo inaugurado pelo CCS pode ser buscado para outras áreas. Importante enfatizar que os participantes relataram que com a participação na oficina tiveram despertadas inquietações e trouxeram esperanças de mudanças!

Quanto ao que pode ser melhorado nas próximas oficinas, foi sugerido: propiciar mais conhecimentos sobre aspectos didático/pedagógicos; aprofundar o conhecimento sobre a reorientação da formação acadêmica; buscar estratégias de adesão de todos os professores e garantir a presença dos coordenadores de cursos; incentivar a co-responsabilização dos diversos atores envolvidos com a graduação e discutir os desafios para a formação dos profissionais de saúde; envolver os participantes de forma ativa; manter a articulação entre os cursos; formular um cronograma anual com datas fixadas para todo o processo como forma de potencializar a presença de todos; promover diálogos permanentes para o prosseguimento da implantação do Pró-Saúde no CCS/UECE; buscar estratégias para que a administração superior continue participando do processo.

## Oficina 2:

A segunda oficina/CCS ocorreu no dia 05 de novembro de 2015. A abertura foi realizada pela Diretora do CCS/UECE que, além de dar as boas vindas, animou o grupo para os trabalhos do dia. Em seguida, aconteceu a apresentação dos participantes por meio de uma encenação de cada NDE. As representações foram, na maioria, expressões corporais, quando foi evidenciado: Compromisso; Caráter contínuo e relação com o Projeto Pedagógico; Implantar, prover, criar, alinhar o curso ao Projeto; Criatividade; Proativo; Reflexivo; Capacidade de influenciar mudanças; Liderança e Reformulação do PPP.

Estas representações aqueceram a reflexão sobre o papel do NDE realizada com base em informações normativas, entre outras, foram citadas a Portaria MEC nº 147/2007 que instituiu o NDE exclusivamente, para os processos de autorização dos cursos de graduação em Direito e Medicina e a Portaria nº 1.081/2008, que aprovou o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação do Sistema

Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), o qual na Dimensão 2, no Indicador 2.2, avalia a caracterização (tempo de dedicação e de permanência sem interrupção), composição e titulação do Núcleo Docente Estruturante.

O Glossário que integra esta portaria caracteriza o NDE como um *“conjunto de professores, de elevada formação e titulação, contratados em tempo integral e parcial, que respondem mais diretamente pela criação, implantação e consolidação do Projeto Pedagógico do Curso”*. A Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), em 17 de junho de 2010, pela Resolução nº 1/2010, tornou o NDE obrigatório em todos os cursos de graduação. Assim, o NDE torna-se responsável pela formulação do PPC, sua implementação e desenvolvimento permanente com vistas à sua consolidação que funciona de acordo com o seu regulamento, aprovado pelo órgão competente da IES, reunindo-se periodicamente para avaliar o desenvolvimento do PPC e propor possíveis alterações. A reflexão fez os participantes avaliarem a composição do NDE da própria UECE, sendo encaminhadas sugestões para integrarem a revisão do regulamento. Para ampliar a reflexão foram indicadas leituras entre elas Vieira e Filipak (2015).

Continuando a oficina os participantes narraram como aconteceram as oito oficinas realizadas (uma em cada curso), proposta encaminhada como atividade de dispersão da primeira Oficina/CCS. Como destaques apresentaram: “O trabalho foi proveitoso; A presença da diretora do CCS/UECE foi muito significativa; A participação das pessoas, facilitadores; Reconhecimento da necessidade de mudança.

Estas necessidades foram percebidas com base no resultado das oficinas por curso quando foi preenchido um quadro por eixo do Pró-Saúde contendo: Problemas apontados; Indagações: Como vocês percebem esse aspecto no seu colegiado/curso? Na Universidade? O que fazer? Como fazer? Quais responsáveis?

Ademais, a manhã foi finalizada com a contribuição individual dos participantes para a construção do perfil do egresso, profissional da saúde formado na UECE e sistematização em quatro grupos intercurso.

A tarde iniciou com as apresentações por curso das respostas aos questionamentos feitos no quadro anteriormente referido. Em seguida, em três grupos intercurso, foram analisados os pontos comuns, as temáticas significativas apresentadas por eixo do Pró-Saúde, e construído um Quadro Geral da síntese das oficinas, contendo data, número geral de participantes, destacando os membros dos NDE, e, evidenciando os problemas, o que fazer e como fazer em cada um dos eixos, tornando, assim cada vez mais claro e objetivo, a construção de um coletivo e não apenas de um curso.



Finalizando a II oficina cada grupo expressou: O que foi significativo? A inserção de novos membros, a objetividade, deliberação, formação dos grupos, cumprimento dos horários, ambiente descontraído, o reconhecimento dos participantes da oficina, metodologia, contato. Pontualidade dos participantes, o que pode melhorar em relação à logística?

### Oficina 3:

A terceira oficina realizou-se dia 16 de janeiro de 2016, inicialmente com uma atividade de integração. A configuração dos grupos foi finalizada e solicitado que cada um, criasse algo para ofertar, desejar para o outro em 2016. Foi em clima de descontração e alegria que as ofertas, os desejos, foram expressos. Em seguida, foi apresentada uma memória das oficinas anteriores e dos GTs: Disciplina Unificada; Acolhida integrada dos estudantes ingressos; Acolhida dos professores recém-concursados; PET-SAÚDE GraduaSUS, compartilhando as realização até aquele momento.

Na sequência, foi reapresentado o perfil do egresso dos cursos da área da saúde da UECE, construção iniciada na segunda oficina e sistematizada conforme os destaques apresentados abaixo:

- **Um profissional em saúde que conheça:**

E incorpore os princípios do SUS na formação acadêmica e no exercício profissional; Valorize e atue de forma implicada com as questões do sistema de saúde brasileiro.

- **Um profissional em saúde que saiba:**

Trabalhar em equipe de forma interdisciplinar, multiprofissional, estabelecendo uma convivência participativa e democrática; Atuar com abordagem centrada na pessoa: valorização da crença da pessoa, acolhendo com sensibilidade, aspectos socioculturais e psicológicos, indo para além dos sintomas físicos; Incorporar a perspectiva bio-psicossocial de saúde.

- **Um profissional em saúde que tenha:**

Conhecimento técnico com abordagem inter e transdisciplinar (com respeito e valorização dos outros saberes); Conhecimento dos determinantes sociais; Um bom embasamento técnico científico aliando a vivência prática na comunidade de modo crítico reflexivo e transformador;

Habilidade para dialogar com diversos públicos; Competência interpessoal para o trabalho em equipe; Compreensão dos princípios e da organização do SUS.

- **Um profissional em saúde que atue com:**

Respeito e compromisso; Comprometimento com as necessidades da população assistida e o conhecimento científico; Capacidade de autocrítica e problematização no desenvolvimento do trabalho; Ética profissional, humanização e acolhimento nos atendimentos; Criatividade e flexibilidade frente às adversidades.

- **Um profissional em saúde que seja:**

Capaz de compreender e articular as diversas dimensões que coexistem como técnica, tecnológica, clínica e social no processo de saúde e adoecimento; Um profissional voltado para a Atenção Básica; Articulado com a realidade social, a participação comunitária e controle social.

O grupo manifestou contentamento com as ideias expressas no perfil do egresso destacando: a visão ampliada de saúde, a integralidade do cuidado, entre outros. Além de expressões como: a UECE está de parabéns, nós todos estamos saindo da zona de conforto e construindo uma visão de totalidade, a exemplo de ações conjuntas, como a disciplina unificada.

Para continuar a caminhada foi proposto que cada curso planejasse as ações para o período de 2016-2017, colaborando com o desenvolvimento e na tentativa de garantir o processo, foi entregue um instrumento para o planejamento, intitulado: Plano de gestão, que assim orientava inicialmente os grupos: "Com base no resultado da 2ª Oficina do Pró-Saúde, dialogue no seu grupo e continue participando ativamente do planejamento da reorientação da formação profissional em saúde - Pró-Saúde preenchendo a proposta abaixo". A proposta tratava dos problemas comuns apontados por eixo:

### **1- Orientação Teórica:**

1.1 Fragilidades na Educação Permanente, que repercute nos problemas apresentados nos outros vetores: abordagem dos DSS e produção de conhecimentos para o SUS;

1.2 Abordagem dos aspectos biológicos e sociais de forma não articulada do PPC;

1.3 Falta de integração entre as disciplinas. Existe forte caráter curativo abordado nas aulas. Existe repetição de conteúdo;

## **2- Cenário de Prática:**

- 2.1 Falta do conhecimento dos professores e alunos das necessidades do SUS;
- 2.2 Pouca interação entre a instituição de ensino e os cenários de prática;
- 2.3 Fragilidade no cumprimento dos convênios formalizados entre academia-serviço e a necessidade de revê-los no sentido de esclarecer se contemplam as necessidades da formação;
- 2.4 Mudanças nas metodologias dos processos de trabalho;

## **3- Orientação Pedagógica:**

- 3.1 Fragilidade na formação pedagógica dos professores para o exercício da docência;
- 3.2 Necessidade conhecimento e discussão dos cursos para proposta da SUS/APS;
- 3.3 Integração do ciclo básico/ciclo profissional.

Além dos problemas, o instrumento também apresentava as proposições compostas nas oficinas anteriores, inclusive as realizadas por curso, focando em três aspectos: reestruturação dos PPC, capacitação docente, e articulação ensino-serviço. O instrumento também continha colunas com os semestres: 2016-1, 2016-2, 2017-1, 2017-2, e na última solicitava os responsáveis por cada proposição. Em seguida cada curso apresentou sua proposta de planejamento e a oficina/CCS foi avaliada.

## **Análise crítica da experiência**

As oficinas foram desenvolvidas ancoradas na visão sistêmica, compreendida de acordo com Morin (2001), como uma noção-apoio para designar todo o conjunto de relações entre constituintes formando um todo. O sistema entendido, como uma palavra raiz para a complexidade. Neste sentido, no planejamento a busca foi dar continuidade articulando o vivido, o construído, a integração das pessoas no processo grupal. Para garantir esta articulação foi necessária a criação de um grupo gestor que se reúne sistematicamente, para planejar a continuidade e integralidade do processo e não ações eventuais, sem ligação com a anterior.

Assim, para encaminhar o desenvolvimento do Projeto de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde, foi constituído por meio da Portaria N°370-2017 de 07 de março de 2017, do Gabinete do Reitor, o Grupo Gestor do Pró-Saúde na UECE,

o qual é coordenado pela diretora do CCS, e conta com três docentes representando os cursos de Medicina, Nutrição e Biologia, uma assessoria interna feita por uma docente do Curso de Pedagogia e uma assessora pedagógica externa. Com a constituição deste grupo as expectativas são de continuidade e respeito ao processo grupal já vivido. Pois, a preocupação de alguns participantes nas avaliações das oficinas/CCS é com a descontinuidade, tão presente, inclusive, nos processos educativos.

Compreender a reorientação da formação dos profissionais de saúde ancorada em uma visão complexa é uma aprendizagem, para além da visão meramente cognitiva, técnica. Exige conhecimento contextual, mas também, global que para Morin (2000) é mais que o contexto, é o conjunto das diversas partes ligadas a ele de modo inter-retroativo ou organizacional. É esta organização que o CCS propõe.

A experiência nos mostrou como é difícil tecer junto, sair do uno para a multiplicidade. Um participante afirma: “estamos saindo da zona de conforto, nós sabemos que mudar não é fácil”. Também merece ser destacada a percepção democrática vista no processo quando é indicado como positivo a diretora do CCS tomar as decisões ouvindo o coletivo.

As Oficinas/CCS proporcionaram que os sujeitos participantes se apoderassem de informações relacionadas ao Pró-Saúde, ao NDE, entre outras, que por constarem em documentos oficiais não podemos pressupor que sejam do conhecimento de todos. Além de ter sido instaurada nas oficinas dos cursos uma pesquisa-ação, quando foi proposta uma reflexão da prática e o levantamento de possibilidades de intervenções.

## Conclusões

Os objetivos desta sistematização foram alcançados na medida em que proporcionou a reflexão crítica sobre o processo vivido, indo para além do registro. Esta reflexão coletiva sobre o processo de reorientação da formação em saúde, desenvolvido pelo CCS/UECE no período de 2015-2016, possibilitou, além de delinear as perspectivas futuras abordadas no tópico anterior, pensar sobre dificuldades concretas a serem enfrentadas no processo de reorientação da formação, entre estas: questões institucionais de ordem operacional e burocrática, tal como a dificuldade de ofertar uma disciplina unificada para todos os estudantes dos cursos de saúde; promover a integração e a transdisciplinaridade entre os cursos que formam profissionais de saúde; e possibilitar aos ingressos conhecimentos básicos sobre o SUS logo no início da formação profissional; a resistência de alguns professores em participar do processo, e a necessidade de maior sensibilização dos estudantes para uma participação efetiva. Estes são alguns desafios que precisarão ser superados para a continuidade e êxito do processo de reorientação da formação de futuros profissionais.

Neste sentido, este relato poderá subsidiar debates sobre a reorientação do currículo com base em pedagogias inovadoras e ativas em outros Centros e Faculdades e quiçá este caminho tenha força suficiente para transcender o âmbito do Centro de Ciências da Saúde e constituir-se numa proposta institucional da UECE.

## Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_98.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm) . Acesso em: 09/07/2017.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 01 de 17 de Junho de 2010. **Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências**. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para sistematizar experiências**. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. Brasília: MMA, 2006. Disponível em: [http://www.mma.gov.br/estruturas/168/\\_publicacao/168\\_publicacao30012009115508.pdf](http://www.mma.gov.br/estruturas/168/_publicacao/168_publicacao30012009115508.pdf). Acesso em: 13 set 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE). Resolução nº 4044/2017. **Institui o Núcleo Docente Estruturante -NDE nos Cursos de graduação da Universidade Estadual do Ceará e dá outras providências**. Conselho de Ensino e Pesquisa, 20 de março de 2017.

VIEIRA, A.M.D.P; FILIPAK, S.T. Avaliação da Educação Superior: limites e possibilidades do Núcleo Docente Estruturante. **Rev Dialogo Educ**. v. 15, n. 44, p.61-87, jan./abr. 2015.

MORIN, E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001a.

\_\_\_\_\_. **O Método 2: a vida da vida**. Porto alegre: Sulina, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

# Saberes construídos com a criança: o que se aprende em uma Residência Multiprofissional em Pediatria?

08

*Joyce Hilario Maranhão  
Maria Juliana Vieira Lima  
Jessica Lourenço Carneiro  
Lídia Helena Bezerra Azevedo*

## Introdução

As residências em saúde baseiam-se na perspectiva de uma formação crítica e comprometida com as necessidades da população. O modelo de cuidado da criança, hegemonicamente, a destituiu do lugar de sujeito no seu processo de autocuidado, autoafirmação e de corresponsabilidade. A atuação em um programa multiprofissional de Pediatria suscitou questões sobre uma formação que possibilite construir junto à criança um saber acerca de seu adoecimento e estratégias de cura.

A residência multiprofissional em Pediatria é uma parceria entre o programa de Residência Integrada de Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - RIS/ESP-CE e o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), cuja primeira turma de residentes multiprofissionais iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2014, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Educação Permanente, da Política Nacional de Humanização, da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2013).

O HIAS, localizado em Fortaleza, atende pacientes de zero a dezoito anos em 28 especialidades médicas e 38 serviços assistenciais. Possui quatro UTIs (neonatal, pediátrica, pós-operatória e oncológica) e é referência no atendimento de alta complexidade nas áreas de cirurgia cardíaca, neurologia, ortopedia, deformidades crânios faciais e tratamento do câncer. Além disso, também é referência nas áreas da atenção às doenças prevalentes da infância, aleitamento materno e humanização. Atende pacientes advindos da capital e do interior do estado, além de pacientes da região norte-nordeste. Hoje se configura como um hospital terciário, porém está se preparando para tornar-se quaternário com a realização de transplantes.

A equipe de residentes é composta por 18 profissionais de saúde das seguintes categorias: enfermagem, farmácia, fisioterapia, odontologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Tais profissionais foram divididos em três (03) equipes que dispostas em seu primeiro ano de atuação nos seguintes cenários: Ambulatório, Urgência e Emergência e Pediatria Geral, e no segundo ano nas especialidades médicas (pneumologia, cardiologia, gastrologia, nefrologia), bem como no Centro Pediátrico do Câncer (CPC) para atuarem na área de cancerologia e hematologia. Cada equipe multiprofissional permaneceu nesses cenários por um período de quatro meses, dando seguimento em forma de rodízio, contemplando as demais áreas.

Apresentamos um relato de experiência sobre as vivências formativas no cotidiano de trabalho dos residentes da ênfase pediatria do programa de Residência Integrada em Saúde, parceria entre a Escola de Saúde Pública do Ceará e o Hospital Infantil Albert Sabin. Pretendemos explanar as vivências diante das disciplinas que abordam a infância e das práticas de trabalho instituídas no projeto pedagógico da residência e, também, da tentativa de transcendência dos saberes já instituídos em busca da construção de uma prática inventiva com base no saber trazido pela própria criança sobre seu processo de adoecimento e tratamento no contexto hospitalar.

A residência possui um percurso formativo de acordo com a expectativa de formação para um profissional da saúde especialista em pediatria, fundamentada em uma formação médica tradicional no âmbito hospitalar. Os campos de atuação são emergência, unidades de terapia intensiva, enfermarias e ambulatórios, de forma a fornecer uma visão ampla sobre as doenças e os tratamentos da criança no contexto do hospital. No entanto, a prática cotidiana dos residentes remeteu a outro campo de saberes, lugar de domínio da criança, em que os processos de adoecimento, estratégias de cura e cuidado exigem outra lógica que não aquela idealizada pelas disciplinas que outrora se ocuparam da infância. Assim, outras práticas necessitaram ser criadas pelos residentes junto à criança para produzir cuidado de acordo com suas demandas e desejos.

### **Formação em saúde da criança: do saber instituído sobre a criança e da criação de um saber com a criança**

Na inserção dos residentes no referido Hospital, foi realizado um processo de territorialização com o intuito de observar os fatores internos e externos que influenciam o cotidiano do trabalho, objetivando refletir e construir conhecimento acerca da práxis de cada núcleo profissional e das equipes atuantes de forma interdisciplinar. Também foi um momento oportuno para conhecer as potencialidades do HIAS, assim como suas fragilidades e seu papel dentro da rede de assistência

pública à saúde da criança e do adolescente enquanto hospital terciário.

Os conceitos de território e territorialização são bastante complexos, abrangendo múltiplas dimensões e aspectos. Para Mendes (1993), o território é um espaço em permanente construção, sendo produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais. As tensões estão sempre presentes e o território vivo está em permanente construção e reconstrução. A concepção de território não se refere apenas a um espaço físico, mas diz respeito a relações econômicas, políticas, culturais e sociais.

Do mesmo modo, Santos (2000), compreende que o território não é apenas um espaço físico, puramente material, é um espaço de trocas, de afetos, desejos, vivências, fluxos, onde surgem as subjetividades e as relações. É um lugar vivo, de emoções e sentimentos.

Segundo Ceccim (2005) apud Gondim e Monken (2009), habitar um território é

“(...) explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (s/p)”.

É preciso sentir o território, entender seus fluxos, suas peculiaridades, suas fragilidades, fortalezas, oportunidades e ameaças, é preciso fazer parte dele para compreendê-lo, dominá-lo e poder transformá-lo. A territorialização, nesse sentido, se faz importante para os processos formativos em saúde, já que a aprendizagem não advém de livros ou teorias distantes, mas do próprio serviço e de seu funcionamento cotidiano. Para Gondim e Monken (2009), a territorialização em saúde é uma metodologia capaz de modificar o modelo das práticas assistenciais e de gestão, pois toma como base para a constituição da atenção à saúde as demandas da população, bem como suas características e o modo como organiza suas vidas e relações.

Da produção científica sobre territorialização em saúde, pouco se contempla esse processo no contexto hospitalar, direcionado a produção aos campos da atenção básica e às políticas de saúde comunitária. Compreende-se, porém, que o hospital pode ser considerado também um território no qual se faz importante conhecê-lo e adentrá-lo como parte dele, na tentativa de ordená-lo de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, a fim de adequar as ações ao público alvo; não imergindo no serviço como um agente externo, mas agindo como sujeito atuante ativamente do próprio território.



Destarte, mais do que uma simples visita ou imersão imediata, a proposta da territorialização aponta para uma inserção gradual no cenário de prática. Essa imersão inicia-se com o processo de reconhecimento do território e dos seus espaços; para que, posteriormente, o profissional residente, tendo ampliado sua visão sobre o cenário, possa elaborar estratégias que realmente sejam importantes nas dinâmicas dos serviços e nos processos de trabalho.

Segundo Ferreira, Penteado e Silva Júnior (2013), o hospital pode ser considerado como um “território de organização complexa, atravessado por múltiplos interesses, que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social” (p. 804). O hospital, principalmente um hospital de referência, é também um espaço composto por múltiplos fatores que se cruzam e inter cruzam, que se harmonizam e conflitam e que formam um modo de produzir saúde particular daquele território, sendo necessário, compreender esses fatores.

Ainda, de acordo com os autores, no hospital existem e coexistem “diversos territórios e territorialidades sobrepostas e articuladas no mesmo espaço geográfico, devido, justamente, às complexas e abrangentes formas existentes de apropriação do espaço e de construção de territórios” (FERREIRA; PENTEADO; E SILVA JÚNIOR, 2013, p. 814). O hospital, sendo uma composição de diversos territórios, é um espaço apropriado e desvelado cotidianamente, produzido por inúmeras dimensões e por atores sociais que se redefinem velozmente, revelando extensas relações que se fazem nas mais variadas intensidades e ritmos.

A territorialização foi realizada no período de 09 de junho a 30 de junho em todos os setores do HIAS. A proposta da territorialização permitiu que os profissionais residentes pudessem compreender a dinâmica do cenário de prática, voltando-se para os múltiplos fluxos e linhas de cuidado que constituem os territórios e os diversos atores que dão vida e mobilidade às práticas de saúde. Além de ter possibilitado adentrar no hospital de um modo diferenciado dos demais profissionais, residentes de medicina e estudantes universitários, uma vez que não é comum neste hospital pediátrico que estes trabalhadores e estudantes territorializem o espaço da instituição hospitalar, proporcionou o olhar crítico sobre os fatores concernentes a rotina, procedimentos e relações interprofissionais e interpessoais dos diversos setores do hospital como daqueles relacionados à determinação social da vida e aos determinantes epidemiológicos que constituem o perfil de pacientes atendidos pela instituição.

Vale lembrar que a territorialização poderia ir além do espaço físico do hospital, pois a um território intenso, exterior dos muros, que participa das vivências cotidianas do hospital, a exemplo das instituições parceiras do HIAS que compõem

a Rede de Proteção de Crianças e Adolescentes, principalmente, outros hospitais terciários na atenção à saúde e os conselhos tutelares no âmbito da proteção social; das pessoas que trabalham ao redor do hospital com a oferta de produtos e serviços para os pacientes e trabalhadores do hospital, e os serviços estatais e a comunidade das localidades de origem dos pacientes, deste modo, a dimensão desse território pode agregar muito mais do que podemos ver concretamente.

A partir da territorialização, as agendas de trabalho foram construídas apontando para a manutenção de algumas atividades já idealizadas pela coordenação da residência, preceptores e chefes dos serviços e categorias profissionais, e para a criação de novas práticas de acordo com as necessidades de saúde da população percebidas pelos residentes e dos desejos dos próprios residentes.

Dentre as atividades pensadas como potenciais para a inserção dos residentes nos campos de atuação, impulsionando um trabalho com característica interdisciplinar e como uma prática inovadora nesses serviços, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi trazido pelos residentes para ser aplicado em seus cenários de atuação. A elaboração do PTS envolveu os residentes multiprofissionais, alguns médicos residentes e alguns profissionais do hospital e, apesar da percepção de uma postura de resistência ao modelo de trabalho interdisciplinar, houve conquistas quanto à atuação coletiva e realização de PTS em casos de vulneráveis.

O TS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão entre o indivíduo ou um coletivo e a equipe interdisciplinar. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas, tendo sido bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e valorizar outros aspectos, além do diagnóstico e da medicação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O PTS contribui para a compreensão do sujeito e o sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da sequência saúde/doença/reabilitação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Durante o período de atuação de dois anos da residência, foram construídos 12 PTS pela equipe de residentes, com base na identificação de situações em que existiam fragilidades nos vínculos familiares e/ou vulnerabilidade econômica, necessitando de uma articulação com as demais políticas públicas, principalmente com a política de Assistência Social.

Algumas dificuldades foram encontradas durante o processo de instituição do PTS, primeiro em relação à elaboração da ficha para orientar a organização e desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares, uma vez que há pouco material bibliográfico acerca da utilização desse dispositivo no contexto hospitalar.

Ainda, questões burocráticas e estruturais do serviço também fragilizaram o trabalho da equipe multiprofissional de residentes, tais como: ausência de espaço físico apropriado para realizar as reuniões e discussões dos casos; pouco tempo de inserção da equipe nas linhas de cuidados; resistência para acolher a proposta pelos demais profissionais; pouco contato da maioria dos residentes multiprofissionais com o uso de PTS; dificuldade para inserir os profissionais da equipe assistencial na discussão e construção do PTS, devido à dinâmica de trabalho e formação tradicional em saúde que ainda foca na uniprofissionalidade; dentre outros.

Além da prática do PTS, o coletivo de residentes também realizou atividades em grupo com os pacientes e cuidadores com o objetivo de proporcionar momentos de integração e troca de experiências, além de auxiliar na expressão dos sentimentos como forma de falar de si e da sua relação com seu processo de hospitalização e seus efeitos, bem como da construção de novas relações com o grupo de pessoa que compõem o espaço hospitalar.

De acordo com Santos (2010), a ocorrência de grupos nos serviços de saúde acontece de maneira cada vez mais frequente e se dá de diversas formas: grupos terapêuticos, grupos explicativos sobre determinada patologia, grupos de preparação pré-cirúrgica e grupos de sala de espera, sendo eles educativos, terapêuticos ou reabilitadores. Tais formatos, segundo a mesma autora, dependem do objetivo da intervenção e do público atendido; buscando, como objetivo máximo, tomar os sujeitos como protagonistas dos seus processos de saúde, além de fomentarem a prática interprofissional nos serviços de saúde.

A realização dos grupos seguiu a formatação disposta por Santos (2010), assim, os residentes criaram grupos educativos na sala de espera do setor de emergência, grupos educativos, terapêuticos e reabilitadores na internação e grupos educativos na sala de espera dos ambulatórios de especialidade médica. Os grupos se fundamentaram no respeito às especificidades de cada setor do hospital e, principalmente, à singularidade das pessoas que usufruíram de seus serviços, visto que, as demandas variavam de acordo com a patologia, tipo de tratamento, tempo de permanência no ambiente hospitalar, relações com os profissionais da assistência e com os demais pacientes e seus cuidadores.

Os grupos com pacientes e cuidadores foram realizados nas unidades de internação do HIAS e ocorriam periodicamente com livre acesso pelos usuários. A estrutura do hospital não favorece a organização de grupos em espaços fechados, assim, foram utilizados os corredores das enfermarias, a enfermaria e até mesmo o setor de descanso dos acompanhantes como espaços para o desenvolvimento de tais atividades, mas ressalta-se que houve a preservação da intimidade dos participantes e do sigilo profissional.

Nos encontros dos grupos eram trabalhadas temáticas de educação em saúde e reforçadas práticas de autocuidado e empoderamento dos usuários nos processos saúde-doença, bem como propiciado momento de escuta e de criação de uma rede de apoio mútuo, além de fomentar espaços de desospitalização.

As temáticas abordadas eram voltadas para o autoconhecimento, relaxamento e alongamento, sentimentos, percepções e dúvidas acerca da doença e do tratamento, relações familiares, boas práticas de cuidado no ambiente hospitalar, alimentação saudável, relacionamento com a equipe e com os outros pacientes; além da realização de oficinas produtivas nas quais os usuários eram incentivados a realizar trabalhos manuais, tais como confecção de fuxico, crochê, brinquedos com material reciclável, pinturas em gesso, bijuterias, dentre outros. Também eram realizados momentos com oficinas de dança e maquiagem.

As questões subjetivas relacionadas ao sofrimento advindo do adoecimento, do distanciamento do ambiente familiar e comunitário, dentre outros aspectos que surgiram durante a realização dos grupos, também foram trabalhadas no momento de suas aparições e, também, em grupos já pré-elaborados pelos residentes para lidar com tais temáticas.

A realização dos grupos trouxe também uma experiência e reflexão entre os residentes acerca das potencialidades e dos limites de cada um e de cada profissão, pois nem sempre todos se percebiam aptos para estar à frente da coordenação de um grupo, seja ele educativo, terapêutico ou reabilitador. Muitas vezes, a escolha do residente que iria conduzir o grupo contribuiu para a desmitificação de que somente os profissionais das áreas da psicologia e serviço social eram capazes de lidar com a subjetividade e os problemas sociais dos pacientes e que profissões ligadas mais ao âmbito do saber técnico, a exemplo da odontologia e farmácia, não seriam capazes de fomentar grupos educativos e reabilitadores.

Nesse sentido, pode-se compreender que a execução dos grupos trouxe uma mudança na concepção tradicional do hospital, que, muitas vezes, é concebido no imaginário dos profissionais e da população como espaço exclusivo de cura e de reabilitação de doenças, como se não houvesse espaço para a promoção da saúde e de cuidados com a saúde mental. As práticas inventadas com base na percepção da realidade e da demanda dos sujeitos impulsionaram a descentralização do foco curativo e inauguraram uma nova demandam entre os profissionais de saúde do serviço, que passaram a exigir que as atividades fossem constantes e fossem incluídas na rotina de cada setor, apontando para a identificação destes profissionais com tais práticas e para a possibilidade de estes realizarem os grupos no futuro, não sendo mais dependentes da presença de residentes para reorientar as ações de saúde. como destacam Silva et al. (2011),

“entre as propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde destaca-se uma forte tendência à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde, como as práticas de educação em saúde na busca da qualidade de vida” (p.598).

Por fim, observou-se que os usuários assistidos pelos grupos aderiram de forma satisfatória à proposta, visto que os grupos são uma importante ferramenta do cuidado em saúde que abarca a dimensão coletiva e compartilhada no processo saúde-doença. Os grupos mostraram-se como um espaço de atuação integrada dos saberes, baseado no olhar holístico sobre os sujeitos, mostrando-se como uma importante estratégia de atuação.

Outro aprendizado dos residentes com o trabalho interprofissional no cotidiano do trabalho do hospital pediátrico é que, além de aprender com a criança e seus cuidadores, também era possível aprender uns com os outros, pois várias situações fizeram com que as concepções sobre infância, adolescência, juventude, vulnerabilidade e risco social, patologias e estratégias de cuidado e cura fossem postas em discussão, uma vez que alguns residentes vinham de uma formação profissional relacionada a uma matriz das ciências humanas e sociais aplicadas (psicologia e serviço social) e outras de uma formação profissional ligada às ciências biológica e da saúde (terapia ocupacional, enfermagem, fisioterapia, odontologia, farmácia, nutrição), esta última corrente mais prevalente no hospital. Deste modo, os residentes organizaram um curso em que eles próprios eram os facilitadores da aprendizagem dos demais residentes, abordando temas pertinentes às patologias recorrentes nos pacientes do hospital e a temáticas que estavam interligadas ao contexto social e cultural da população atendida no HIAS.

Nesse sentido, a educação permanente em saúde vem como forma de valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e promover o aprendizado no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano institucional, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Essa experiência foi considerada muito rica e complementou a formação teórica oferecida pela instituição formadora e da instituição de práticas do programa de programa de Residência Integrada de Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - RIS/ESP-CE e do Hospital Infantil Albert Sabin-HIAS.

## Considerações Finais

Os programas de residência devem responder às necessidades de saúde da população, através de uma formação crítica e inventiva e da promoção do cuidado

construído com e a partir da demanda dos sujeitos. A experiência na residência em pediatria demarcou a importância de produzir cuidado junto à criança e a necessidade de reinvenção do residente, pois atuar a partir do desejo e da singularidade de cada sujeito é algo pouco valorizado nas formações profissionais em saúde.

Atuar de forma inventiva e com base no saber da própria criança sobre si mesma e seu processo de adoecimento e cura não se contrapõe ao saber de cada profissão e nem implica o abandono da técnica uniprofissional. Por sua vez, essa criação junto à criança amplia esse saber científico e concede a oportunidade de produzir novos sentidos ao trabalho técnico, pois este não mais fica alheio ao desejo de quem o vai ofertá-lo e nem ao desejo de quem vai recebê-lo.

Espera-se que com a explanação das ações realizadas pelos residentes no âmbito de um hospital pediátrico contribua para a compreensão de que a inserção de profissionais residentes em serviços de saúde extrapola a simples ideia de agregar força de trabalho como benefício para as instituições. A entrada dos residentes nos serviços-escola possibilita a execução de atividades que envolvem o saber científico e o saber dos sujeitos que ali são atendidos, construindo práticas coletivas e interprofissionais no campo da saúde que superam o fazer profissional mecanicista e a rotina engessada e burocratizada das instituições públicas de saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html)> Acesso em: 27 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

FERREIRA, S.M.I.L.; PENTEADO, M.S.; SILVA JÚNIOR, M.F. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.804-814, 2013.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização Em Saúde**. 2009. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/>>

tersau.html>. Acesso em: 26 jun. 2014.

MENDES, E.V. **Distritos sanitários: processo social de mudanças práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, E.G. **O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2010.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, M.A.M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.3, p.596-9, 2011.

# Extensão universitária e a formação para a interprofissionalidade: interlocução entre experiências no VER-SUS, PRÓ/PET SAÚDE E PROJETO RONDON

09

*Natanael Chagas  
Alisson Mauricio Monteiro  
Gelvani Locateli  
Thiago Costa  
Jean Wilian Bender  
Letícia Dal Magro  
Andressa Antônia Trizotto  
Cláudio Claudino da Silva Filho*

## Introdução

O trabalho em saúde demanda significativo arcabouço de competências e habilidades, na medida em que a complexidade do ser humano produz um emaranhado de demandas e necessidades singulares. Os processos formativos em saúde têm a responsabilidade de formar profissionais capacitados e implicados com a integralidade da atenção, que demanda uma abordagem interdisciplinar e, inexoravelmente, um trabalho interprofissional. Essa perspectiva encontra ressonância nas políticas públicas de saúde do Brasil, que tem desde 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), embasado em princípios e diretrizes que buscam assegurar uma atenção integral em saúde.

Com vistas a assegurar a formação de profissionais da saúde com competências e habilidades para a atuação interprofissional fez-se, na última década, esforços significativos no âmbito das graduações em saúde para reorientar a formação de modo a melhor atender às necessidades do SUS (SANTOS, 2015). As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos Universitários da Área da Saúde (DCNs) tiveram grande influência nesse contexto, assim como “[...] o relevante papel indutivo realizado pelos Ministérios da Saúde e Educação para se alcançar uma formação mais humanizada e desenvolvida mediante processo de ensino-aprendizagem em diferentes cenários e com práticas de interprofissionais-



lidade” ( SANTOS, 2015, p. 10). Após quase duas décadas, a implantação dessas diretrizes ainda se situa como um nó crítico na formação para a interprofissionalidade, especialmente no que diz respeito à integração curricular e ao atendimento às diretrizes do SUS (AMARAL, 2016).

Nesse sentido, apontamos que a formação de profissionais orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão é um parâmetro para se alcançar a interprofissionalidade. Nas DCNs faz-se referência a uma “formação generalista, humanista crítica e reflexiva”, apontando para a importância de o profissional responder às necessidades de saúde e seus determinantes. Também consta o princípio de que a formação em saúde deve “fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios em cenários além dos muros dos serviços universitários e a participação em atividades de extensão” (BRASIL, Ministério da Educação, 2001).

Considerando a extensão universitária como importante subsídio na formação para a interprofissionalidade, propomos no presente trabalho apresentar uma interlocução entre experiências no Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e Projeto Rondon. Para isso, percorremos o campo da formação interprofissional, apresentando a orientação metodológica e as contribuições das vivências no contexto da extensão universitária para a formação profissional voltada à interprofissionalidade.

## Metodologia

O presente trabalho situa-se na abordagem qualitativa, através da análise reflexiva da realidade nos moldes de um relato de experiência. Para Gil (2010), relato de experiência baseia-se na apresentação das vivências em determinado espaço na perspectiva do saber científico. O relato que aqui apresentamos conta com as experiências de profissionais e estudantes da área da psicologia, enfermagem, odontologia, nutrição e medicina em projetos de extensão universitária de Instituições de Ensino Superior do estado de Santa Catarina. Contempla-se nessa análise os projetos: VER-SUS - Oeste Catarinense (2015/2016) PRÓ-Saúde e PET-Saúde (2013/2014/2015) e Projeto Rondon Nacional (2014) e Rondon Regional (2016).

Os eixos que orientaram a análise reflexiva dos projetos e a apresentação das experiências vivenciadas abrangeram: campo teórico da formação interprofissional e sua conformação na área da saúde; trajetórias extensionistas na perspectiva interprofissional; potencialidade dos programas de extensão para a interprofissionalidade; e, por fim, perspectivas para a interprofissionalidade em saúde.

## O campo da formação interprofissional na área da saúde

A formação em saúde historicamente corroborou para o fortalecimento da separação das áreas de conhecimento. A partir do momento que percebemos que nosso sistema de saúde presta cuidados fragmentados e pouco resolutivos (COSTA et al., 2015), se torna essencial pensar novos modelos de formação da força de trabalho em saúde. Nesse sentido, o trabalho interprofissional é uma resposta possível para esses impasses, reagrupando conhecimentos que estão dispersos, evitando, também, a duplicação de cuidados (FURTADO, 2009).

Nos últimos trinta anos, pesquisadores da área da saúde tem dado especial atenção ao tema da educação interprofissional (EIP), apontando-a como proposta de formação que visa inverter a lógica de ensino predominante e aprimorar o cuidado em saúde através da integralidade e do trabalho em equipe (BATISTA, 2012; REEVES, 2016). Nesse sentido, “a necessidade de EIP decorre diretamente da complexidade e natureza multifacetada da saúde” (REEVES, 2016, p. 186), que somente é abarcada na sua integralidade numa abordagem interprofissional.

No Brasil, essa discussão chegou de modo tímido e as experiências ainda são incipientes (BATISTA, 2012), embora haja uma significativa caminhada no sentido do trabalho coletivo no SUS e importantes políticas interministeriais que induzem a reorientação da lógica do ensino na saúde (COSTA, 2016; PEDUZZI, 2016). Costa (2016, p. 197) refere que, “nessa direção a EIP, em suas bases teóricas e metodológicas, complementam e fortalecem os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde”.

Adotar a educação interprofissional como uma ferramenta para a formação de profissionais da saúde se apresenta como recurso potente para a reorientação das ações em saúde. Atualmente, estudos científicos (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; PEREIRA, 2016) comprovam que a prática colaborativa e a oferta de um cuidado qualificado são possíveis se os profissionais trabalharem em equipe e compartilharem dos mesmos objetivos, apontando que a interprofissionalidade oferece uma assistência em saúde mais resolutiva e satisfatória. Também se aponta como imprescindível o desenvolvimento de habilidades de comunicação interprofissional e prática colaborativa desde o início da graduação (PEREIRA, 2016). Nesse sentido, se a busca é por profissionais mais aptos ao trabalho colaborativo e ao diálogo em equipe nos espaços de saúde, a formação interprofissional se mostra um caminho promissor.

Para Reeves (2016, p. 186), “educação interprofissional (EIP) oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais

para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo”. A educação Interprofissional pode ser conceituada como uma proposta onde duas ou mais profissões realizam troca de saberes sobre o trabalho conjunto e acerca das especificidades de cada uma, assumindo responsabilidades mútuas na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente (UNIFESP, 2006). É o modelo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração de ações que deve ser alcançada ao mesmo tempo em que respeita as especificidades de cada profissão, de modo que a finalidade destes profissionais seja alcançada, ou seja, a saúde e/ou bem-estar do sujeito (COSTA et al., 2015). A interprofissionalidade também tem o intuito de superar a multiprofissionalidade, a qual se refere às relações independentes entre as diferentes áreas de conhecimento no campo prático. Ao passo que a interprofissionalidade aponta para a interação entre as áreas de conhecimento, de maneira colaborativa (COSTA et al., 2015).

Vale salientar a relação íntima entre os conceitos de interprofissionalidade e interdisciplinaridade, a medida que o primeiro diz respeito ao campo prático e o segundo ao campo do conhecimento (COSTA et al., 2015). Apesar da definição para distinguir os valores gerais que permeiam interprofissionalidade e interdisciplinaridade, na prática dificilmente encontram-se exemplos “puros” destes, devido a interação e retroalimentação entre prática-teoria-prática (FURTADO, 2009), o que propicia iniciativas de integração entre ensino/serviço. Thiesen (2008), aponta que, apesar das diversas definições que a interdisciplinaridade possui na literatura, a sua finalidade é vista da mesma forma, sendo compreendida como um modo de transferência e socialização do conhecimento que supera o método de fragmentar o processo, permitindo observar em conjunto por meio de diferentes pontos de vista a relação entre as partes e o todo.

Atualmente é impossível pensar em um modelo de profissional que busca a integralidade do cuidado trabalhando sozinho ou com seus “iguais”. A convivência e partilha de conhecimentos visa a transformação do processo de trabalho entre teoria e prática, num movimento dinamizado, a *práxis*. Silva (2011) pondera que nos processos de formação há muito o que ser trabalhado na busca por recuperar a capacidade, na qualidade de estudante, de ser protagonista do seu processo de formação, sabedor das necessidades sociais, vivenciando projetos interprofissionais, de forma a ter compromisso com o usuário do sistema de saúde, e que possa ser pró-ativo e que possa impulsionar processos de mudanças na realidade onde se situa.

Para Silva (2011), para que esse intercâmbio de informações ocorra, não deve-se apenas reunir estudantes de cursos diferentes em atividades conjuntas, mas sim, desenvolver recursos cognitivos, afetivos e psicomotores dos estudantes, tendo que o atendimento deve seguir as necessidades da saúde das pessoas

e respeitar a autonomia da profissão. Neste ponto, assim como Batista (2012), poderíamos questionar:

- Os cursos de Graduação em Saúde estão comprometidos com a formação para o trabalho interprofissional?
- Quais metodologias poderiam ser utilizadas para propiciar a formação interprofissional?

Apesar de reconhecida sua importância, esses questionamentos não conduzem a elaboração de novas propostas para a formação profissional no Brasil (BATISTA, 2012). “Apesar dos ganhos expressivos atuais em várias vertentes, os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS” (COSTA, 2016, p. 198).

Em contraposição a isso, a fim de favorecer a troca de saberes, iniciativas como o VER-SUS, PRÓ-Saúde, PET-Saúde, e Projeto Rondon, emergem num cenário mobilizador para a *práxis* interprofissional.

Algumas instituições brasileiras de ensino superior tem desenvolvido metodologias para promover a integração ensino/serviço, como da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF), através de um Programa Integrador, em que os discentes de diversos cursos da saúde imergem na Atenção Básica à Saúde, desde o início da graduação, de maneira a vivenciar a indissociabilidade entre teoria e prática, integrar-se ao meio social local e regional, assim como interagir com os demais cursos (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) também adotou um modelo de metodologia ativa de aprendizagem e educação interprofissional, num currículo baseado nos pressupostos de competências profissionais e interprofissionais. Com isto, o atendimento integral parece ser favorecido, ao passo que integra o cuidado especializado ao cuidado holístico (SILVA, 2011).

Ainda, a Universidade Federal de São Paulo também desenhou os novos cursos da saúde do Campus Baixada Santista, assumindo como objetivo a formação para o trabalho interprofissional, de maneira que, assim como na FCMS/JF, desde o primeiro ano da graduação, os discentes tenham a oportunidade de experienciar as realidades de saúde, intervindo no cuidado e lapidando a criticidade quanto às dimensões envolvidas no trabalho em saúde (CAPOZZOLO et al., 2013; SILVA, 2011).

Somando-se a isso, políticas e vivências indutoras de mudanças na graduação como o PRÓ-Saúde, PET-Saúde (BATISTA et al., 2015; SILVA, 2011), VER-SUS e Rondon tem demonstrado constituírem potenciais espaços para a educação interprofissional, as quais serão abordadas a seguir.

## **Educação interprofissional: aprendendo com os projetos VER-SUS, PRÓ-Saúde, PET-Saúde e Rondon**

Diante desse emaranhado de informações nos questionamos qual o potencial dos projetos e programas de extensão universitária na reorientação da formação em saúde, através de um olhar diferenciado, pautado na abordagem interdisciplinar dos fenômenos e no fortalecimento da interprofissionalidade. Para melhor compreensão do que se trata esses instrumentos metodológicos de ensino voltados para a extensão universitária, iremos descrever de forma sucinta em que consistem esses projetos e programas.

O projeto VER-SUS, caracteriza-se como dispositivo desenvolvido para reorientação da formação em saúde, o qual utiliza metodologias ativas para estimular que os participantes, de forma individual e coletiva, participem diretamente na construção do seu conhecimento. Os integrantes do projeto são estudantes de graduação e pós-graduação das mais diversas áreas do conhecimento. Os cenários principais de atuação do projeto são os serviços de saúde pública, iniciando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) até os serviços especializados e/ou de alta complexidades (FERLA et al, 2013).

Com isso, propicia aos estudantes experienciar os espaços de aprendizagem e trabalho do SUS, constituindo-se como um mecanismo educativo voltado à formação de profissionais da saúde para o SUS, tendo compromisso ético-político com as necessidades de saúde e sociais da população, assim como para com as diretrizes e princípios que regem o sistema de saúde (KRETSCHMER, 2015).

Nesta aproximação do acadêmico com a realidade do SUS, entende-se que os profissionais de saúde não são apenas a força de trabalho do sistema, mas também agregam-se os instrumentos de aperfeiçoamento e transformação do mesmo (KRETSCHMER, 2015). E como o cuidado se dá de maneira multiprofissional, a interprofissionalidade contribui diretamente na qualidade do atendimento prestado.

O PRÓ-Saúde, por sua vez, foi criado através da observação de experiências de integração ensino/serviço exitosas, em contraposição a formação predominantemente fragmentada, alheia a organização setorial e ao debate crítico em torno do cuidado em saúde, assim como desconexa da realidade social e epidemiológica da população, inserindo o profissional tardiamente ao mundo

do trabalho (BRASIL, Ministério da Educação, 2007).

Com o monitoramento e avaliação do PRÓ-Saúde e, conseqüente, identificação dos avanços e desafios a serem enfrentados, surgiu o PET-Saúde, que agregou o fator pesquisa (pesquisa clínica, pesquisa-ação, pesquisa sobre o processo de ensino-aprendizagem e gestão em saúde) a esse movimento de reorientação da formação (HADDAD et al., 2012).

Deste modo, o PRÓ-Saúde e o PET-Saúde, objetivam a formação de profissionais da saúde para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar relacionando com o eixo temático interdisciplinaridade e intersectorialidade, na formação e atuação profissional, em busca da integralidade da atenção à saúde. Assim, através da análise do PRÓ-Saúde e PET-Saúde, percebe-se que os mesmos constituem importantes mobilizadores para adoção da educação interprofissional, ao passo que induzem a novas formas de interação entre os cursos, docentes e discentes envolvidos nas atividades, que são realizadas em cenários reais de vida e saúde das pessoas, integrando ensino/serviço (BATISTA et al., 2015; COSTA et al., 2015).

Já o Projeto Rondon, o qual é o mais antigo dos projetos citados, uma vez que remonta a década de 60, quando o General João Bina Machado inicialmente propôs um trabalho, sob a temática "o militar e a sociedade brasileira", aos alunos da Escola de Comando e Estado Maior do Exército. A partir dessa atividade surgiram bons trabalhos, assim como o conhecimento acerca da realidade brasileira e seus aspectos sociais e culturais, emergindo a ideia de propiciar aos acadêmicos essa mesma experiência, através de estágios junto a unidades do exército (CASTRO, 2015).

O Projeto Rondon, ao contrário dos anteriores, não é um mecanismo diretamente voltado para a área da saúde, mas sim para um conjunto de ações afins de proporcionar experiências e aprendizados para os acadêmicos, tanto quanto para a população contemplada por essas atividades. O projeto existe na esfera Nacional, coordenado pelo Ministério da Defesa, e no âmbito regional, coordenado por Instituições de Ensino Superior. Ambos os contextos se caracterizam pela extensão universitária, na direção de permitir que estudantes, dos mais diversos cursos de graduação, participem das atividades de forma interprofissional. Além disso, a construção de novos conhecimentos é compartilhada entre os estudantes participantes e a população que ali reside, permitindo o compartilhar de tecnologias e habilidades construídas nas universidades e, em contrapartida, recebem os conhecimentos populares/cultura e aprendizado que são incorporados para embasar ainda mais a formação acadêmica. Essa perspectiva corrobora com as ideias de Paulo Freire, que nos diz: " O conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem; o conhecimento se

constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica destas relações” (FREIRE, 2006, p. 36).

Este projeto propicia a sensibilização dos participantes quanto às diferentes realidades e problemáticas sociais, aprimorando a dimensão humana, assim como contribui para a ampliação da formação profissional para além dos limites técnicos e profissionais, à proporção que possibilita relacionar teoria e prática, numa práxis interprofissional e comprometida com a transformação social (CASTRO, 2015). Passos et al (2016) referem que o Projeto Rondon proporciona a estudantes de diversos cursos a possibilidade de (re)construírem suas visões de mundo e de atuação profissional.

Nota-se que existem linhas de pensamento entre os dispositivos que apresentam uma certa paridade, principalmente na questão de educação interprofissional, pois os mesmos estimulam e proporcionam que os acadêmicos se relacionam entre as mais diversas profissões, além de desenvolver construções coletivas e discussões de propostas para intervir de forma positiva na sociedade. Assim como possibilita a intersecção entre o mundo da formação e do trabalho, numa formação técnico-científica humanizada (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014; CARDOSO et al, 2015).

Essas discussões entre os acadêmicos serão refletidas posteriormente nos campos de atuação profissional, quando os mesmos estarão executando planejamentos, análises, propostas, intervenções e os mais diversos aspectos que envolvem o trabalho, pois o olhar será diferenciado e ampliado, e não mais unidirecional, tornando assim mais eficiente e capaz de compreender a complexidade do processo saúde e doença (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Diante disso, destaca-se a importância de apoiar as atividades de extensão e inserir estas no cotidiano acadêmico, de modo que estejam incorporadas a identidade das IES. Visto que a extensão universitária se mostra representativa para a formação interprofissional, estando vinculada a formação ampliada do estudante enquanto profissional e cidadão, e a produção e/ou intercâmbio de conhecimentos que estejam subjacentes a transformação da realidade de trabalho e social, sendo indissociável do ensino e pesquisa (SANTOS, 2010).

## **Perspectivas para a interprofissionalidade em saúde**

A escolha por abordar estes programas na perspectiva da interprofissionalidade evidencia o reconhecimento da sua importância no processo de formação profissional dos autores. As vivências produzidas a partir da imersão nos projetos reforçam o que a já é apontado pela literatura: a educação é inseparável dos pro-

cessos de trabalho, de tal modo que na própria atividade há uma aprendizagem em acontecimento, como algo intrínseco. Podemos considerar que estratégias calcadas na interdisciplinaridade e voltadas à integração ensino-serviço-gestão-comunidade, de forma interprofissional, são um caminho possível para a reorientação da atenção em saúde com vistas à integralidade.

Destaca-se a importância da extensão universitária como elemento basilar do processo de formação profissional, abalizando a necessidade de proporcionar maior acesso dos acadêmicos a programas e projetos, contemplando uma organização e corpo docente que apoiem a educação interprofissional, a ampliação de financiamento e, não menos importante, a curricularização da extensão. Também, deve-se considerar a importância de uma educação interprofissional de caráter permanente e longitudinal, no sentido de que deva ser parte do desenvolvimento profissional contínuo do indivíduo, desde a graduação e tendo continuidade durante toda a sua carreira (REEVES, 2016).

A inserção nos projetos também estimulam o trabalho em grupo, uma vez que a maior parte das atividades humanas diárias é desenvolvida em grupos, e não isoladamente. Especialmente na Atenção Básica, equipes multiprofissionais atuam em prol do usuário. Tanto a abrangência do serviço em número de atendimentos, quanto a qualidade do serviço prestado envolvem a necessidade da habilidade com trabalho coletivo (ARAÚJO; GALIMBERTI, 2013).

A interprofissionalidade é essencial para o atendimento das necessidades do usuário, e já é difundida no Brasil. Para relações interprofissionais efetivas, é um grande facilitador que a preparação dos futuros profissionais já se dê no campo universitário, meio em que a base teórica e prática do acadêmico é solidificada, e as relações interdisciplinares são de importância, tanto na formação profissional, quanto pessoal do indivíduo.

Diversas estratégias são empregadas no ensino universitário brasileiro com a finalidade de ampliar a interação entre estudantes e a produção coletiva. Entretanto, as práticas costumam se limitar às salas de aula, ao curso de graduação, e mais, raramente, às Instituições de Ensino Superior (IES). Diante disso, a extensão universitária direcionada para a interdisciplinaridade e interprofissionalidade se apresenta como um diferencial e um recurso promissor para a formação profissional.

As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado; e, à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).



Nesse sentido, o VER-SUS, PRÓ-Saúde, PET-Saúde e Projeto Rondon são poderosas ferramentas potencializadoras que contribuem possibilitando ao estudante de graduação vivências que exigem o diálogo entre graduandos de diversas áreas visando avanços sociais, para o SUS.

## Referências

AMARAL, A. **Formação interprofissional nos cursos de graduação em saúde em São Paulo**. Dissertação (Mestrado Profissional), Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

ARAÚJO, E.M.D.; GALIMBERTTI, P.A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**. v. 25, n. 2, p.461-468.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25 - 28, 2012.

BATISTA, S.H.S.S., Formação em saúde: reflexões a partir dos Programas pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface**, supl. 19, p. 743 - 52, 2015.

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface**, v. 18, n. 48, p. 177-86, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001: **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_. Ministério da Defesa. Programas Sociais. **Projeto Rondon**. Brasília/ DF. Acesso em 15 de Outubro de 2017. Disponível em: <http://www.projettorondon.defesa.gov.br/portal/index/pagina/id/343/area/C/module/default>

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

CAPOZZOLO, A. A. et al. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface**, v. 17, n. 45, p. 357 - 70, 2013.

CARDOSO, A.C. et al. estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a extensão universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. **Rev ABENO**, v. 15, n. 2, 2015.

CASTRO, A.T.K.A. **Extensão universitária e formação política na universidade pública: o caso Projeto Rondon na UFRGS e na UDESC** [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

COSTA, M.V. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface**, v. 19, supl. 1, 2015.

COSTA, M. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

DOS SANTOS, L. **A educação interprofissional na graduação de medicina e enfermagem: vivências e percepções de alunos**. [Dissertação], Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Faculdade de Medicina, Botucatu, 2015.

FERLA, A.A. et al. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. (Coleção VER-SUS/Brasil) Associação Brasileira da Rede Unida, Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FURTADO, J.P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cad Bras Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 2009.  
GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HADDAD, A.E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 36, n.1, supl.1, 2012.

KRETSCHMER, A.C. Vivências e estágios no SUS: ênfase na atenção primária em saúde. **Experiência**, v. 1, n. 2, p. 87-97, 2015.

PASSOS, S.M.M. et al. Do gabinete à comunidade: a experiência do Projeto Rondon na formação profissional no campo de públicas. **Extensio**: R. Eletr. de Extensão, ISSN 1807-0221 Florianópolis, v. 13, n. 21, p.166-183, 2016.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEREIRA, P.M. **A educação interprofissional e o Pró PET-Saúde USP-Capital 2012/2014: a percepção de tutores, preceptores e estudantes** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**. v. 20 n. 56, p. 185-96, 2016.

SANTOS, M.P. contributos da extensão universitária brasileira à formação acadêmica docente e discente não século XXI: um debate necessário. **Revista Conexão UEPG**, p. 10 - 15, 2010.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D. SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 721-725, Aug. 2009.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, n. 39, p. 159 - 175, 2011.

SILVA, R. H. A.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, v. 16, n. 1, p. 167 - 184, 2011.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 de outubro de 2017.

UNIFESP (2006) **O Projeto Pedagógico do Campus Baixada Santista**. Disponível em: [http://www2.unifesp.br/homebaixada/projetopedagogico\\_baixada.pdf](http://www2.unifesp.br/homebaixada/projetopedagogico_baixada.pdf)>. Acesso em: 03/10/2017.

# Relato de experiência: da formação ao exercício da tutoria em educação permanente em saúde em movimento

10

*Juleimar Soares Coelho de Amorim*

## **Educação Permanente em Saúde - em movimento**

Conforme as diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento da Educação Permanente em Saúde (EPS) dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de EPS permeia a ideia de articular as necessidades dos serviços, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009). A educação permanente é aprendizado no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da organização (OTICS, 2014).

Distinta da educação continuada, fundamentada em saberes estruturados, processos formais de educação, por meio de métodos pedagógicos ou técnicas de trabalho, o aprendizado não se baseia na transmissão de conhecimento para a atualização de novos enfoques, de forma fragmentada, podendo resultar em uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática (PINHEIRO, 2005). Segundo Ceccim (2005), a EPS pode permear a formação profissional e a própria educação continuada, no entanto, é mais potente quando opera junto à educação no serviço, possibilitando mudanças institucionais em dado tempo e lugar, compondo-se como processo produtivo singular ao construir cotidianos enquanto campos de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Frequentemente, nas organizações de saúde, as especializações associam-se a processos de capacitação dos profissionais (cursos, treinamentos, aperfeiçoamentos, atualizações) construindo-se uma linha de reprodução do papel das áreas técnicas e dos níveis centrais ao governar princípios e diretrizes para as políticas em cada um dos núcleos específicos de acumulação em saúde (BRASIL, 2004). A partir daí, em lugar de se estabelecer apoio solidário aos serviços nos quais se desdobram em atos políticos, por vezes desfiam-se cursos e treinamentos pontuais.

O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, instituiu a política de EPS como es-

estratégia de transformação das práticas de saúde e de formação dos profissionais (BRASIL, 2004). Para tanto, inicialmente houve a criação dos pólos de EPS, como instâncias locais regionais. Em um segundo momento utilizou como estratégia a formação de tutores e facilitadores de EPS em todo o país (BRASIL, 2012). Esta última é uma iniciativa recente e seus produtos estão sendo recolhidos, por exemplo sobre como esses atores estão lidando com a responsabilidade de produzir mudanças no processo de trabalho (FREITAS, 2008).

O presente estudo inscreve-se em uma etapa ainda posterior dessa genealogia, chamada Educação Permanente em Saúde em Movimento (EPSM), uma iniciativa que envolve o ensino profissional técnico, de graduação a partir de práticas colaborativas em serviços. Assim, busca considerar a integração da formação das diversas profissões e tem como foco o aprender a aprender pelas experiências interprofissionais. A formação e as práticas aqui discutidas, de cuja primeira turma de tutores-alunos o autor participou, articula interinstituições e é mediada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria estabelecida com o Ministério da Saúde e Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Há uma demanda historicamente reprimida por educação permanente na área do sistema e saúde, comparando-se à imperiosa educação continuada. O desejo, de um contingente expressivo de profissionais, de incorporar o aprendizado no ambiente de trabalho torna necessário avanços e garantias na implementação das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; MERHY, 2006). Nesse sentido, o presente trabalho objetivou relatar uma experiência de percurso histórico-metodológico da formação e da tutoria em EPS do Curso de Especialização e Aperfeiçoamento de Educação Permanente em Saúde em Movimento.

A partir de uma experiência singular, busca-se discutir os desafios e os avanços da construção coletiva do curso, avaliação da iniciativa, as ferramentas pedagógicas, bem como algumas limitações relacionadas ao projeto em si, aos participantes e aos modelos de educação na saúde no mundo do trabalho. Esta produção teórica poderá, assim, contribuir para a reflexão sobre políticas de indução de caráter interprofissional da formação voltadas para o fortalecimento do SUS e das práticas de EPS.

## **Percurso histórico-metodológico**

Desde o primeiro encontro, inserido dentro do amplo processo de formação que ocorreu nas 435 regiões de saúde do país, visando a formação em EPS, mediante especialização, de atores sociais do trabalho em saúde, especialmente tutores, formadores e trabalhadores, adoto uma posição auto reflexiva de minha experiência.

A programação do curso de especialização EPSM teve início em maio de

2014, com oferta inicial para 6000 trabalhadores, abrangendo todo território nacional. Os tutores e especializandos foram constituídos por meio de seleção pública realizada pelo MS. O curso contou com a participação de organizadores, e cerca de 60 formadores para 600 futuros tutores, todos profissionais do SUS. Esse momento foi o primeiro passo para alinhamento dos conceitos, perspectivas, organização estrutural e pedagógica da formação. No ensejo, procedi ao trabalho loco-regional singular entre tutores e os formadores, até dezembro de 2014, com encontros presenciais e virtuais.

Em sequência ao período especialmente dedicado à aproximação da EPS (denominado de formação), qualificado como tutor, contribuí para a especialização de 10 trabalhadores. Nas turmas de Londrina (PR) foram selecionados servidores do pronto-atendimento, urgência e emergência, especialidades, atenção básica, instituições de ensino e profissionais que atuam no gerenciamento dos serviços de saúde em nível central. O exercício da tutoria foi realizado no mesmo formato, semipresencial, com momentos de aprendizagem presencial trimestrais e com apoio de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA). A interação com os alunos deu-se: por momentos de concentração, com interação direta e presencial, totalizando quatro encontros presenciais ao longo dos 12 meses do curso; por momentos de dispersão, no ambiente de trabalho; e mediada pelo AVA, utilizando-se a plataforma do Observatório de Tecnologia em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (Otics).

A interação à distância, no curso, não foi apenas complementar, mas compôs as atividades e a carga horária previstos, bem como a avaliação do especializando e do tutor. Uma vez que nós, trabalhadores do SUS, somos compreendidos como sujeitos em ato do nosso processo de aprendizagem (OLIVEIRA,2009), a opção pedagógica foi baseada na postura proativa de cada educando em incorporar o aprendizado ao trabalho, e na articulação entre prática e teoria (OTICS, 2014), nessa ordem. A lógica norteadora do processo ensino-aprendizagem fundamentou-se nos princípios da Aprendizagem Significativa, da Problemáticação, das Pedagogias Histórico-Constructivistas e do referencial da EPS.

## Ferramentas pedagógicas

Inicialmente a estratégia foi realizar um primeiro encontro de forma presencial, em um ambiente acadêmico (espaço da sala de aula), para evitar quaisquer conflitos na interação com a plataforma. Nesse momento de aprendizado o grupo se reuniu para iniciar as atividades a serem desenvolvidas ao longo dos próximos meses. Encontrou-se nesse primeiro momento alguns especializandos mais experientes, outros mais teóricos, bem como alguns ainda se encontrando naquele espaço. A construção e a discussão dos encontros foram sempre coletivas,

em que cada participante teve papel principal na definição de eixos temáticos, uma vez que todos estiveram centralizados em torno da EPS vivida no cotidiano.

Os temas norteadores dos encontros presenciais abrangeram: I) Produção do cuidado em Saúde; II) Narrativas do trabalho; III) Estratégias de rastreamento de EPS no ambiente de trabalho; IV) Papel da educação na Saúde; e, V) ampliação do olhar sobre o processo de trabalho em saúde. Nos encontros entre tutores-formadores e tutores-tutores discutimos: I) Organização das turmas de especializando e tutores; II) Desafios na condução EaD do curso EPS; e, III) o estabelecimento de redes de apoio em EPS. Todas as proposições se tornaram subsídios para debate neste espaço aberto.

Tutor e aluno eram convidados a desenvolverem narrativas para os encontros presenciais de acordo com as temáticas propostas, estimulados a contemplar cenas do cotidiano em que experimentaram EPS em si e/ou em sua equipe de trabalho, bem como práticas colaborativas no trabalho, conforme orientação política de reconhecimento e cooperação para construir encontros no cotidiano das práticas de saúde (MERHY, 2014). Na ocasião, lemos e discutimos todas as narrativas como uma estratégia para possibilitar novos olhares sobre os problemas do cotidiano e possibilidades de fazer diferente no contexto inserido, dando visibilidade a conceitos-ferramenta.

A plataforma Otics foi a grande articuladora entre alunos e tutor, tutor-tutor e tutor-formador no curso EPS em Movimento. Foi uma ferramenta essencial para compartilhar experiências vivenciadas de EPS (no formato de narrativas), afecções relacionadas às experiências vividas e troca de saberes entre os diferentes atores. Através das formas de comunicação síncrona e assíncrona a plataforma promoveu interação e mediação que trouxe em seu bojo a concepção pedagógica a nortear a aprendizagem vivenciada e experimentada no curso<sup>12</sup>. Privilegiando a interação, a interatividade e a aprendizagem colaborativa e levando em consideração todo processo de aprendizagem a construção foi em sintonia com o desenvolvimento da prática de trabalho do especializando (OLVEIRA, 2009).

Foram propostas diferentes “Ofertas” que subsidiaram a experimentação do tutor, do aluno e do formador. As ofertas incluíram textos científicos, vídeos, imagens, fotografias, relato de experiências e textos disparadores para reflexão sobre a EPS. Através das “Entradas” na plataforma de aprendizagem se acessam os conteúdos teóricos, documentos formativos e textos de problematização. Houve também um material didático disponível previamente ao início do curso, ofertado pela equipe gestora, com situações-problema comuns aos trabalhadores do SUS, e que encorajava novas produções no grupo de discussão.

Um dispositivo pedagógico se mostrou potente: trata-se de um espaço para escrever-se sobre si e sobre o mundo do trabalho, denominado de “*Diário Cartográfico*” (OTICS,2014). Sucede também para o tutor conversar com o aluno e o formador com o tutor, por meio desse instrumento, que por sua vez retroalimenta outras ferramentas, como a “*Caixa de Afecções*”.

Com esta ferramenta propôs-se um espaço de arquivo para os objetos relacionais, cujas funcionalidades foram: I) favorecer uma apropriação sobre a própria produção, a partir do lugar de pertença, em seus mais variados aspectos e sutilezas; II) Interrogar as experiências, abrindo outras conexões para o vivido, fornecendo a produção de deslocamentos e dando passagens aos afetos; III) Transver o vivido recontextualizando a experiência; IV) Colocar em funcionamento ludicamente ideias/pensamentos sobre o vivido; V) Convocar à recriação coletiva dos saberes da experiência. Importantes experiências foram depositadas, vasculhadas, embaralhadas e fisgadas pelos participantes na caixa de afecção dos tutores-formadores e tutores-alunos. A caixa de afecções foi um importante interlocutor entre os diferentes atores do cenário da EPS, em alguns momentos mais acessado que o Diário Cartográfico ou o Fórum.

A plataforma também possuía um “*Varal*” apresentando uma grande diversidade de cenas, músicas, vídeos e convites à ação-experimentação (MERHY,2011). As cenas auxiliam a reflexão e debate sobre situações vivenciadas no cotidiano dos serviços e do sistema de saúde, servindo também como dispositivo para aprendizagem. As encenações foram narradas a partir de temas que envolveram a gestão, o processo de trabalho, a educação permanente em saúde e outros, a partir de histórias que fazem um convite à reflexão e ao diálogo por meio de questões problematizadoras.

Os “*Fóruns*” foram mecanismos para promover as interações entre colegas de turma, para estampar a diversidade de opiniões frente às informações e vivências do cotidiano, a reflexão e o debate. Assim, os conhecimentos foram construídos e reconstruídos numa ação proativa dos participantes do grupo, abertura de espaços para questionamento, e oferecendo, ao invés de certezas, oportunidades para o exercício da dúvida e, do diálogo produtivo.

Além das cenas já organizadas na plataforma, os próprios participantes (formador, tutor e aluno) foram estimulados a compartilhar as suas. Os panoramas do cotidiano foram escolhidos e postados a partir das afecções do autor a refletirem, por exemplo, sobre: I) A EPS na prática; II) O desafio da implementação da EPS; III) A gestão do serviço e a prática de EPS; IV) Conceitos, metodologias e instrumentos de EPS no trabalho; V) a EPS e outros modos de aprender; VI) a construção coletiva do trabalho e do saber; VII) as redes de cuidado em saúde,



entre outros. Certamente essas vivências obtiveram maior atenção dos participantes, uma vez que envolviam problemas reais, desafios cotidianos, afecções concretas e não somente problematização. Dessa maneira, os participantes se fortaleciam em cooperação e compreensão mútua do próprio fazer e aprender.

O *“Trabalho de Conclusão de Curso”* consistiu em uma produção escrita individual contemplando reflexões sobre experiências de EPS vivenciadas pelo aluno (momento da especialização) e tutor (momento da formação). Os autores elaboraram escritas reflexivas a partir do conteúdo do diário cartográfico e caixa de afecções.

Os tutores no momento de formação eram avaliados quanto à frequência e uso interativo do ambiente virtual, à realização de atividades apresentadas pelo formador, ao estabelecimento de interações propositivas e cooperativas (feedbacks) e quanto ao domínio no uso das ferramentas interativas que vinham ser utilizadas no período. Ao mesmo tempo avaliavam os especializandos em relação ao acesso ao ambiente virtual de aprendizado, a participação regular e significativa na plataforma, frequência nos encontros presenciais, expressão e produção sobre movimentos de reconhecimento de processos de EPS no cotidiano do trabalho, reflexos de movimentos de coadjuvação em processos e vivências de EPS em si e no outro, durante o percurso formativo. As avaliações carregavam em si caráter mais formativo a somativo, visando melhoria nas capacidades interprofissionais.

## Da prática à teoria: o que a experiência tem nos ensinado

A EPS é uma aposta para se caminhar entre a metodologia científica oficial, de um lado, e a produção do conhecimento a partir do mundo do trabalho, de outro, mas sempre priorizando este último. Mehry (2016) refere que a EPS, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais. Nesse sentido, o período de formação dos tutores foi importante para apreensão da temática, compreensão dos contextos e para despertar “radares” para a EPS nos cenários do trabalho, conforme a inserção dos trabalhadores do SUS.

Deparei-me com estranhamento da temática ao compreendê-la como percurso do trabalho. Esse estranhamento decorre do modelo hegemônico de educação na saúde fundado na hierarquização entre professor e aluno, dicotomia entre prática e teoria e dificuldade da construção coletiva dos diferen-

tes saberes. O ponto de partida da aprendizagem desse curso foi a realidade concreta com seus determinantes e condicionantes históricos, sociais, culturais, políticos e ideológicos, em especial as forças políticas e relacionais que a delinham, e não um exercício de abstração. A realidade para os tutores foi o exercício da própria tutoria. A formação aproveitou, organizou e potencializou movimentos de prática. Mesmo na qualidade de tutor, o exercício da profissão não cessou, a produção do cuidado e do ensino para o SUS permaneceu como base para colocar o próprio cotidiano no centro do processo de ensino-aprendizagem. Em uma dupla via, o método utilizado durante o curso possibilitou olhar para minha própria prática do trabalho, problematizando-a por meio de atividades de ação-reflexão-ação (OTICS,2014).

A repelência ao modo de aprendizado tradicional pode ser identificada ao analisar os temas que nortearam os encontros citados anteriormente. Observa-se a preocupação dos integrantes em compreender a abordagem para conduzir a formação de aprendizes, em vez de vivenciar o aprendizado construído a partir das próprias experiências. Esse percurso é natural quando aparentemente o sentido de aprendizado tende a ser da teoria para a prática, da sala de aula para o mundo do trabalho, da leitura científica para a execução do trabalho.

De certo modo o “modelo escolar” é soberano nas capacitações (PINHEIRO,2005), entretanto, nesse período os tutores foram desafiados a praticar a lógica inversa, ou ambas o tempo todo. Enquanto facilitador exerci função reciprocamente produtiva, ora dedicava a desenvolver a EPS no mundo singular do trabalho, ora experimentava a tutoria com dez trabalhadores da saúde. O maior desafio foi sempre o de buscar na prática a fundamentação para elaboração de novos aprendizados teóricos, e ao mesmo tempo conduzir um grupo de especializando para esta mesma lógica.

A teorização, o diálogo, a troca, a busca e produção de saberes almeja a elevação da capacidade de análise crítica sobre a veracidade e a construção de entendimentos, soluções, relações e possibilidades de intervenção nessa realidade que visam uma ação social transformadora (OTICS,2014). Dobras de movimentos paralelos e contínuos (presencial e virtual, individual e coletivo) formaram a base para o exercício da tutoria, quando a maior parte da carga horária e a distância se tornam um desafio para ativar mudanças nos locais de trabalho e de inserção dos alunos em sua localregião. Os debates sobre as relações de trabalho oportunizados pelo curso em si expressam uma conquista, uma vez que tais discussões são escassas nos ambientes de trabalho.

Enquanto tutor, foi imperioso o estabelecimento de um diálogo customizado com os participantes, conhecer as diferentes práticas e as inserções pro-

fissionais do trabalho percorrido na plataforma, auxiliando-os no processo de construção do conhecimento a partir da prática deles (conjunto de experiências e vivências) e identificando fendas para ativação de movimentos de vicissitudes. Ao mesmo tempo, o duelo também se permeou pelo desenvolvimento da grupalidade, da coesão entre os componentes do grupo, a partir de elementos para uma cartografia conjunta (PELBART,2014). Desenvolvemos assim o eixo da coletividade, que favoreceu a construção dos saberes a partir das trocas de experiência e das reflexões com apoio do material teórico do curso(OTICS, 2014; PELBART,2014). Um exemplo foi a discussão dos temas “Produção de Cuidado em Saúde” e “Institucionalização da EPS”.

Os movimentos simultâneos e complementares de afastamento e aproximação, de foco no individual e no coletivo, da prática para a teoria, dos encontros reais e virtuais e vice-versa, foram uma enorme incitação para o exercício da tutoria. Foi necessário lançar mão de um conjunto de conhecimentos (rigor conceitual), saberes e experiências acumuladas na trajetória profissional (docente ou técnica); resgatar os próprios conceitos de educação, de trabalho em saúde (enquanto aprendizado), de saúde, de produção do cuidado e de integralidade para rastrear momentos de EPS em nossos cenários de trabalho.

Foram frequentes as queixas dos especializando e tutores (no período de formação) sobre o projeto pedagógico não ser propositivo nas atividades rotineiras teóricas ao modo pergunta e resposta, leitura de textos ou produção de trabalhos acadêmicos. Os espaços criados na plataforma estiveram abertos e coletivos, em uma sensação de vazio, no entanto, exigiram dos formadores, tutores e alunos ativações para torná-los atrativos e significativos para as experiências. Justamente nesse âmbito a EPS busca produzir, pedagogicamente, certo desconforto com o que se sabe, um incômodo ante a necessidade de saber para agir. Este processo de aprendizagem pretende mobilizar e desafiar os alunos para a busca e a abertura para o novo e para a ação (GOUVÊA, 2006).

A liberdade proposta no projeto pedagógico e vivenciada na plataforma encontrou inicialmente até mesmo uma desmotivação por parte dos participantes. Aos tutores outro desafio estabelecido foi o rompimento com a educação bancária, mediante distintas estratégias pedagógicas elencadas para uma harmonia entre o que se pratica e o que se ensina. Tradicionalmente, os cursos de capacitação são centrados no “modelo escolar” de ensino-aprendizagem, em que primeiramente são transmitidos os comportamentos corretos, a rotina de trabalho e a contingência científica sobre determinado tema (FREIRE,2016; MORIN, 2000). Após estabelecidos os protocolos, prevê-se a aplicação prática do conteúdo teórico aprendido. Culturalmente estamos habituados a aprender em sala de aula, em laboratórios de prática, em auditórios, sempre com alguém falando ou demons-

trando e outro ouvindo e anotando (FREIRE, 2016; MORIN, 2000). Entretanto, a estratégia pedagógica adotada na iniciativa desse curso foi exatamente contrária, o que vai de encontro com a proposta de Política Nacional de EPS (BRASIL, 2009).

O encontro presencial, por tradição, tem maior aceitabilidade e melhores aportes discursivos, pois há diálogo síncrono, além de aproximar todos os envolvidos. Em cada momento presencial foi iniciado com uma questão, a um só tempo, de aprendizagem e de ação, que mediou o diálogo entre o tutor e o grupo de especializandos, de forma a proporcionar novas reflexões e aprendizados. Reunidos em rodas, foi possível se relacionar com o outro, perceber o outro e ajudar mutuamente no refletir e no lidar com as potencialidades e limitações do grupo. Os principais temas foram a institucionalização da EPS, a educação continuada versus a educação permanente, as metodologias de ensino e aprendizagem, as dificuldades do serviço (prática) em atender as necessidades da academia (a universidade - teoria), enfim, o reconhecimento da EPS no dia a dia do trabalho.

Os encontros presenciais ofertados na EPS valorizaram o “ambiente escolar de aprendizagem” para agregar as pessoas em torno da discussão de uma temática, de estabelecer pactuações para o desenvolvimento do curso e também de avaliar os recursos da plataforma virtual e os próprios participantes. Ao final de cada presencial, o curso, a turma e os tutores eram colocados à prova. Realizamos avaliações formativas desses eixos que estruturavam o aprendizado coletivo. Os encontros foram importantes para fomentar o desejo de recriar novos movimentos de EPS no ambiente de trabalho.

Segundo Foucault (1992) é necessário anotar e escrever as ações e os movimentos do cotidiano, como se a escrita fosse um operador da transformação da verdade em ato, uma matéria prima para a redação de tratados sistemáticos, nos quais são fornecidos argumentos e meios para lutar contra este ou aquele defeito ou para ultrapassar esta ou aquela circunstância difícil. A caixa de afecções, por exemplo, foi uma ferramenta do curso à distância que convidou os participantes à narratividade, à escrita de si, ao compartilhamento de saberes, de práticas, de questionamentos, de desafios, de proposições. Por meio do diário cartográfico, a escrita se transformou, no próprio escritor, num princípio racional-efetivo de ação. Foi o momento em que descrevi e li reflexivamente cenas do cotidiano do trabalho e formalizei em princípio as ações e os aprendizados. As indagações, a tomada de decisão, a construção do trabalho coletivo, os registros dos encontros presenciais e as sínteses dos textos lidos, foram postados no diário na possibilidade de construir o percurso durante o desenvolvimento do curso, um material que serviu de base para este artigo.

A Plataforma Otics foi um espaço mediador entre todos os participantes para exposição das experiências vividas no cotidiano. Por excelência foi o recinto

para navegação nas diversas ferramentas pedagógicas, como o varal de cenas, ofertas, entradas, caixa de afecções, diário cartográfico, fórum e chat. Percebi que o ambiente promoveu um potente elo de ligação para a flexibilização da aprendizagem. Conforme Gouvêa e Oliveira (GOUVÊA, 2006). é preciso que exista autonomia dos alunos em relação à organização do tempo de estudo, emprego dos recursos, espaços e participação. Tanto a flexibilização das aprendizagens quanto a autonomia do estudante faz com que este sujeito se mova pelo “entre” das pactuações coletivas marcadas nos encontros presenciais.

A plataforma era simples de manusear, mas pouco facilitava a interatividade, mesmo com apoio de equipe técnica. Não foi possível estabelecer uma rede de conversação síncrona entre os tutores-tutores, tutores-formadores e tutores-alunos, pois cada participante entrava em momento distinto e houve lentidão na velocidade de processamento dos dados. Essa dificuldade desmotivou o grupo e repercutiu por um período em poucos acessos. Para que atitudes de interesse e motivação fossem despertadas nos sujeitos, foi preciso que esses se identificassem com o objeto de conhecimento. Por um instante tomei como responsabilidade realizar esse processo de motivação como exclusivo do tutor, porém, exercitei permitir a capacidade crítica e reflexiva dos especializando. Assim, contei com os momentos presenciais intercalados e para não perder a essência do curso, foi necessário despertar os especializando por meio de outras ferramentas tecnológicas como as redes sociais e aplicativos de *smartphone*, a fim de estabelecer a conversação *online*.

Identifiquei limitações relacionadas à EAD e ao uso do computador, como utilizar a tecnologia disponibilizada na plataforma, o que resultou em mais tempo para aprender a utilizar essa tecnologia, do que propriamente para caminhar seu processo de EPS. Consequentemente, isso foi alvo de queixas nas avaliações realizadas pelos alunos e tutores. A lentidão na velocidade de processamento e as mudanças que ocorreram na organização e estruturação da plataforma durante o percurso, fizeram com que nós (tutores e os alunos) compartilhássemos menos as experiências e frequentássemos menos o ambiente virtual, e assim, o partilhar as experiências e o interagir em grupo foi comprometido. Grande parte dos cursos estruturados segundo essa modalidade reproduzem a pedagogia tradicional, não alcançam essas dificuldades dos alunos, ou, até mesmo, selecionam somente candidatos que tenham capacidade em manusear essas tecnologias.

Quanto aos materiais disponibilizados na plataforma, ressalto que foi muito importante a primazia. Entretanto, as lacunas que naturalmente surgiram do conteúdo serviram para o desenvolvimento do trabalho da turma, pois as experiências do dia a dia, muito mais do que o material, propiciaram a troca de saberes. Conforme Paim, Alves e Ramos (PAIM, 2009), os especializando trabalhadores

do SUS não são apenas sujeitos curiosos participantes de um curso *lato sensu* e interessados em aprender mais sobre um tema de interesse; são trabalhadores da gestão. São sujeitos implicados com a resolução dos problemas concretos, e com a produção das ações necessárias para o desenvolvimento da saúde pública em seu lugar de inserção social e técnico-política. É esse o desafio que motiva, para além do curso, a buscar e produzir saberes e fazeres para melhor operarem o cotidiano da produção de saúde.

Ao reconhecer as necessidades e o poder criativo de cada um, inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho, pode-se vencer o desafio de romper com a lógica da pura e simples compra de produtos pré-formatados de treinamento técnico. A proposta da EPSM foi mudar as estratégias de atenção construída na prática das equipes, voltando-se para a organização dos serviços, e não somente a partir das necessidades individuais de atualização, que são infinitas.

Analisando os trabalhos dos especializandos, percebi que foi um momento de demonstração sobre as aquisições durante todo o percurso. Interpretei como um momento em que os educandos mostraram aos demais colegas sobre os novos desafios da EPS no cenário de prática do SUS, estando aptos a contribuir para a próprio cotidiano e equipe. Os trabalhos suscitaram o emprego de todos os saberes assimilados ao longo da imersão no curso. Os temas que se destacaram foram: I) Rastreamento da EPS no cenário de trabalho; II) Narrativa de percurso e vivência de EPS; e, III) Proposta de projeto de educação em saúde. Posso considerar que os assuntos abordados talvez tenham um viés de condução do grupo, dado que estão conectados com as proposições elencadas logo no início da formação. Por outro aspecto, talvez sejam realmente demandas da política da EPS. Contudo, são necessárias outras produções científicas que relatam experiências de formação em EPS.

## Considerações

O curso EPS em Movimento permitiu o exercício do aprendizado no próprio cenário de prática: o exercício da tutoria. Concluo que esta experiência foi exitosa, desafiadora e duplamente produtiva, constituindo-se em incentivo à participação em outras iniciativas de educação permanente em saúde, na modalidade de ensino semipresencial. Destaco a importância do primeiro encontro presencial para a constituição do vínculo e da grupalidade. Os encontros em espaço acadêmico intercalados a plataforma virtual e interações informais por meio de redes sociais merecem destaque na coesão e harmonia no compartilhamento das vivências. O exercício da narrativa sobre o cenário de trabalho auxiliou os participantes a construir uma nova prática pedagógica. Os fóruns e a abertura

da caixa de afecções otimizaram a aproximação de cada um dos alunos, dialogando com as necessidades, experiências isoladas e a ativação de movimentos que favoreceram a construção coletiva de saberes. É necessário considerar as habilidades de manusear as tecnologias da informática, assim como divulgar as experiências de formação em EPS.

## Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64 p.

EPS EM MOVIMENTO. **Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência**. 2014. [acesso 2015 Ago 8]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. Araújo. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Parte 2. IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO; 2005.

CECCIM, R. Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface - Comunicação, Educação e Saúde**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004. 68 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde/Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2.ed. Brasília, 2012. 64p.

MENDONÇA, F. Freitas. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores**. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

MERHY, E. Elias; FEUERWERKER L. C. Macruz; CECCIM, R. Burg. Educación Permanente em Salud: uma Estrategia para Intervir em la Micropolítica del Trabajo em Salud Salud Coletiva. **Salud Colectiva v.2**, n.2, p.147-160, 2006.

OLIVEIRA, M. A.N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, online, v.60, n.5, p.585-9, 2007.

EPS EM MOVIMENTO. A EPS, **aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar**. 2014. [acesso 2015 jan 14]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/a-eps-aprendizagem-flutuante-e-um-convite-para-pensar-sentir-e-se-expressar>.

MEHRY, E. Elias. **Educação Permanente em Movimento** - uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. 2014. [acesso 2016 jan 14]. Disponível em: <http://eps.otics.org//material/entrada-outras-ofertas/artigos>.

MERHY, E. Elias; FEUERWERKER, L. C. Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Org.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS; 2009.

EPS EM MOVIMENTO. **O Diário Cartográfico**. 2014. [acesso 2015 dez 15]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/apresentacao-diario-cartografico>.

MERHY, E. Elias; FEUERWERKER, L. C. Macruz. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarin ACS, Gomberg E (Org.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. 1. ed. Salvador: Editora da UFBA; 2011.

EPS EM MOVIMENTO. **Uma possibilidade de fazer diferente**. 2014. [acesso 2015 dez 12]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-possibilidade-de-fazer-diferente>.

PELBART, PP. **Elementos para uma cartografia da grupalidade**. 2014. [acesso 2016 jan 14]. Disponível em: [http://desarquivo.org/sites/default/files/pelbart\\_peter\\_elementos.pdf](http://desarquivo.org/sites/default/files/pelbart_peter_elementos.pdf).

GOUVÊA, G, Oliveira CI. **Educação a Distância na formação de professores: viabilidades, potencialidades e limites**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FOUCAULT, M. **A escrita de si**. In: O que é um autor? Lisboa: Passagens, 1992.



PAIM, MC, Alves VS, RAMOS AS. Projeto EAD SUS/BA: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do sistema único de saúde do Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, on line, v.33, n.1, p.104-112, 2009.

# Uso da Simulação Realística de Alta Fidelidade na graduação como indutor do caráter interprofissional: experiência do Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília

11

Marcelo Nunes de Lima  
Juliana França da Mata

## Introdução

De uma forma tradicional e histórica, a formação dos discentes dos cursos de graduação da área de saúde tem sido tracejada pelo modelo de aulas expositivas, o que compreende as metodologias pedagógicas tradicionais, ficando o aluno com maior composição da aprendizagem somente para o componente cognitivo. Os demais componentes emocionais e psicomotores deste aprendizado só têm sido desenvolvidos em sua totalidade quando este discente se encontra com o cenário de prática e de maneira a ter sua primeira atuação com o paciente, o que gera a insegurança e a possibilidade de não vivência, por parte do aluno, de todo o conhecimento cognitivo adquirido em sala de aula.

Deste modo, o cerne da educação em saúde na graduação deve possuir seu eixo em consonância com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o foco nas metodologias ativas de aprendizagem incitando o processo de ensino-aprendizagem dos discentes, sendo este o verdadeiro gerador do seu processo de aprendizagem, deixando para trás o modelo de somente receber informações do docente.

Outra vertente associada a esta prática é o foco na segurança do paciente de maneira a propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. O Ministério da Saúde (MS), em 2014, criou o documento de referência para Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) de maneira a deixar evidente a necessidade de melhoria na aprendizagem evitando, assim: (1) erros de administração de medicamentos; e (2) incorreta comunicação durante a transmissão dos casos clínicos.

Considerada um produto dessa interação, ou seja, o uso de novas estratégias no âmbito do SUS, aquisição do conhecimento com foco na segurança do paciente, a aprendizagem em âmbito das organizações, como o caso das instituições hospitalares, se dá por meio dos processos de aquisição e retenção.

A aquisição, ou aprendizagem, consiste em um processo psicológico individual de mudança que ocorre no indivíduo. Essas mudanças, duradouras no comportamento, acontecem em função da interação do indivíduo com outras pessoas e o ambiente. Os resultados da aprendizagem geram as competências, processo de aquisição refere à apreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), fase inicial do processo de aprendizagem e contempla, essencialmente, a lembrança do conteúdo recente. Já a retenção é compreendida como o armazenamento das informações na memória de longo prazo (ABBAD; BORGES-ANDRADE; LOIOLA E ZERBINI, 2013).

## Contextualização

É sabido que as universidades têm o papel de capacitação dos graduandos para trabalharem como membros efetivos da equipe assistencial da saúde. Enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros graduandos da área da saúde devem ser preparados para atuação, tanto colaborativa, quanto de forma autônoma, em cenários clínicos complexos. Para tanto, Garling (2008) descreve a necessidade de desenvolvimento de trabalho efetivo em equipe e de habilidades de comunicação. A Educação Interprofissional (EIP) existe quando dois ou mais discentes de diferentes formações das ciências da saúde interagem de forma a aprender com o outro e sobre o outro de maneira a proporcionar a similitude, colaborando entre si para aquisição de resultados na saúde do paciente. Esta prática far-se-á fundamental, tornando-se estratégia renovadora e transformadora, responsável por melhoria da força motriz do trabalho em saúde no SUS. Este enfoque é trabalhado e discutido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2010, com o marco para ação em EIP e sua prática colaborativa de modo a auxiliar e a implementar as ações de EPI de acordo com a contextura atual, caracterizando-se como uma forma de mudar o nosso modo de agir e refletir sobre a educação dos profissionais de saúde, preservando a assistência à saúde em sua totalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A atuação interprofissional é caracterizada pelo conhecimento e entendimento do papel e da responsabilidade individuais de cada membro, assim como pelo respeito e valorização das contribuições individuais realizadas por cada membro no cuidado ao paciente (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Freeth et al (2005) e Clark (2006) sugerem que a EIP proporciona um aprendizado transformativo. Isto ocorre quando o estudante não consegue facilmente fixar a sua nova experiência dentro do arsenal de conhecimento, pontos de vista e perspectivas pré-existentes. Trata-se, portanto, de um processo cognitivo em que os indivíduos questionam conhecimentos prévios existentes, crenças e entendimentos, despertando, portanto, uma resposta emocional. O processo de reanálise de crenças e valores profundamente sedimentados é que proporciona o aprendizado transformativo. Trata-se, portanto, de uma experiência que desafia os valores e entendimentos do estudante, reescrevendo o modo como cada futuro profissional da equipe de saúde enxerga o papel do outro e de si próprio enquanto membro de uma equipe de saúde.

Em um ambiente de Hospital Universitário, há necessidade de articulação entre os docentes e os responsáveis pelas áreas assistenciais para a inclusão dos estudantes das diversas áreas da saúde. O Hospital Universitário de Brasília (HUB) da Universidade de Brasília (UnB), assim como todos os hospitais federais que contrataram com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), dispõe de uma Gerência de Ensino e Pesquisa que tem como uma de suas funções fazer esta articulação. As Unidades de Graduação e de Pós-Graduação (para integração dos residentes médicos e multiprofissionais) são responsáveis por garantir uma comunicação efetiva entre esta Gerência e as comissões de cursos e residências (e seus respectivos docentes e preceptores trabalhadores do serviço para garantir o aprendizado segundo as propostas pedagógicas vigentes nos atuais currículos das áreas da saúde, conforme preconizados por diretrizes nacionais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Deste modo, o Hospital Universitário de Brasília (HUB) da Universidade de Brasília (UnB), por meio da Gerência de Ensino e Pesquisa (Unidade de Educação Permanente, Simulação e Telemedicina), passou a oferecer, desde 2016, um programa que visa aprimorar o método de ensino de saúde para os discentes de graduação dos cursos de enfermagem e medicina, que atuam no hospital no seu último ano de graduação, criando um curso para atender o módulo do internato destes discentes. O curso foi sobre o atendimento às situações de emergência, no atendimento à Parada Cardiorrespiratória (PCR), usando metodologias ativas de aprendizagem com o foco na retenção de aprendizagem. A abordagem de escolha para o treinamento foi o uso da Simulação Realística (SR), devido ao fato deste método englobar todos os âmbitos da aprendizagem: (1) cognitivo; (2) afetivo; e (3) psicomotor, além de trabalhar o relacionamento interpessoal destes futuros profissionais e a comunicação em equipe, de forma a atender o preconizado pelo MS, em 2014, e pela OMS, em 2010.

O uso de simuladores para este processo tem sido amplamente empregado

do como estratégia de trazer o mais próximo do discente a realidade em que este será inserido na sua atuação. Os autores Ziv et al (2006, p.04) definem a simulação como: “técnica em que se utiliza um simulador, considerando-se simulador como um objeto ou representação parcial ou total de uma tarefa a ser replicada”. Os autores ainda ressaltam que a segurança do paciente e o seu bem-estar, atrelado a um bom tratamento aplicado pelo profissional de saúde, representam o equilíbrio necessário para uma condução ética e de qualidade, sendo estes fatores prioridades para a educação em saúde.

O aprendizado baseado em simulação consiste em técnica de aprendizagem que é capaz de diminuir a intensidade de tensão do profissional, melhorando sua atuação e vivência prévia das situações, de maneira a mitigar essas relações, melhorando, assim, o Conhecimento, as Habilidades e as Atitudes (CHA), favorecendo ambiente seguro de maneira a preservar os pacientes de riscos eventuais e desnecessários (ZIV et al., 2003).

O curso criado para melhoria da aprendizagem dos discentes, usou a abordagem híbrida da SR, ou seja, utilizando as interfaces da Simulação de Baixa Fidelidade (SBF) e Simulação de Alta Fidelidade (SAF). A SBF utiliza simuladores de partes do corpo humanos ideais para treinamentos de habilidades isoladas, enquanto a SAF é composta de simulador com software avançado capaz de simular diversas situações clínicas de maneira real. O curso híbrido permite nivelar os discentes em diferentes contextos de aprendizagem, para que, ao final do curso, sejam capazes de utilizar de forma padronizada todos os conhecimentos quando colocados na situação de emergência ao atendimento a PCR.

## Intervenção

O tema do curso foi Suporte Avançado de Vida (SAVC), nos moldes semelhantes ao curso já existente da *American Heart Association (AHA)*. O desenho instrucional do curso foi baseado na taxonomia de aprendizagem de Bloom, que diferencia os níveis de habilidades e foca nos objetivos da instrução de forma a levar a aprendizagem e a transferência do conhecimento em diferentes contextos (ADAMS, 2015).

O curso foi dividido em seis etapas, que consistem: Etapa I - envio do material teórico para estudo com um mês de antecedência; Etapa II - realização de verificação de aprendizagem prévia dos conhecimentos (pré-teste), antes do início do curso; Etapa III - início do curso, usando metodologias ativas; Etapa IV - realização de verificação de aprendizagem logo após o curso (pós-teste imediato); Etapa V - aplicação do formulário de reação do curso; Etapa VI - realização de verificação de aprendizagem tardia (um mês após o curso) com a finalidade de avaliar retenção;

e Etapa VII - roteiro de entrevista aos discentes que cumpriram a etapa VI.

Descrição das etapas do curso: Etapa I - o material foi desenvolvido baseado no último *Guideline* da AHA, de 2015, contendo toda a atualização do protocolo, bem como os algoritmos de atendimento a PCR; Etapa II - criada avaliação com dez questões de múltipla escolha, mesclando casos clínicos e perguntas de cunho cognitivo; Etapa III - o curso foi dividido em cinco tópicos, usando aula expositiva, vídeos de demonstração e simuladores de baixa e alta fidelidade. Descrição dos Tópicos: Uso da SBF: Tópico I - reconhecimento da situação de emergência; técnicas de compressão torácica externa; técnicas de ventilação; e técnica de desfibrilação; Tópico II - monitorização e dispositivos avançados para vias aéreas; Tópico III - ritmos cardíacos encontrados na PCR (taquicardia ventricular sem pulso, fibrilação ventricular, atividade elétrica sem pulso e assistolia); Tópico IV - tratamento dos ritmos de PCR; Uso da SAF: Tópico V - prática simulada, usando diversos casos clínicos, versando na aprendizagem baseada em problemas, sendo apresentado o problema, prática real para a resolução deste problema; Tópico VI - *Debriefing*, ou seja, discussão do problema e outros olhares sobre o problema; Etapa IV - teste com mesmo molde da etapa II, mesclando casos clínicos e perguntas de cunho cognitivo, sendo estas questões equivalentes ao teste anterior; Etapa V - aplicação do formulário de reação ao curso, que consistiam em questões em sobre a participação do aluno no curso, estrutura geral do curso, se o curso atendeu as expectativas, e crítica e sugestão; Etapa VI - teste com os mesmos moldes das etapas II e IV, mesclando casos clínicos e perguntas de cunho cognitivo, sendo estas equivalentes; e Etapa VII - última etapa do estudo, um roteiro de entrevista para os discentes que cumpriram a etapa anterior. Esse roteiro foi composto de três questões: (1) Você realizou atendimento de PCR após o curso de SAVC? (2) Você realizou algum outro curso de reciclagem de SAVC? (3) Você estudou recentemente sobre o tema de SAVC?

Local do curso foi no HUB, a instituição dispõe de 341 leitos de atendimento terciário e, atualmente, está sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), do Ministério da Educação, no centro de simulação realística. Foram incluídos alunos de graduação de medicina e alunos de graduação em enfermagem da UnB, do último ano do curso.

A carga horária do curso foi de 20 horas, divididos em dois dias, sendo no primeiro dia realizado a etapa III, até o tópico IV, que consiste no uso da SBF; foram realizadas turmas de, no mínimo, 25 alunos e, no máximo, 30 alunos para este dia. No segundo dia de curso, que consiste nos tópicos V e VI, da etapa III, as turmas foram compostas de, no mínimo, 06 alunos e, no máximo, 08 alunos, sendo esta etapa somente prática com uso da SAF.

## Método

Os dados coletados foram analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas e exploratórias nos três momentos distintos. Os cálculos estatísticos foram executados por meio do programa estatístico SPSS, versão 21. Utilizou-se análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas para a comparação entre as médias dos grupos e a análise do modelo geral. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). O estudo apresenta uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa), tipo exploratório, com delineamento longitudinal, optando pela série temporal interrompida, normalmente utilizada para avaliar diversas observações consecutivas de uma mesma variável ao longo do tempo. A etapa quantitativa com corte longitudinal, com três medidas T1 pré-teste, T2 pós-teste imediato e T3 pós-teste tardio. A etapa qualitativa consistiu na análise dos dados do perfil dos alunos de graduação e das respostas obtidas nas respostas do formulário de reação. O protocolo do presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (FM/UnB), sob o número CAAE 63180016.9.0000.5558 parecer de aprovação no 2.761.858. De acordo com as diretrizes previstas na Resolução n. 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, os aspectos éticos foram garantidos em sua totalidade. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi aplicado em duas vias, uma delas entregue ao participante da pesquisa. Foram incluídos nas pesquisas somente os graduandos que concordaram com a participação da pesquisa mediante a assinatura do termo.

## Resultados

Foram incluídos 55 alunos de graduação de medicina, 52 alunos de graduação em enfermagem, todos da UnB, do último ano do curso de graduação, gerando um total de 107 capacitados. Em sua totalidade, os discentes realizaram as etapas de I até a V, o que corresponde o pré-teste (T1) e pós-teste imediato (T2). O T1 apresentou um valor de média ( $M = 6,17$ ,  $DP = 2,07$ ), T2 um valor de média ( $M = 7,98$ ,  $DP = 1,34$ ). Apenas 41 discentes realizaram o pós-teste tardio (T3), o que apresentou um valor de média ( $M = 7,63$ ,  $DP = 1,77$ ), o que revela uma melhoria significativa do T1 para o T2, aprendizagem a curto prazo. No T3, nota-se uma pequena redução da retenção do conteúdo da aprendizagem em relação ao T2, o que corresponde ao aprendizado a longo prazo (retenção de aprendizagem). Ao analisarmos T1, que significa aprendizagem do discente antes do curso, e o T3 (retenção de aprendizagem), inferimos que o curso apresentou resultado significativo de melhoria em relação ao seu ingresso no curso, comprovando sua eficácia.

Os resultados da ANOVA de medidas repetidas revelaram uma diferença significativa entre as distribuições dos valores nas três medidas de avaliação de

conteúdo teórico: pré-teste, antes do curso (T1); pós-teste, logo após o curso (T2); e pós-teste tardio, um mês após o curso (T3) ( $F = 11,19$ ,  $p < 0,001$ ). Observando-se, ainda, que a comparação entre pares apresentou diferença no intervalo compreendido entre o T2 e o T3.

Com relação ao que se refere ao perfil dos profissionais: 72% do sexo feminino ( $n=77$ ), 100% estava na faixa etária de 18 anos a 29 anos, 73% é solteiro, 99% não possui filhos, 51% dos discentes são internos do curso de medicina, sendo estes 71% restando um semestre para a conclusão do curso. Das informações que influenciam o perfil de entrada no curso, ou seja, no pré-teste: 35% já haviam tido aula teórica sobre o tema e cerca de 24% já tiveram treinamento/palestra sobre o tema, 28% já havia feito Suporte Básico de Vida (SBV) da AHA e 15% SAVC da AHA e 20% afirmam que buscam conhecimento constante por meio de leitura de livros e/ou artigos científicos relacionados ao tema. Outra informação relevante é que 23% haviam atuado em uma RCP em menos de 01 mês de realização do curso, e 23% afirmam que nunca atuaram em uma PCR durante sua vida profissional. Das informações importantes de influência ao pós-teste tardio: nenhum dos candidatos realizou aula teórica, treinamento/palestra e/ou curso da AHA e 15% afirmam que buscam conhecimento constante por meio de leitura de livros e/ou artigos científicos relacionados ao tema.

A avaliação de reação do curso apresentou resultados: sobre a participação do aluno no curso, 90% dos discentes relataram estarem muito satisfeitos com sua atuação no curso, 95% dos discentes avaliaram que estavam muito satisfeitos com a estrutura geral do curso, 97% informaram que o curso atendeu as expectativas propostas. No campo de opinião, obtivemos vários relatos de satisfação com o curso, conteúdo ministrado e interação entre os cursos de graduação, descrevendo alguns comentários deste item da avaliação de reação:

**Discente 1:** *"Foi uma ótima oportunidade para revisar e consolidar conhecimentos sobre PCR. A simulação foi excelente para por em prova os conhecimentos e mostrar falhas que devem ser melhoradas e o trabalho real em equipe".*

**Discente 2:** *"Espero que este treinamento seja oferecido a mais estudantes durante a graduação".*

**Discente 3:** *"Trouxe uma experiência e uma realidade que não são abordadas de forma adequada durante a minha formação".*

**Discente 4:** *"Nunca tinha parado para pensar como é difícil o papel do enfermeiro na atuação em PCR, pratiquei a comunicação em equipe e pude entender o lado do colega".*



**Discente 5:** *“O melhor pra mim foi a atuação em equipe e viver a realidade de PCR na prática”.*

**Discente 6:** *“Há um mês, quando vivenciei o atendimento de uma PCR, fiquei tão nervoso que não conseguia raciocinar, se tivesse o treinamento antes nestes moldes teria tipo uma atuação muito melhor”.*

**Discente 7:** *“Poderia ter tido aulas assim, durante toda a minha graduação, viver os casos clínicos fazem com que eu aprenda muito mais, ainda mais tendo a interação entre os cursos de medicina com o nosso”.*

**Discente 8:** *“Temas bastante importantes na vida profissional com poucas possibilidades de aprendizado prático durante a graduação”.*

No campo críticas e sugestões, 60% dos alunos reclamaram que o curso poderia ter uma carga horária superior, 70% informaram que esta metodologia poderia ter sido integrada aos semestres anteriores, segue algumas reclamações:

**Discente 9:** *“Solicito uma carga horária maior com mais casos clínicos”.*

**Discente 10:** *“Sugiro aumentar a carga horária do treinamento”.*

**Discente 11:** *“Aumentar carga horária”.*

**Discente 12:** *“Lamento estar formando neste semestre e não ter tido a oportunidade de ter tido aulas assim na graduação”.*

**Discente 13:** *“O curso de medicina seria muito melhor aproveitado se tivesse um desenho semelhante ao deste curso, sentiríamos mais segurança ao atuar com o paciente, sem contar o contato com a equipe e comunicação eficaz, o paciente ganharia muito com isso”.*

## Discussão

A EIP se mostrou eficaz de acordo com os resultados apresentados e as falas dos discentes, o que reforça o movimento Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2010. O uso de metodologias ativas atrai a atenção do aluno e as práticas baseadas na solução de problemas ajudam o pensamento crítico dos estudantes, sendo estes colocados como o centro da aprendizagem, reforçando que os objetivos instrucionais do curso foram também atingidos, melhorando não só a aquisição em curto prazo de aprendizagem, bem como a retenção após um mês de realização do curso.

Segundo Gonzalez et al. (2013), estima-se que ocorram 200.000 PCRs por ano, sendo que metade dos casos ocorrem em ambiente hospitalar e a outra metade nos ambientes extra-hospitalares. O que fortalece a iniciativa da criação do curso de SAVC para os discentes do último ano de graduação, evento presente no ambiente do Hospital Universitário. Sendo relatado o atendimento em menos de um mês por boa parte dos capacitados.

Lapkin, Levett-Jones e Gilligan (2013) realizaram uma revisão sistemática, apresentando o objetivo de identificar as melhores evidências disponíveis para a eficácia da educação interprofissional com base nos estudantes universitários dos cursos de ciências da saúde. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e estudos quase-experimentais, a amostra final resultou em 09 artigos que compuseram o corpo da revisão. As conclusões versavam que, em relação à colaboração interprofissional e à tomada de decisões clínicas, o que compreendem as atitudes e percepções do aluno podem ser potencialmente reforçados com essa interação, o que corrobora a narrativa dos alunos do curso criado de SAVC.

Paige et al (2014) enfatiza que SAF com o treinamento interprofissional de equipe de estudantes melhora os CHA e a atuação dos comportamentos baseados em equipe dos discentes. O curso de SAVC mostrou-se capaz de aumentar e manter a retenção de aprendizagem, conforme resultados da análise de variância, e mostrou-se instrumento importante de inovação das capacitações em saúde, o que reforça os resultados apresentados pelo autor.

Adams et al, (2015), em seu estudo compararam várias abordagens do curso de SAVC, apresentam que suas conclusões foram que os grupos com SBF e SAF obtiveram melhores resultados de aprendizagem quando comparados com palestras didáticas tradicionais. O que qualifica o curso criado com metodologia híbrida. A revisão sistemática realizada por Cheng et al, (2015) reforça que os cursos de SAVC devem ser sempre aprimorados para alcançar os objetivos educacionais, reforçando o que foi descrito na avaliação de retenção, devendo ser revista a carga horária de modo que o discente pratique mais vezes para se sentir seguro em sua atuação.

Fischer, Mayrand e Eyck (2015) realizaram um estudo com um o grupo de profissionais de saúde, em que estes profissionais foram colocados em uma situação de atendimento a uma Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), seu principal achado foi que no ambiente simulado os profissionais não conseguiram atingir a profundidade de compressão torácica recomendada pela AHA. O que vai de encontro à reclamação dos discentes acerca de realizar mais casos simulados. Por se tratar de uma situação de emergência, os alunos não podem vivenciar sua atuação no último ano de graduação de forma a praticar repetidas vezes, podendo, assim, a habilidade psicomotora se perder com o passar do tempo.

## Reflexão

As estratégias inovadoras de ensino que aproximam os discentes da realidade de atuação mostram evidência de aprendizado e retenção de aprendizado, o que reforça a adoção de metodologias ativas e o uso da resolução de problemas, centrando o discente como autor de sua própria construção de aprendizagem. A simulação como estratégia pedagógica e metodológica para o atendimento a PCR foi um importante instrumento que auxiliou na aprendizagem de eventos que acontecem de maneira esporádica e quase sempre não previstos, bem como as demais situações de emergência. A adoção destas estratégias melhora o atendimento ao paciente e reforça a melhoria contínua de atendimento no SUS, fomentando a disseminação da aprendizagem informal aos demais profissionais que atuam no sistema único, modalidade não-instrucional que ensina por intermédio das ações do outro.

## Referências:

- ABBAD, G. S.; LOIOLA, E.; ZERBINI, T.; BORGES-ANDRADE, J. E. Aprendizagem em organizações e trabalho. In: BORGES, L. O.; MOURÃO, L. **O Trabalho e as Organizações: Atuações a partir da Psicologia (Orgs.)** (pp. 497-527). Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ADAMS, N. E. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, 103(3), 152-153, 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.3163/1536-5050.103.3.010>> Acesso em: 01 jun. 2017.
- ADAMS, A.; WASSON, E.; ADMIRE, J.; PABLO GOMEZ, P.; BABAYEUSKI, R.; SAKO, E.; WILLIS, R. A Comparison of Teaching Modalities and Fidelity of Simulation Levels in Teaching Resuscitation Scenarios. **Journal Of Surgical Education**, 72(5), 778-785, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.04.011>> Acesso em: 01 jun. 2017
- BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption & Evidence**. London, United Kingdom: Blackwell; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional

Health Collaborative. 2010.

CHENG, A.; LOCKEY, A.; BHANJI, F.; LIN, Y.; HUNT, E.; LANG, E. The use of high-fidelity manikins for advanced life support training—A systematic review and meta-analysis. **Resuscitation**, 93, 142-149, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.04.004>> Acesso em: 01 jun. 2017

CLARK, PG. What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. **J Interprof Care**. 2006; 20(6):577-589.

FISCHER, E.; MAYRAND, K.; TEN EYCK, R. Effect of a backboard on compression depth during cardiac arrest in the ED: a simulation study. **The American Journal Of Emergency Medicine**, 34(2), 274-277, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2015.10.035>> Acesso em: 01 jun. 2017

GARLING, P. **Final Report of the Special Commission of Inquiry into Acute Care Services in NSW Public Hospitals**. 2008.

GONZALEZ, M. M.; TIMERMAN, S.; GIANOTTO-OLIVEIRA, R.; POLASTRI, T. F.; CANESIN, M. F.; SCHIMIDT, A. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, 101(2 suppl 3), 2013.

LAPKIN, S.; LEVETT-JONES, T.; GILLIGAN, C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. **Nurse Education Today**, 33(2), 90-102, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>

PAIGE, J. T.; GARBEE, D. D.; KOZMENKO, V.; et al. Getting a head start: High-fidelity, simulation-based operating room team training of interprofessional students. **Journal of the American College of Surgeons**, 218(1), 140-149, 2014. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.006>> Acesso em: 01 jun. 2017.

SARGEANT, J. Theories to Aid Understanding and Implementation of Interprofessional Education. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, 29(3):178-184, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. Geneva: World Health Organization, Geneva, 2010.

ZIV, A.; WOLPE, P. R.; SMALL, S. D.; GLICK, S. **Simulation-based medical education: an ethical imperative**. *Acad Med* 2006; 78(8):783-8.

# A experiência de formação interdisciplinar pelo PET-Saúde Graduasus no curso de Psicologia – UNIFESP-BS

12

*Maurício Lourenção Garcia,  
Adriana Barin de Azevedo,  
Carla Bertuol*

## Introdução

Desde sua criação em 2006, como um dos campi da expansão universitária iniciada durante o governo Lula, a graduação da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (UNIFESP-BS) pauta-se pela perspectiva interdisciplinar e interprofissional e é formada pelo Instituto Saúde, Educação e Sociedade (ISES) e pelo Bacharelado Interdisciplinar em Ciências e Tecnologias do Mar (BICTMar). Compõem o ISES, os seguintes cursos de graduação: educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional; em 2009, iniciou-se a implantação do curso de serviço social. Neste instituto, desenha-se uma estrutura curricular que propicia a formação integrada entre as diferentes áreas profissionais, dentro da perspectiva de uma educação profissional em saúde. Segundo Batista (2013):

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é considerada atualmente relevante estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. A demanda por uma prática de trabalho em saúde que considere sua complexidade, abrangência e perspectiva interdisciplinar realça a relevância da equipe de saúde para o atendimento à população. (p.59).

A estrutura curricular desses cursos do ISES está organizada em quatro eixos, a saber: “O ser humano e sua dimensão biológica”, “O ser humano em sua inserção social” e “Trabalho em Saúde”. São denominados de eixos comuns, pois são oferecidos a todos os cursos e trabalham com conteúdos transversais à formação do profissional de saúde e com turmas que mesclam estudantes e docentes dos vários cursos. Um quarto eixo, “Aproximação a uma prática específica em saúde”, é direcionado aos estudantes de cada área profissional e é desenvolvido

desde o início do curso de maneira progressiva abordando as questões específicas de cada uma das seis áreas profissionais. Os conteúdos ministrados em cada um dos três eixos comuns, assim como a seriação, carga horária e diálogo com as especificidades são os elementos condutores da referida perspectiva interdisciplinar e interprofissional acima citada.

Segundo o Projeto Pedagógico (PP) do *campus* UNIFESP – Baixada Santista, os cursos de graduação estão planejados numa concepção modular de currículo, procurando integrar conteúdos/disciplinas em eixos e módulos interdisciplinares. Nesse sentido, priorizam a adoção de metodologias problematizadoras para o ensino, a inserção de novas tecnologias de informação e comunicação, o estímulo a uma postura ativa do estudante na construção, disseminação e socialização do conhecimento, a articulação teoria-prática e integração ensino-serviço-comunidade permeada pelas concepções de saúde e adoecimento, em busca da superação das concepções reducionistas e suas relações de causalidade linear.

No percurso de pouco mais de dez anos deste *campus*, as avaliações sistemáticas deste desenho curricular, articuladas a projetos de reorientação da formação em saúde, particularmente a participação no Edital PROPET Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), possibilitou mapear e apreender fortalezas e nós críticos desta proposta formativa, assumindo-se como dimensões a serem problematizadas: o lugar dos eixos comuns em nossos cursos de graduação, a ampliação da inserção dos estudantes, para além dos serviços do município de Santos, e a construção efetiva de estágios curriculares interprofissionais, aprofundando a discussão dos modelos de Serviço Escola Integrado com a Rede de Serviços.

Esta assunção possibilitou implementar uma dinâmica de avaliação e mudança curricular dos eixos comuns nos cursos através de oficinas temáticas. Fez-se uma análise das propostas oriundas dos eixos comuns reavaliando conteúdos, objetivos de formação, articulações internas e com os eixos específicos, metodologias de aprendizagem e ensino, práticas de avaliação, além da discussão de carga horária e quadro docente para a condução do referido projeto pedagógico. De todo o processo avaliativo resultou uma proposta curricular que já está em andamento desde o ano de 2016.

Neste itinerário, a construção do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GRADUASUS), edital nº 13 do Ministério da Saúde 2016/2017 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), articula-se com o fortalecimento do processo de mudança curricular que nossos cursos implementam, possibilitando, entre outras coisas, a experiência inaugural de constituir uma parceria com outros serviços de saúde de dois outros municípios da região da Baixada Santista, além de Santos: São Vicente e Itanhaém, uma vez que no município de

Santos já ocorrem ações de ensino, pesquisa e extensão desde a inauguração do *campus* em 2006.

Além disso, este PET- Saúde/GRADUASUS agrega um trabalho de aproximação formativa com uma das instituições de ensino superior local, qual seja, o curso de Medicina do Centro Universitário Lusíada - UNILUS, na perspectiva de construção de ações comuns na formação para a saúde.

O processo de pactuação do *campus* com a Comissão Intergestora Regional - Baixada Santista (CIR), abarcou primeiramente a discussão sobre o tema transversal deste PET-Saúde/GRADUASUS, escolhido pelos gestores e profissionais dos municípios envolvidos que é a *mortalidade materna e infantil* e seus determinantes. A taxa de mortalidade infantil (MI) da Baixada Santista é um indicador instável, mas que se apresenta em níveis maiores que os índices do estado de São Paulo, que vem mantendo-se estável, segundo Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2013). Em 2013 a taxa da Baixada Santista foi de 15,89 e do estado de 11,53. Dados preliminares de 2014 apontam uma redução para 14,5 na região. E em relação a mortes maternas, verifica-se a mesma tendência, ficando a Baixada Santista em 2014 com uma taxa de 59,26 sendo no estado de SP de 34,25.

Sendo esse contexto complexo e multifatorial, difícil de ser modificado pela atuação exclusiva da área da saúde, em qualquer uma de suas especialidades, faz-se necessário a ampliação do diálogo interprofissional na formação em uma perspectiva de investimento na sensibilização e qualificação dos estudantes que estão inseridos na temática da saúde em geral e na temática da *mortalidade materna e infantil* em particular. É sabido que, além disso, compõe este contexto complexo o necessário conhecimento e problematização das políticas públicas, modelos de gestão, articulação entre os diferentes níveis de complexidade, processos de trabalho, capacitação continuada dos trabalhadores inseridos na rede, entre outros.

Partir deste ponto crítico da saúde em nossa região possibilitou olhar para a questão da inserção nos municípios de uma maneira mais orgânica e coerente com o vivido até aqui: desde o início das atividades da UNIFESP- BS a maior parte das ações de ensino, pesquisa, extensão vêm sendo desenvolvidas em Santos, nas três regiões de maior vulnerabilidade social: Centro, Zona Noroeste e Morros. Em São Vicente, município vizinho a Santos, há uma inserção incipiente por meio de estágios curriculares dos cursos de Serviço Social, Psicologia e Nutrição. Itanhaém, município localizado mais ao sul do estado de São Paulo, portanto, mais distante do município de Santos, não teve antes deste PET-Saúde nenhum tipo de parceria com a universidade.

Assim, uma das direções que orientam o interesse do PPP do *campus* se concretiza, em Santos, no fortalecimento e garantia da sustentabilidade ao que já vem sendo feito; em São Vicente, na ampliação da inserção no território e serviços e, em Itanhaém, na aproximação de parceria.

## O curso de Psicologia no PET-SAÚDE/GRADUASUS

É nesse cenário que se insere o curso de psicologia do *campus*, onde em consonância com o indicado nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, definiu como ênfases na formação: 1) Saúde e Clínica; 2) Política e Instituições e 3) Educação e Sociedade. Orientado por essa perspectiva, o texto do Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia (PPCP), vigente desde 2014, após revisão do texto original de 2007, busca uma articulação dos conceitos ampliados de Saúde, Clínica e Intervenção, apontando-as como três áreas indissociáveis que o futuro profissional psicólogo deverá problematizar e desenvolver, tomando como princípios norteadores a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a integralidade do cuidado em saúde.

O curso de psicologia é organizado de acordo com as diretrizes do PPP do *campus*, desenvolvidas especialmente nos eixos comuns que agregam algumas das questões mais importantes para a formação do profissional da saúde. Tais diretrizes que têm orientado algumas das ações desta formação profissional são, dentre outras:

Estimular a capacidade de interrogar e problematizar (...) favorecendo um pensamento mais complexo; possibilitar a construção de um raciocínio que consiga estabelecer relações entre: as múltiplas dimensões envolvidas no trabalho em saúde e no processo saúde/doença/cuidado, as condições sociais e a situação de saúde, a dimensão singular e a dimensão coletiva do adoecer, as práticas de atenção e os modos de gestão e organização de serviços (...); desenvolver o olhar, a escuta e a sensibilidade para ampliar a percepção das necessidades de atenção; (...) contribuir para desenvolver uma prática clínica que dialogue com os saberes, com os desejos, com a singularidade de quem demanda atenção; contribuir para desenvolver o senso de responsabilização pela resolução dos problemas de saúde de quem busca por cuidado; contribuir para constituir um corpo de conhecimentos ético-técnico-conceituais que sirva de referência comum às diversas áreas profissionais, ampliando as possibilidades de trabalho em conjunto (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p.52-53).

Assim, é nessa perspectiva da proposta do *campus* e na sua materialização através dos Projetos Pedagógicos (do *campus* e de cada curso), que têm se direcionado uma formação que tenha como referencial a produção de cuidado focada



na escuta, abertura e sensibilidade para o ineditismo das produções subjetivas, uma atenção à espreita, disponibilidade, tateamento, movimentos de aproximação e distanciamento, implicação, confiança. Para isso, investe-se em experiências de ensino com grupos interprofissionais convocando a um tipo de mistura que implica criar uma disponibilidade para conviver com o outro, com a diferença e com as singularidades na busca da construção de relações interpessoais mais inclusivas. À medida que a lógica investida nesse tipo de formação avança, docentes e discentes implicados nessa perspectiva pedagógica são instados a sair da métrica disciplinar e a promover diálogos com outras áreas disciplinares.

Soma-se a isso que as unidades curriculares obrigatórias e eletivas, projetos de estágios básicos e profissionalizantes, linhas de pesquisa e de projetos de extensão, participação em editais interministeriais, entre outras, são viabilizadas e analisadas sob diversas perspectivas. E é exatamente essa polifonia e essa diversidade de referenciais teórico-práticos num diálogo constante entre os vários atores que lhe dão vida, que confere ao PPCP seu caráter dinâmico e de problematizações permanentes.

Trataremos, portanto, neste artigo do envolvimento do curso de Psicologia com o PET-Saúde/GRADUASUS que visa interferências nos conteúdos ministrados nos currículos das áreas de saúde.

## Estrutura do PET SAÚDE/GRADUASUS

Este Programa foi estruturado com a seguinte composição dos grupos: cada município envolvido conta com 08 (oito) preceptores que apoiam e organizam as atividades de campo nos serviços da rede de saúde dos municípios, incluindo equipamentos da Educação e Assistência Social na perspectiva intersetorial.

No *campus*, foram organizados 05 (cinco) grupos PET, [um] por curso: Psicologia, Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional e Serviço Social; na UNILUS, 1 (um) grupo PET pelo curso de Medicina.

Cada grupo PET é composto por 04 (quatro) estudantes<sup>2</sup> e 03 (três) docentes-tutores, totalizando um grupo de 24 estudantes, 18 tutores e 24 preceptores.

As atividades foram organizadas em três ciclos, divididos entre os três municípios participantes. Com relação às práticas realizadas nos serviços dos territórios, propõe-se

<sup>2</sup> Nos referimos neste texto aos estudantes bolsistas da psicologia que, a partir das atividades de campo e das reuniões com os tutores trouxeram contribuições que compõem este relato de experiência. São eles: Vinícius Duarte de Oliveira, Karoline Oyakawa, Thaís Guimarães, Julia Clara de Pontes.

atividades horizontais comuns aos 06 (seis) grupos PET, de modo que os estudantes são divididos em três subequipes interprofissionais de 08 (oito) pessoas, em cada um dos três municípios envolvidos. Dessa forma, com vistas a possibilitar que tutores e estudantes conheçam e vivenciem a realidade de cada município, cada subequipe vai semanalmente a campo para observar, conhecer, acompanhar e desenvolver atividades práticas nos serviços num período de 8 (oito) meses, de modo que se cumpra três rodízios durante a vigência de 24 (vinte e quatro) meses do projeto.

Além destas atividades práticas, realizam-se reuniões semanais: uma delas com a participação de todos os tutores e estudantes dos seis cursos, aberta à participação dos preceptores, que denominamos InterPET; outra reunião por município com a participação de tutores, estudantes e preceptores, que denominamos PET Município, e uma outra reunião por curso com a participação de tutores e estudantes, que denominamos PET Curso.

O InterPET tem priorizado um debate temático com convidados de diferentes áreas de conhecimento a respeito de questões transversais ao tema da *mortalidade materna e infantil*, como, por exemplo: sexualidade e adolescência; direitos da mulher e da criança versus violência: perspectiva social da maternidade; parto humanizado; morbimortalidade materna e neonatal: obstetrícia em perspectiva de redes de cuidado; gestação, drogadição e redução de danos, entre outras.

O PET Município tem discutido as questões emergentes no campo e encaminhamentos, tanto do ponto de vista da organização das atividades práticas, quanto de temáticas que possam ser trabalhados nos currículos dos cursos.

No PET Curso são debatidos temas transversais que surgem das experiências concretas nos municípios, da singularidade de quem as presenciou e da escuta que estudantes e tutores realizam dessas experiências. Utilizamos como procedimento de análise deste material: diários de campo escritos pelos estudantes, anotações dos debates nas reuniões do PET curso e do InterPET com vistas a possíveis alterações no PPPCP.

Ao final de cada um dos três ciclos elaboram-se um relatório avaliativo acerca das atividades realizadas, apontando-se a organização das mesmas, os resultados produzidos, sugestões de mudança e análises da parceria universidades-serviços-comunidade.

## Discussão

Nas avaliações realizadas até este momento no curso de psicologia levantaram-se aspectos balizadores para as reformulações curriculares. Sem

adentrarmos nas especificidades de cada cenário ou subequipe, salientou-se nessas avaliações: o compromisso do *campus* com o investimento na formação em saúde, a ampliação da relação da Universidade com a região onde a mesma está inserida e a inserção do saber psicológico na temática da *mortalidade materna e infantil*. Além disso, ressaltou-se a importância e impacto da aproximação do campus com um curso de medicina da região da Baixada Santista, ampliando o já existente diálogo do curso com os docentes da saúde coletiva do *campus*, com a prática e ciência médica.

Esta ampliação começa também a ser viabilizada através das atividades desenvolvidas em um novo módulo do Eixo comum Trabalho em Saúde, “Agir em rede: produção da integralidade”. Tendo em vista que os determinantes que compõem o processo saúde/doença/cuidado concernentes a esse fenômeno são complexos e se inter-relacionam em vários níveis, este módulo teórico-prático dialogará com a temática da *mortalidade materna e infantil* e terá como objetivos: discutir os fundamentos básicos de análise das condições de vida, situação de saúde e trabalho; realizar articulação intersetorial junto às redes de atenção; conhecer o planejamento local para enfrentamento das demandas e necessidades de saúde; levantar indicadores de condições de vida e trabalho na gestão de serviços públicos em um contexto de desigualdade social; avaliar as ações no processo participativo de gestão.

O curso de psicologia, quanto às diretrizes curriculares, tem buscado fomentar a criação de estágios básicos interdisciplinares, fortalecendo a implementação de unidades curriculares eletivas para esse fim. Tem buscado, igualmente, trazer para o interior das especificidades da ciência e profissão de psicologia, a discussão acerca do feminino e da maternidade como temas transversais às unidades curriculares já existentes na atual grade: Psicologia e Saúde, Saúde Mental, Estágios Básico e Profissionalizante, Práticas Integradas, Saúde Mental e Infância (módulo eletivo), Trabalho com Grupos, Psicologia do Desenvolvimento e Seminários de Estágios.

Em relação ao desenvolvimento da docência e da preceptoría tem se proposto reuniões entre preceptores e docentes do eixo específico, no formato de oficinas visando estratégias comuns em práticas de estágio, a discussão sobre o cotidiano da atenção em saúde e possíveis parcerias e desdobramentos de ações em temas polêmicos, mas relacionados à atenção de gestantes e famílias.

A partir das avaliações realizadas para interferência no PPCP realizou-se um levantamento de temáticas transversais que foram apresentadas para o coletivo do curso (docentes, estudantes e técnicos), com vistas à formulação e inserção em unidades curriculares, já existentes e novas (módulos obrigatórios e eletivos,

estágios curriculares) como também debatidas em fóruns, encontros e atividades de pesquisa e extensão universitária. Nesse processo, as referidas oficinas com a participação dos docentes, estudantes e preceptores tem o intuito de socializar os dados obtidos, de organizar as temáticas em grandes eixos problemáticos em consonância com os eixos norteadores da formação em psicologia e inserir tais temáticas nas atividades de ensino-pesquisa-extensão.

Estas discussões giram em torno de situações concretas de atuação no diálogo com docentes e estudantes visando oferecer maior qualificação e atenção para as questões que emergem a partir da complexidade das temáticas levantadas a partir deste Programa.

O quadro abaixo reúne as temáticas transversais à formação em quatro grandes eixos que contemplam: estratégias previstas no SUS, fundamentos teóricos interdisciplinares, questionamentos vividos na experiência do PET-Saúde/GRADUASUS e temas considerados polêmicos. Cabe salientar que a proposição de tais temáticas levou em conta fundamentalmente, além das visitas a campo, a própria experiência dos estudantes no cotidiano do curso e dos trabalhos realizados em campo.

## Temáticas transversais

Eixo 1. Estratégias previstas no SUS.	Eixo 2. Fundamentos teóricos Interdisciplinares.	Eixo 3. Questionamentos da prática.	Eixo 4. Temas polêmicos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ações territoriais, intersectorialidade e interculturalidade no cuidado em saúde;</li> <li>- políticas de prevenção e promoção com base na equidade;</li> <li>- educação permanente em saúde.</li> <li>- humanização do parto;</li> <li>- trabalho dos agentes comunitários;</li> <li>- trabalho em rede e redes de atenção (ex: RAPS, Rede Cegonha);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- configurações subjetivas do processo de gravidez e parto;</li> <li>- Questões de gênero e divisão sócio histórica e econômica do trabalho;</li> <li>- Processo de vulnerabilização e suas implicações na saúde;</li> <li>- controle social sanitário, geosofia e historiosofia da ocupação e urbanização da região da Baixada Santista;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a interferência da leitura moral acerca da gestação e maternidade;</li> <li>- a naturalização da construção da construída mulher/mãe;</li> <li>- rejeição da gravidez;</li> <li>- práticas contraceptivas;</li> <li>- o papel do homem com relação a gestante e ao bebê;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aborto;</li> <li>- gravidez na adolescência;</li> <li>- profissionais do sexo, casas clandestinas, regulamentação da profissão;</li> <li>- sistema prisional e ressocialização;</li> <li>- drogadição e gravidez;</li> <li>- jovens em conflito com a lei;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- políticas públicas em âmbito federal, estadual e municipal;</li> <li>- saúde rural e indígena (SasiSus);</li> <li>- saúde masculina;</li> <li>- questões sobre sexualidade e gênero;</li> <li>- DSTs;</li> <li>- saúde dos idosos;</li> <li>- saúde mental e práticas não médico-centradas;</li> <li>- saúde da mulher (sexualidade, contracepção, gravidez, parto, pós-parto etc);</li> <li>- violência contra crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade;</li> <li>- práticas e saberes populares x biomédicos (medicalização, iatrogenia, parto humanizado etc.);</li> <li>- processo de trabalho</li> <li>- níveis de atenção: primária, secundária e terciária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- construção dos sentidos e significados dentro dos grupos sociais (Etnografia);</li> <li>- a demanda por reconhecimento do sujeito enquanto protagonista da sua narrativa (Educação Popular em Saúde);</li> <li>- construção dos significados sobre corpo no grupo de mulheres;</li> <li>- construções e normas de gênero e sexualidade;</li> <li>- pensamento complexo e transdisciplinaridade;</li> <li>-os diversos sentidos da maternidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambiente sociocultural e a experiência da maternidade;</li> <li>- articulação entre os vários níveis de tecnologia com relação ao cuidado à gestante;</li> <li>- grupos de acolhimento, escuta e acompanhamento do processo de maternagem;</li> <li>- psicopatologias específicas da mulher?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- justiça restaurativa, comunicação não violenta.</li> </ul>
--	--	--	---

**Fonte:** Elaboração dos autores.

O enftretamento da questão da *mortalidade materna e infantil* desenvolvido pelos três municípios participantes apresenta estratégias próprias e comuns e os eixos levantados acima mostram a necessidade de um diálogo permanente com os trabalhadores do SUS para as aproximações da formação em Psicologia com

as questões envolvidas no tema. Salientamos nosso investimento no processo de construção do diálogo e da inserção das temáticas/conteúdos na grade curricular com o envolvimento dos docentes.

## Conclusão

As especificidades e/ou singularidades inerentes à organização e condução das atividades em cada um dos cenários do PET-Saúde/GRADUASUS e a sua temática da *mortalidade materna e infantil* mostram a importância dessas “diferenças” que evitam a homogeneidade das ações, leituras e interferências no processo. Isto nos permite pensar a formação em psicologia valorizando o potente indicador das condições de vida das populações, como um problema de saúde complexo, tendo em vista que os determinantes que compõem o processo saúde/doença/cuidado concernentes a esse fenômeno se inter-relacionam em vários níveis.

Este relato de experiência de formação em psicologia pautada pela perspectiva interdisciplinar dos Projetos Pedagógicos [ou PP] (do *campus* e do curso) - articulação de vários saberes, elaboração conceitual, criação de estratégias pedagógicas inovadoras, compartilhamento de experiências, entre outras - mostra a importância deste PET-Saúde/GRADUASUS como um Programa que se realiza num conjunto aberto, heterogêneo e complexo, de modo que os “platôs ou superfícies” que o compõem, ora coincidem, ora se distanciam. Portanto, pode-se salientar que o “lugar” ocupado por ele nos PPs traz-nos a possibilidade de tecer algumas considerações, tais como: a temática da *mortalidade materna e infantil* incide na discussão acerca da complexidade dos saberes e fazeres em saúde; o diálogo constante e necessário com outras áreas do saber; a importância da intersetorialidade no processo formativo e na formulação e gestão das políticas públicas; a relação serviços-universidades-comunidade no que se refere ao acompanhamento do cotidiano de trabalho dos preceptores e trabalhadores da rede; as parcerias da universidade com os serviços da região onde está inserida; os efeitos para os estudantes, que nesta experiência de educação pelo trabalho, assumem uma postura ativa e se tornam protagonistas de sua formação.

## Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do trabalho e Educação da Saúde**. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de

Educação pelo trabalho para a Saúde PET-Saúde/GRADUASUS - 2016/2017. Disponível em [http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/29/Edital-PET\\_GraduaSUS.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/29/Edital-PET_GraduaSUS.pdf). Acesso em 10. ago. 2017.

FEUERWERKER, L.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do Eixo trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (orgs.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. **Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo**. Ano 13 - nº 3. Agosto 2013. Disponível em [http://www.seade.gov.br/produtos/midia/mort-infantil/spdemog\\_ago2013.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/midia/mort-infantil/spdemog_ago2013.pdf). Acesso em 10. ago. 2017. São Paulo (SP). SEADE, 2013.

UNIFESP. **O projeto pedagógico do Campus Baixada Santista**, Disponível em: <http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php> Acesso em: 10. ago. 2017. Santos (SP). UNIFESP, 2006.

UNIFESP. **O Projeto pedagógico do Curso de Psicologia**. (2015) Disponível em: [https://www3.unifesp.br/prograd/app/cursos/index.php/prograd/arq\\_projeto/783](https://www3.unifesp.br/prograd/app/cursos/index.php/prograd/arq_projeto/783). Acesso em 10. ago. 2017. Santos (SP). UNIFESP, 2016.

# Programa de Residência Multiprofissional: idealizando uma formação interprofissional

13

*Bruna Maria Bezerra de Souza  
Maria Gorethe Alves Lucena  
Reila Leliana Tenório de Holanda Rodrigues  
Kátia Goretti Veloso Lins  
Maria de Fátima Rodrigues dos Santos Godoi*

## A Proposta do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Regional Dom Moura

Os Programas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde foram criados pela Lei nº 11.129 de 2005, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenados, a partir de 2007, pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em conjunto com os Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC) (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2005). A Residência Multiprofissional é uma modalidade de pós-graduação, *lato sensu*, que se caracteriza pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptores), em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

Os limites e esgotamento das formas hegemônicas de intervenção na saúde, para impactar os graves e complexos problemas de saúde apresentados na sociedade moderna, as iniquidades sociais e a falta de integralidade da atenção à saúde têm levado grupos contra hegemônicos à busca de novos arranjos e articulações para o enfrentamento desses problemas (COMERLATTO et al., 2007)

As experiências dos projetos e instituições têm enfatizado o desenvolvimento de ações multiprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais como estratégia de superação da fragmentação, mediante a agregação dos distintos olhares e saberes, trazendo a possibilidade de uma atenção mais integral.

Os programas de residências multiprofissionais têm se consolidado como um curso de especialização em serviço, modalidade residência, para a constru-



ção do processo de atenção integral à saúde, de fundamental importância para o amadurecimento e melhoria da formação profissional, tendo um papel indutor *sine qua non* de aprendizado permanente. Caracterizada pelo treinamento em serviço, promovendo no profissional de saúde, inserido no campo da prática, uma educação voltada para ações integrais, com visão multiprofissional e uma atuação interdisciplinar e holística, buscando minimizar a fragmentação dos saberes e promovendo a formação para o trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, em 2010 foi implantada no Hospital Regional Dom Moura - (HRDM), em Garanhuns/Pernambuco, visando a qualificação em serviço, a primeira residência multiprofissional interiorizada do Estado de Pernambuco, em parceria acadêmica com a Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV). Em março de 2014, o Governo do Estado, por meio da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), na busca da concretização da formação em saúde, assume a formação acadêmica deste Programa de Residência, dando continuidade aos desafios já iniciados.

O HRDM, classificado como de médio porte, é referência para os 21 municípios pertencentes à V Gerência Regional de Saúde (V GERES), atendendo também a outros municípios devido regulação de leitos do Estado. O hospital possui 107 leitos, com uma média de 800 internamentos por mês nas diversas clínicas, sendo estas: clínicas médica e cirúrgica, pediatria, maternidade e UTI adulto. Além de realizar em média 5.000 atendimentos mensais nas emergências adulto e infantil.

Pautada nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado do HRDM é de grande relevância à assistência integral ao indivíduo em todos os seus aspectos: preventivos e curativos; individuais e coletivos; e em todos os níveis de complexidade. Mediante o trabalho de uma equipe interdisciplinar, em que diferentes profissionais trabalham juntos e mantém suas atuações específicas com troca de informações dentro de áreas de interseção, permitindo a construção de novos saberes, focados em uma assistência ética e humana, visando a prevenção de agravos, a promoção e a qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades.

Portanto, esse Programa de Residência Multiprofissional é essencial para a formação de profissionais qualificados para a assistência à saúde da população, na reorganização do processo de trabalho em saúde e na implementação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, atuando de forma interdisciplinar, reduzindo a fragmentação dos saberes e do processo terapêutico. Seu objetivo é formar especialistas em caráter multiprofissional, no âmbito hospitalar, para

desenvolver habilidades e competências na assistência integral à saúde, com ênfase na gestão do cuidado.

## **A Residência do HRDM como espaço de educação interdisciplinar**

A Residência tem duração de dois anos em regime de tempo integral, com carga horária semanal de 60 horas, totalizando 5.760 horas de formação em serviço. Desta carga horária, 80% correspondem às atividades práticas e teórico-práticas que incluem seminários, estudos de caso, clubes de revista, além de outras atividades científicas e culturais. Os 20% da carga horária total, equivalente a 1.152 horas, são de atividades teóricas com disciplinas que integram a teoria à prática vivenciada na rotina do serviço, e são ministradas concomitantemente à formação em serviço, conforme a Resolução de nº 5, de 7 de novembro de 2014 (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

As práticas são desenvolvidas, prioritariamente, no âmbito hospitalar. Todavia, o Programa também oferece rodízios em outros serviços do SUS como: Estratégias de Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Gerência Regional de Saúde (GERES), e outros serviços não necessariamente exclusivos da assistência hospitalar, mas que fazem parte da Rede de Atenção em Saúde (RAS), considerando a perspectiva da atenção integral à saúde e que estejam em consonância com as diretrizes do seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC). Neste sentido, estes rodízios têm o objetivo de possibilitar a compreensão do caminho percorrido pelos usuários que buscam atendimento no HRDM, além de permitir uma visão ampliada da atenção à saúde prestada nos demais serviços que compõem a RAS regional.

A cada ano, são oferecidas 10 vagas para residentes, distribuídas em 5 categorias profissionais: fisioterapia, enfermagem, nutrição, assistente social e psicologia. Com 2 vagas para cada categoria citada.

As atividades são voltadas para a área de concentração do Programa, a gestão do cuidado, que pode ser definida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida (CECÍLIO, 2011). E que o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente (MERHY, 2002).

Neste contexto, com o objetivo de formar profissionais com uma visão inte-

gral da assistência, numa perspectiva interdisciplinar, os residentes são divididos em grupos, onde cada equipe é formada por um profissional de cada categoria. A partir deste formato, os residentes realizam suas atividades práticas, nos diversos setores do hospital, e demais serviços da rede de saúde regional. Essas atividades têm como prioridade a utilização de tecnologias leves, que segundo a classificação de Merhy (1997), referem-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

Como exemplo de planejamento da assistência, os residentes durante as práticas, constroem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que são propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Para Oliveira (2007) o PTS é definido como um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário.

Levando em consideração a integralidade do cuidado, os residentes estimulam e colaboram na construção de protocolos assistenciais nos serviços, que são instrumentos legais e construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidência. Estes protocolos tendem a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas, estabelecer limites de ação e cooperação entre os membros da equipe de saúde (PIMENTA et al, 2015).

A educação interprofissional é o princípio pedagógico norteado pelo programa. Configura-se como um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, além de ter o compromisso com a integralidade das ações, sendo respeitadas as especificidades de cada profissão. Parte-se do princípio de que para fazer junto, no cotidiano em saúde, é preciso aprender junto sobre o trabalho em saúde. Neste sentido, a educação permanente em saúde é uma estratégia utilizada como prática de ensino-aprendizagem, significando a produção de conhecimentos a partir da realidade vivida pelos diversos atores envolvidos nas instituições de saúde. E que tem os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM, 2005).

Partindo destas afirmações, a residência utiliza a educação permanente como uma ferramenta de extrema relevância durante as atividades dos profissionais residentes, na perspectiva das Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e Humanização (PNH) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2009; 2013).

A PNEPS é uma estratégia que visa promover mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, com base na

problematização da realidade e na construção coletiva de soluções, tendo como foco as necessidades da população e o fortalecimento do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2009).

Já a PNH aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Estimulando a comunicação entre estes, a fim de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em conformidade com o PPC do programa, além da vivência prática, os residentes realizam atividades teórico-práticas, que relacionam a teoria com a prática assistencial do trabalho multiprofissional, bem como no contexto específico de cada categoria. As principais são: estudos de caso, seminários e clubes de revista.

Os estudos de casos clínicos têm a finalidade de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, proporcionando subsídios para a equipe multidisciplinar estudar a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados. Proporciona uma assistência individual personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas, fazendo um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do paciente. Esta atividade leva o residente à análise de problemas e a tomada de decisões (GALDEANO et al, 2003).

Considerando a integralidade do indivíduo, para o estudo de caso são utilizadas ferramentas como o ecomapa e o genograma. Este último, é a elaboração da árvore da família, que envolve um processo complexo, e fornece informações demográficas, de posição funcional, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica do usuário em estudo. A aplicação do genograma permite uma visualização do processo de adoecer, facilitando o plano terapêutico e uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças. Já o ecomapa, fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo. Esse instrumento conecta as circunstâncias ao meio ambiente e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários (MELLO et al, 2005).

O seminário é uma outra estratégia utilizada para a articulação teoria e prática dos residentes. Caracterizada por uma exposição dialogada, com base na transmissão de conhecimentos específicos científicos, baseados em evidências, a respeito de um assunto relacionado à determinada área do conhecimento. Nesta

atividade, residentes e preceptores, das diversas categorias, interagem e discutem sobre a temática, refletindo sobre a realidade e suas práticas.

A atividade clube de revista desenvolve-se a partir de artigos científicos, que são discutidos de maneira interprofissional, analisando os aspectos metodológicos e também aproximando o científico da realidade prática dos serviços de saúde. Além de estimular e instrumentalizar as produções científicas dos residentes e de seus preceptores e tutores.

Uma outra atividade relevante não só para os residentes, como também para os demais profissionais, é a elaboração de projetos de intervenção. Que são realizados a partir de um problema identificado durante as vivências nos diversos setores e serviços, do hospital e também da RAS regional. E a partir da definição do problema, transforma-se a idéia em ação, e são seguidos passos no intuito de solucioná-lo. Os projetos são orientados e acompanhados pelos preceptores e tutores dos residentes. As intervenções têm sido de grande relevância para os serviços, visto que contribuem com a resolução de problemas, visando a qualidade da assistência prestada, além do programa de residência ser percebido como um indutor de mudanças.

Todas as atividades acontecem dentro da lógica das metodologias ativas, onde o aprendizado se dá a partir de problemas e situações reais. Segundo Fernandes et al (2003), "o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser", garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolubilidade.

## Interdisciplinaridade: avanços e desafios

Segundo Batista, Rossit e Batista (2013), no contexto da formação em saúde, a educação interprofissional, desponta como caminho fecundo para o desenvolvimento de propostas que possam articular as especificidades das profissões, as singularidades dos sujeitos sociais, as demandas para a integralidade do cuidado, às necessidades da sociedade e suas urgências éticas, humanas, políticas, educacionais e culturais. Valorizando o trabalho em equipe, a integralidade, o respeito às especificidades de cada profissão e à produção da prática comum.

A formação de profissionais de saúde, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo fragmentador e biologicista, baseada no modelo flexneriano, guardando relação com o modelo de atenção à saúde ainda vigente. Para a superação desse modelo, que está na raiz da crise da saúde, propõe-se a transição do paradigma flexneriano para outro, denominado de paradigma da

produção social da saúde, o qual tem seus fundamentos calcados na teoria da produção social. Tal teoria permite romper com a setorialização da realidade. Trata-se de nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, orientada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde e que deve atuar sobre os nós críticos dos problemas, baseado em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (VILELA; MENDES, 2003).

A proposta das residências multiprofissionais em saúde é buscar uma abordagem de ensino multiprofissional/interprofissional, propondo a integração entre diferentes profissões, propiciando espaço para atuação interdisciplinar nos diversos cenários da saúde (MAIA et al., 2013). No intuito de promover a transformação dos serviços de saúde onde estiver inserida, instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar (NASCIMENTO, 2010). A formação interdisciplinar proposta pela Residência Multiprofissional é importante para a atuação profissional dos residentes, pois através desta competência os profissionais estarão “interligados” para que o objetivo principal das práticas de saúde seja alcançado, a saúde integral do indivíduo (MAIA et al., 2013).

O programa de residência multiprofissional do HRDM encontra vários obstáculos para a formação interdisciplinar dos residentes, e alguns deles são reflexos da própria formação. Ainda baseada no modelo biomédico e onde os saberes são fragmentados. Como também, esbarra-se na formação e práticas dos profissionais de saúde dos serviços.

O trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado, vem sendo implementado com restrições. Destaca-se que vão da precária formação dos alunos na graduação até a defesa corporativa das profissões, passando por relações de trabalho que deverão incorporar princípios do trabalho em equipe, prevenção, reabilitação e inclusão da família (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Alguns avanços merecem ser destacados durante a trajetória da residência multiprofissional do HRDM, como uma maior interação e diálogo entre as categorias, durante as discussões cotidianas dos processos de trabalho do hospital; assim como algumas categorias têm sido “enxergadas” pelos diversos profissionais e gestão do serviço. Visto que, algumas áreas foram contempladas com aumento do número de profissionais, estruturando outros processos de trabalho, para além da Medicina e Enfermagem.

A partir das diversas ações já realizadas, principalmente de educação permanente, muitas práticas já foram discutidas e redesenhadas. Com isto, novos processos de trabalho já foram implantados e/ou implementados. Como implantação de fluxos e protocolos, formação de comissões importantes, como o nú-

cleo de segurança do paciente, de educação permanente e comissão científica; além de qualificações de preceptores e tutores.

Destaca-se também a busca dos profissionais dos serviços pela qualificação, visando fortalecer suas práticas da preceptoría. Desde a implantação do referido programa de residência, houve aumento no número de mestres e especialistas no hospital. E algumas parcerias foram estabelecidas com instituições de ensino, que além de corroborar com a integração ensino-serviço, objetivam aperfeiçoar os preceptores em processos pedagógicos de ensino aprendizagem e de avaliação.

Durante esse período, foram fortalecidas algumas parcerias na rede de saúde. E estas, já proporcionaram algumas ações de relevância para a saúde da população da região. Como a implantação da Escala de Risco Familiar nas Estratégias de Saúde da Família do município de Garanhuns/PE. Este instrumento baseia-se em sentinelas para avaliação de situações de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção. Desta forma, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares, baseada no modelo de Coelho e Savassi (2004).

Com uma abrangência regional, já que o HRDM é referência para os municípios da V Regional de Saúde de Pernambuco, os residentes elaboraram o Mapa de Saúde, que é uma ferramenta que dispõe de informações da capacidade instalada existente nos municípios, dos investimentos e do desempenho, a fim de possibilitar a análise da tendência desses indicadores em cada território.

Uma outra ação dos residentes de relevância regional, foi a construção da cartilha para os coordenadores da atenção básica. Que teve como objetivo direcionar e esclarecer quanto ao papel e atribuições do coordenador de Atenção Primária e no cuidado com o usuário nas demais Redes de Atenção.

Estas são amostras dos muitos trabalhos e intervenções executadas pela Residência Multiprofissional do HRDM e das muitas ações conjugadas numa rotina de permanente construção de um ciclo, onde quem aprende e quem ensina está em constante movimento, numa troca de saberes que possibilita a construção do fazer multi e interdisciplinar.

Outras mais ainda serão realizadas. Porém, muitas ações ainda merecem ser discutidas e desenvolvidas no campo da saúde, tendo a interdisciplinaridade como destaque. Válido destacar, conforme Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011), que a inserção responsável e comprometida de estudantes e docentes

nos cenários reais, visa à integração teórico/ prática, ensino/serviço e educação interdisciplinar e interprofissional, podendo ser o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver em saúde.

É necessário que a interdisciplinaridade se torne uma forma natural e solidária de trabalho, que ultrapasse as arrogâncias pessoais, a necessidade de exercer poder sobre os outros e a tradição de centralizar os profissionais (SAUPE et al., 2005).

O programa de residência multiprofissional em atenção hospitalar com ênfase em gestão do cuidado do HRDM, possui estratégias e oportunidades. Os entraves estão postos e as escolhas já estão feitas, mas o compromisso que rege nossa prática profissional será o norteador de nossas ações, que o rumo aponta do seja o da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

## Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 jul 2017.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S. Educação Interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface (Botucatu)**. v.20, n.56, Jan./Mar. 2016. Disponível em: <<https://www.saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/eps-5642>>. Acesso em 31 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em 31 jul 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM); cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/535652.pdf>>. Acesso em 27 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>. Acesso em 31 jul 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília, 2013.

BATISTA, S.H.; ROSSIT, R.; BATISTA, N.A. Educação Interprofissional, Interdisciplinaridade e a Formação em Saúde: potências e desafios. In: SILVA, G.T.R. (Org). **Residência Multiprofissional em Saúde**: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari, 2013, P.29-46.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, June 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 jul 2017.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414=49802007000200015-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414=49802007000200015-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 jul 2017.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 1, n. 2, p.19-26, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001701>>. Acesso em 19 jul 2017.

FERNANDES, J.D. et al. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Rev. Enfermagem** 2003; 56(54):392-395. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034=71672003000400017-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034=71672003000400017-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31 jul 2017.

GALDEANO, L.E. et al. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 371-375, June 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31 jul 2017.

MAIA, D.B. et al. Atuação interdisciplinar na atenção básica de saúde: a inserção da residência multiprofissional. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**,

Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1825>>. Acesso em 31 jul 2017.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E; Onocko, R. (Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em 19 jul 2017.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MELLO et al. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 2005; 15(1):78-89. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19751/21816>>. Acesso em 10 jul 2017.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200012&lng=en&nrm=iso)>., Acesso em 10 jul 2017.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso)>.

OLIVEIRA G.N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007. 202p. Disponível: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto\\_terapeutico\\_singular.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto_terapeutico_singular.pdf)>. Acesso em 10 jul 2017.

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP - São Paulo, 2015.

SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 jul 2017.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, Aug. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 jul 2017.

# Educação Permanente: ferramenta para o trabalho interprofissional colaborativo

14

*Kellinson Campos Catunda  
Lucia Conde de Oliveira  
Braulio Nogueira de Oliveira  
Ingrid Freira Silva*

## Introdução

Com a Constituição Federal de 1988, foi garantido o princípio central da Reforma Sanitária, no qual a saúde se torna um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988). A referida Constituição deu o caráter de relevância pública às ações e serviços de saúde, assim como definiu que estas integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica deve funcionar como organizadora dessa rede, o que constitui o próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Como forma de reorientação da atenção básica, pode ser ressaltada a Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com as diretrizes norteadas do SUS. A referida estratégia surgiu em 1994, sendo denominada inicialmente Programa Saúde da Família (PSF), possibilitando o enfrentamento e resolução dos problemas identificados em um território definido, sendo uma proposta substitutiva, com aspectos técnicos, políticos e administrativos inovadores (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Desse modo, a família passou a ser o objeto precípuo da atenção. Partindo do pressuposto que o PSF não se tratava de mais um programa vertical, este passou a ser chamado em 1998 de ESF.

Outro grande avanço no setor saúde foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria Ministerial Nº 154 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) que estabelece como suas atribuições, ampliando dessa maneira, a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. Os NASF representam um passo importante na busca da consolidação da ESF (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Estas equipes são constituídas por profissionais de núcleos de conhecimento distintos com intuito de proporcionar a ampliação da interdisciplinaridade na ESF, atuando como apoio aos profissionais das Equipes de Saúde

da Família nos Centros de Saúde da Família(CSF) ao qual estão cadastradas.

Nesse contexto de cuidado ampliado, o trabalho em saúde demanda uma multiplicidade de olhares, a partir de práticas interdisciplinares. Com base nisso, o NASF desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo com as equipes de saúde da família em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes de referências. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos do sujeito e coletivos de um território, direta ou indiretamente.

Para isso, é preciso que se tenha uma postura, por parte dos profissionais do NASF e da ESF orientada para a interdisciplinaridade, não restringindo sua atuação ao seu objeto de estudo delimitado na formação tradicional, até mesmo por ser considerado falho por alguns autores (DIOGO, 2004; MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; SILVA; ROS, 2007; ANJOS; DUARTE, 2009).

Todo esse processo deve ser acompanhado por evoluções no que se refere à formação profissional, visto as deficiências encontradas na formação e atuação uniprofissional. Nesse sentido, emerge uma ferramenta que viabiliza a aprendizagem pelo/para o trabalho em saúde, sendo uma denominada Educação Permanente em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída através da Portaria GM/MS nº 198/04 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esta visava, por meio de um processo permanente de educação, transformar o caráter das práticas técnicas e sociais, tendo como público alvo os diferentes trabalhadores da saúde. Com um enfoque nas ações interdisciplinares a partir dos problemas de saúde, através da democratização institucional, que busca mudanças organizacionais, apropriação ativa dos saberes técnicos-científicos e o fortalecimento do trabalho em equipe (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, 2004b). A Política Nacional de Educação Permanente evidencia divergências entre a Educação Permanente e as capacitações.

Ao contrário das Educações Continuadas e capacitações, a EPS propõe mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais, no contexto real em que ocorrem, problematizando o próprio fazer. Desse modo, coloca as pessoas como protagonistas críticos e

reflexivos da prática, assim como possibilita a construção conjunta do conhecimento e de alternativas de ação. Além disso, evidencia a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação e a alienação disciplinar (FALKENBERG, et al., 2014).

Pressupondo que a inserção da EPS nos processo de trabalho contribui continuamente para o crescimento profissional e acadêmico, para colaboração interprofissional, além do fortalecimento de políticas públicas que impliquem no fortalecimento do Sistema único de Saúde (SUS), apresentamos, neste capítulo, um recorte da pesquisa intitulada: "A Política de Educação Permanente em Saúde no Contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF: uma ação transformadora?" realizada com os profissionais do NASF do município de Sobral no Ceará. Neste contexto, tem-se o propósito de dialogar sobre os pressupostos da educação permanente em saúde na perspectiva aprendizagem e do trabalho interprofissional colaborativo.

## Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. As metodologias qualitativas, segundo Minayo (2014), surgem da impossibilidade de compreender um dado fenômeno por meios de dados estatísticos, sendo entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A pesquisa foi realizada no município de Sobral no Ceará, no período compreendido entre os meses de maio a julho de 2016, tendo como cenário os Centros de Saúde da Família (CSF) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), contemplados pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A seleção dos participantes ocorreu pelos seguintes critérios de inclusão: a) profissionais do NASF com três meses ou mais de experiência no serviço, b) contemplar maior diversidade das categorias profissionais possíveis, c) profissionais que concordaram em participar da pesquisa. O município possuía, no período, sete equipes de NASF, sendo assim, foram selecionados 14 (quatorze) profissionais, dois de cada equipe.

Foi utilizado como técnica de produção das informações empíricas a entrevista semiestruturada, contendo questões sobre a concepção dos profissionais de saúde acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS), planejamento da EPS, vivência desta na prática, mudanças no processo de trabalho, metodo-

logias, desafios, potencialidades e avanços. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo temática. Após a transcrição e leituras exaustivas do material, as entrevistas foram sistematizadas e organizadas. Os conteúdos que emergiram desse processo de análise foram agrupados em categorias e subcategorias. A categoria evidenciada no texto em questão é a Desempenho e Mudanças nas Práticas de Trabalho e foi decomposta em três subcategorias; Aprendizado Técnico-Científica, Formação Profissional e Colaboração Interprofissional as quais buscam mostrar as modificações nas práticas dos profissionais do NASF. Os participantes foram identificados ao longo do texto pela letra (E), referente à entrevistado, seguido de uma ordem numérica de 1 a 14 visando manter o sigilo e anonimato. Foram obedecidas as normas e princípios éticos de acordo com a resolução 466/2012 (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). As informações só foram coletadas após aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA) sob nº do CAAE 55245116.7.0000.5053.

## Resultados e discussão

O movimento de EPS no município iniciou em 2008 e passou a ser denominado Sistema Saúde Escola de Sobral tendo como premissa a integração entre serviço-ensino e ensino-serviço, e buscando qualificar o processo de gestão participativa e democrática. (SOARES et al., 2008).

A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral (EFSFVS), inaugurada em julho de 2001 é responsável pela promoção de ações educativas na área da saúde junto ao sistema Saúde Escola de Sobral e demais municípios que compõem a macrorregião de saúde de Sobral, tendo como perspectiva à transformação das práticas de trabalho e dos indicadores sanitários. (SOARES et al., 2008).

O contexto da atenção primária à saúde de Sobral/CE, no momento da pesquisa, contava com 36 Centros de Saúde da Família (CSF), distribuídos na sede e distritos. Desse total, 29 são contemplados por equipes do NASF, dessa forma, a pesquisa envolveu todo o município, nos respectivos territórios. Com modalidade tipo 1, as sete equipes do NASF são responsáveis por no mínimo 08 equipes de ESF e no máximo 15, cada uma.

Dos 14 profissionais de saúde selecionados para participar do estudo, um é farmacêutico, um psicólogo, dois educadores físicos, dois terapeutas ocupacionais, dois nutricionistas, três fisioterapeutas e três assistentes sociais. Sendo

11 integrantes do sexo feminino e três do sexo masculino.

Todos os profissionais são contratados por meio de seleção pública, a qual propõe um período de um ano de serviço podendo, a critério da gestão, ser prorrogado ou não. Geralmente, ocorrem seleções a cada um ou dois anos, os contratos ainda não garantem benefícios referentes às férias e ao 13º salário, sendo um dos fatores que contribuem para a grande rotatividade de profissionais.

A categoria geral analisada, Desempenho e Mudanças nas Práticas de Trabalho, buscou mostrar como os profissionais do NASF percebem as transformações nos processos de trabalho com base nas vivências em EPS. Outras percepções foram referidas nas falas dos participantes, como Aprendizagem técnico-científica, Formação Profissional e Colaboração interprofissional, que serão detalhadas no decorrer do texto.

Na subcategoria Aprendizagem Técnico-Científica, os entrevistados relataram que os espaços de EPS são fundamentais para o aprimoramento das habilidades profissionais, favorecendo a disseminação e ampliação do conhecimento em uma perspectiva mais coletiva, na qual todos se beneficiam com o processo.

“[...] eu não conhecia muito sobre violência doméstica, então foi um profissional explicar como era, onde se podia procurar ajuda, como a gente enquanto profissional podia encaminhar o usuário, isso foi ótimo [...]”. (E2)

“[...] os conhecimentos que eu adquiro na EPS facilitam que eu consiga resolver algum problema com um paciente. Eu tenho mais resolutividade, eu consigo atuar em momentos pontuais com maior facilidade, por conta do conhecimento que adquiro nessas EPS [...]”. (E5)

“[...] me capacita também para eu exercer uma atividade multiprofissional [...]”. (E10)

As falas dos entrevistados convergem com os preceitos estabelecidos na Política de Educação Permanente, os quais apoiam na aprendizagem no trabalho, onde o ensinar e o aprender se imbricam ao cotidiano de trabalho, embasados na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; 2014).

Pesquisas realizadas na Bahia com trabalhadores da Saúde da Família (BOMFIM et al., 2017) e com enfermeiros da atenção terciária do Rio Grande do Sul (PUGGINA et al., 2015) também mostram em seus resultados que a EPS

é um processo reflexivo de aprendizado contínuo, que sua prática repercute na melhoria do cuidado.

Referente à subcategoria Formação Profissional percebeu-se mediante as respostas colhidas que a EPS assume um papel importante para a formação profissional, pois prepara os profissionais para o trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde e da atenção primária a saúde, como é caso do NASF.

“[...] houve muito questão do meu crescimento profissional com a EPS, conhecimento que eu não tinha, foi adquirido com as EPS [...]” (E3)

“[...] antes de trabalhar na saúde pública, eu não sabia nada. Foi a partir da EPS que melhorando meu fazer, fui melhorando a minha formação [...]” (E6)

“[...] a EPS por sua condição de não ser pontual contribui muito para o nosso conhecimento, não só técnico, mas é um aprimoramento na nossa formação, pois eu nunca vivenciei esses processos na academia [...]” (E13)

A habilidade adquirida para o trabalho no SUS, como referem os profissionais, é atribuída aos eixos norteadores da PNEPS, a qual apresenta uma articulação do quadrilátero do SUS: ensino -serviço -gestão -controle social. Desse modo o “quadrilátero da formação” tem como uma das finalidades aproximar a formação dos trabalhadores às reais necessidades de saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

De fato, grande parte dos entrevistados não vivenciou em suas formações acadêmicas situações reais de promoção de saúde. As grades curriculares, em sua maioria, se tangenciam de processos de trabalho articulados e cooperativos, evidenciam uma prática clínica, biologicista, especializada e curativista centrada nas doenças que muitas promovem a fragmentação e alienação do saber.

A terceira subcategoria emergiu a colaboração interprofissional nos processos de trabalho. O destaque das falas foi referente ao trabalho em equipe que é fortalecido pela EPS. O encontro com as vivências e conhecimento do outro, o apoio entre as equipes são potentes para a transformação e construção de práticas de trabalho pautadas nos princípios do SUS.

“[...] a gente compõe a equipe, mas com esse olhar diferenciado, esse apoio matricial de tão importância, de alguma forma positiva você tá levando aquela informação ou fazendo algum alinhamento com as equipes [...]” (E4)

“[...] eu posso me apropriar mais sobre determinados assuntos para atender



as demandas que são todos os profissionais que estão na atenção básica [...]” (E7)

“[...] porque a gente vai ter uma discussão, um diálogo entre profissionais, uma qualificação, uma potencialização do seu fazer ali[...]” (E8)

Compreende-se a EPS, com sua característica de aprendizagem no serviço, como um cenário de ampliação e multiplicação de saberes, onde o trabalho colaborativo é evidenciado como uma tecnologia essencial para o desenvolvimento do conhecimento coletivo.

Merhy (2013) na plataforma de interatividade a partir da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde fala da acessibilidade do conhecimento. Entende que o conhecimento é patrimônio de todos, propriedade de ninguém e é resultante de fazeres coletivos.

E é nesse espaço da categoria trabalho que as práticas tanto individuais quanto coletivas estão previstas, implicando a interação ativa dos trabalhadores em seu próprio processo de aprendizagem (CARDOSO et al, 2017). As falas dos profissionais do NASF deixam explícito esse pensamento.

“[...] diante dos problemas que a gente encontra no nosso ambiente de trabalho, a gente vai aprendendo a driblar, encontrar estratégias para passar isso [...]” (E11)

“[...] eu acho que a EPS amplia o meu olhar, vai além do que eu aprendi na minha formação acadêmica, então, como ela amplia esse olhar, ela me capacita para exercer uma atividade multiprofissional [...]” (E10)

As informações das falas dos entrevistados mostram que o aprendizado adquirido durante as práticas de trabalho são fortemente atribuídas à relação entre equipes que trabalham juntas, pois quando essa interação é bem acolhida, as mudanças e transformações dos processos de trabalho acontecem sem traumas, mesmo havendo rupturas dos modos de agir já cristalizados à prática cotidiana. A EPS potencializa esse espaço de troca de experiências construtivas e solidárias.

“[...] eu percebo o quanto o fazer do outro é importante para mim, e para isso eu preciso contribuir para que o trabalho dele seja leve, produtivo, sabe? [...]” (E14)

“[...] essa situação de troca é muito positivo, é um momento de construção, né? [...]” (E5)

“[...] eu saí da graduação e fui direto pro NASF, então eu ainda tinha um olhar muito unidirecional, esse olhar holístico me favoreceu a partir das práticas de EPS, do contato com os profissionais [...].”(E8)

“[...] somos sete categorias profissionais, cada uma com suas abordagens, cada uma com sua visão né? ; E quando a gente tenta fazer um alinhamento emergem discussões extremamente relevantes [...].” (E4)

Percebe-se que além da EPS existe uma valorização pelo trabalho colaborativo entre as equipes, tanto na relação entre os próprios componentes do NASF, quanto entre eles e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa cooperação entre os profissionais é transversal a todo movimento que acontece no ambiente de trabalho, seja na produção de conhecimento científico, na organização dos serviços, ou no atendimento aos usuários.

A formação que se dá no processo de trabalho em saúde, tem caráter relacional, acontece no encontro trabalhador-usuário (intersubjetividade), é reflexiva, repleta de incertezas e descontinuidades, onde é impossível se estabelecer um padrão de desenvolvimento das atividades (MERHY, 2014).

É nesse sentido que a prática interprofissional colaborativa contempla uma característica de equipes integradas, as quais reconhecem o papel profissional das diferentes áreas, agem com respeito mútuo, interdependência e complementaridade dos saberes e confiança (D’AMOUR et al., 2008).

“[...] eu não sei dizer se foram a partir da EPS, mas eu acredito que a proposta de matriciar a EPS, mudou muito meu desempenho. Em outro contexto de trabalho eu não teria a postura que eu ganhei no NASF [...].” (E10)

“[...] uma das ferramentas do NASF é o apoio matricial e isso condiz com a proposta da EPS, eu colaboro com a minha equipe a partir do momento que o meu saber de núcleo se transforma no saber do campo, entende? [...].”(E13)

Segundo Campos (2000), o campo de atuação é o espaço comum das práticas dos profissionais da saúde que se desenvolvem por meio da clínica ampliada, e já o núcleo são as ações específicas das categorias profissionais implicadas no cuidado em saúde. Essas duas dimensões são imperativas para a implementação das práticas colaborativas, pois favorecem a construção de práticas comuns, com ênfase nas necessidades de saúde peculiares de cada território.

Neste contexto, a seara da EPS é muito fecunda para fortalecer as relações entre os profissionais, possibilita a construção de vínculo, compromisso com o trabalho e com as pessoas que compõe o ambiente, além do compartilhamento do conhecimento e corresponsabilidade pela saúde dos usuários.

Em um estudo semelhante (SOUSA, 2014) realizado com enfermeiros da ESF em Sobral-Ce, os resultados encontrados também enfatizam as mudanças ocorridas na socialização com os colegas de profissão e usuários. Essa mudança está associada, tanto aos modos de resolubilidade das ações nos serviços, quanto às relações interpessoais que ficaram mais fortalecidas.

Diante da complexidade inerente os serviços de saúde, a necessidade dos EPS surge para consolidar práticas voltadas à resolutividade das demandas de saúde locais. Espera-se a democratização dos espaços de trabalho e o desenvolvimento da capacidade de aprender e ensinar na dimensão do apoio matricial e o atendimento humanizado e, sobretudo, de qualidade (CECCIM, 2004/2005).

Nessa perspectiva, compreende-se a EPS como uma prática transformadora e colaborativa para o enriquecimento do trabalho em equipe, do desempenho profissional e da percepção das peculiaridades de cada situação de saúde vivenciada, já que o processo de saúde/doença está imerso em uma diversidade de determinantes que ultrapassam limites anatômicos e fisiológicos, portanto, o saber precisa ser interdisciplinar.

“[...] a gente ensina quando passa a informação, mas também aprende com o outro que tá recebendo e que tem suas vivências, tem suas riquezas [...].”(E9)

“[...] a gente vai aprimorando de acordo com a necessidade do território, daquela comunidade, é deixar aquelas práticas antigas que não estão sendo melhores, sabe; eu acho que não é transmitir conhecimento e sim procurar se empoderar [...].”(12)

Embora haja uma consonância sobre o aspecto transformador que os momentos de EPS em saúde podem proporcionar, os profissionais do NASF também apontaram uma série de fatores de interferem na articulação das ações e consequentemente prejudicam, tanto o atendimento aos usuários, quanto a relação entre as equipes.

“[...] esse contexto da EPS tem que ser levado um pouco mais a sério, muitos profissionais não entendem aquele momento como sendo um momento de trabalho também né? [...]”(E4)

“[...] para nós seria uma interação que eu considero um pouco baixa, pouca interação entre nós colegas do NASF. Na minha equipe nós temos uma interação muito boa, são 5 categorias. Com relação aos outros NASF's eu posso dizer que pouco conheço[...]”(E5)

“[...] assim, a gente sabe que EPS acontece no serviço, mas eu acho importante um momento só nosso, sabe? Porque, na verdade, ninguém se conhece bem, e por conta dos processos seletivos as equipes vivem mudando quando a gente tá começando a interagir melhor entre nós e a ESF aí tem que começar tudo do zero [...]”(E14)

Os participantes enfatizam que os espaços de EPS, na teoria, são importantíssimos para o aprendizado, fortalecimento da interdisciplinaridade, formação profissional, mas que na realidade do município ainda existem algumas fragilidades que impedem que a EPS seja efetiva e de acordo com a PNEPS.

“[...] assim se a gente for tirado do território para fazer uma EPS vai ficar desfalcado e as gerentes ficam cobrando, a gestão fica cobrando o profissional e a população também[...]”(E2)

“[...] a gente já deixou de realizar um EPS no distrito porque não tinha transporte, a gente faz todo um planejamento na e hora não faz por falta de recurso, eu acho um falta da gestão [...]”(E3)

“[...] eu reconheço o quanto aprendo com o processo de EPS, mas aqui tem que ter é sangue no olho, porque a gerente quer a gente no CSF direto, é impossível, é um número excessivo de equipes, tem sede e distrito. Se você precisar faltar para ir para uma roda de equipe, é capaz de ligarem até pro prefeito. A gente avisa do compromisso que não vai poder ir nesse dia, mas não adianta dizem que não avisamos, a coordenação fica neutra, enfim, se a gente não priorizar o espaço da EP não vamos conseguir uma colaboração nem com a nossa própria equipe[...]”(E13)

Entende-se que este é um processo desafiador, e exige que não só os profissionais envolvidos em campos de prática sejam responsáveis, mas também envolve uma responsabilidade dos gestores, tendo estes a necessidade de afirmar cada vez mais o interesse para a promoção de uma transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa que atenda as necessidades de saúde dos indivíduos cuidados (D'AMOUR et al., 2008).

É importante compreender que o espaço de EPS não acontece, unicamen-

te, pelo desejo dos profissionais se engajarem a um processo, mas, sobretudo, pelo caráter emancipatório que o momento pode produzir, pois nele devem ser compartilhados saberes, experiências e limitações, tanto organizacionais quanto humanas. É nesse sentido que as práticas formadoras e colaborativas são concebidas. Agrupar profissionais em reuniões puramente administrativas não se traduz uma prática colaborativa.

Convém destacar que assumir condutas colaborativas em ambientes de trabalho não representa uma mudança ou ainda, uma adoção de práticas reformuladas que seja fácil (SMITH; CARROL; & ASHFORD, 1995).

É significativo nos resultados do estudo, o reconhecimento do trabalho em equipe, da cooperação entre os pares, isso pode ser compreendido pela semelhança que o trabalho em saúde, tem com a educação, pois ele é centrado no trabalho vivo em ato permanente por isso, é certamente não pode ser capturado, na sua totalidade, pela lógica do trabalho morto expresso em equipamentos e nos saberes tecnológicos compartimentados (MERHY, 2014).

## Considerações

O estudo evidenciou que a Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta que possibilita a (re)construção de práticas de trabalho diversificadas, pautadas na valorização da interdisciplinaridade como estratégia de potencialização do cuidado em saúde. A ação transformadora da EPS é concebida na sua imersão no cotidiano do trabalho, na percepção das subjetividades, nas possibilidades dos encontros que vão além dos saberes tecnológicos endurecidos.

Quanto ao desempenho e mudanças ocorridas no processo de trabalho dos profissionais do NASF, com base nos depoimentos apresentados, percebe-se a existência de um aprimoramento dos conhecimentos científicos, das habilidades técnicas, do crescimento enquanto profissional da saúde, adquiridos em momentos de EPS.

É significativa, diante dos relatos, a importância da colaboração interprofissional, quando as equipes trabalham de forma integrada e colaborativa, as necessidades dos usuários são atendidas com maior resolutividade, isso reflete na melhoria da qualidade dos serviços.

Desse modo, EPS vêm trilhando o caminho para tornar os espaços promotores de saúde cada vez mais participativos, criativos e democráticos. E isso caracteriza o enfrentamento de condutas divergentes às inquietações que fomentaram a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS.

Vale ressaltar que estes resultados aqui discutidos trazem apenas alguns aspectos inerentes ao conteúdo da pesquisa, e que esta se configura como o início de uma análise reflexiva que deverá provocar inquietudes em busca de novos esclarecimentos sobre as questões que permeiam o universo da Educação Permanente em Saúde e o seu papel na construção da colaboração interprofissional.

## Referências

ANJOS, T.C.; DUARTE, A.C.G.O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1988)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**,

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012**

Resolução 466/2012 (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Portaria GM/MS 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.996 [completar a referência]**

BOMFIM, E.S; OLIVEIRA, B.G; ROSA, R.S; et al. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? **Rev Fund Care Online**. 2017 abr/jun; 9(2):526-535. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v9i2.526-535>

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2000;5(2):219-30.

CARDOSO, M.L.M.; COSTA, P.P.; COSTA, D.M.; CACO XAVIER, C.; SOUZA, R.M.P. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1489-1500, 2017.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)** 2004/2005; 9(16):161-177.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

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.

DIOGO M.J.D'E. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 280-282, 2004.

FALKENBERG, M.B., MENDES, T.P.L, MORAES, E.P, SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc Saúde Coletiva [serial on the Internet]**, 2014.];19(3):847-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 11 ago 2017.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. [ Editorial ] **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 1, 2008.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 4th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

\_\_\_\_\_, .E.E. **Micropolítica, instituições e governos dos vivos: plataforma de interinveniência a partir da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde, 2013**. disponível em <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2013/11/site-do-emerson-merhy.html>. Acesso em: 11 ago 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/ UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008.

PUGGINA, C.C.; AMESTOY, S.C.; FERNANDES, H.N.; CARVALHO, L.A.; BÁO, A.C.P.; ALVES, F.O. Educação Permanente em Saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros **Revista espaço para a saúde**. Londrina. v. 16. n. 4. p. 87-97. out/dez, 2015

SILVA, D.J.; ROS, M.A. da Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Palhoça, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

SMITH, M.; CARROL, S.; ASHFORD, S. K. Intra- and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. **Acad Manage J**, v.38, p.:7-23. 1995.

SOARES, C.H.A. et al. Sistema Saúde Escola do Município de Sobral (CE). In: **SANARE Sobral**, v. 7, n. 2, p 7-13, jul./dez. 2008.

SOUSA, M.S.T. **Educação permanente em saúde: desafios e possibilidades segundo os enfermeiros da estratégia saúde da família de Sobral-Ce**.102f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)- Rede Nordeste de Formação em saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2014.



# Sobre os autores

15

## **Adriana Barin de Azevedo**

Doutora em Psicologia Clínica, Professora Afiliada da UNIFESP – Baixada Santista

## **Alcindo Antônio Ferla**

Médico, doutor em educação. Professor dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Ufrgs), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Pesquisador em saúde coletiva e ensino e educação na saúde.

## **Alisson Mauricio Monteiro**

Psicólogo, mestrando do Programa de Pós-graduação stricto-sensu em Ciências da Saúde - UNOCHAPECÓ.

## **Andreas Rucks Varvaki Rados**

Mestre, Coordenador da Clínica de Odontologia Ampliada – Univates

## **Andrea da Costa Silva**

Doutoranda em Educação. Universidade Estadual do Ceará

## **Andressa Antônia Trizotto**

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ

## **Braulio Nogueira de Oliveira**

Mestre. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano-Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS

## **Bruna Maria Bezerra de Souza**

Mestra em Gestão e Economia da Saúde. HRDM

## **Carla Bertuol**

Doutora em Psicologia Social, Professora Adjunta no curso de Psicologia da UNIFESP – Baixada Santista

## **Carlos André Moura Arruda**

Doutor em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará

## **Cláudio Claudino da Silva Filho**

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especializando em Preceptoria para Residências no Sistema Único de Saúde pelo Hospital Sírio Libanês. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS/CNPq). Integrante do coletivo de coordenação do VER-SUS Oeste Catarinense. Professor Adjunto dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Pedagogia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC

### **Daiene Rosa Gomes**

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia.

### **Eduardo Guadagni**

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Paraíba - Univap

### **Fiamma do Amaral Diaz**

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia -UFU

### **Gabriel Calazans Baptista**

Psicólogo. Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisador das áreas de planejamento em saúde, participação social e educação em saúde.

### **Gabriel Trevizan Correa**

Mestrado em Odontologia/Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Odontólogo na U. S. Prisional do Apanhador da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul.

### **Gelvani Locateli**

Nutricionista, mestranda do Programa de Pós-graduação stricto-sensu em Ciências da Saúde - UNOCHAPECÓ

### **Glauca Posso Lima**

Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará

### **Ingrid Freira Silva**

Mestre. Prefeitura Municipal de Sobral.

### **Jaqueline Mergen**

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Paraíba - Univap

### **Jean Wilian Bender**

Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC

## **Jessica Lourenço Carneiro**

Enfermeira. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

## **Joyce Hilario Maranhão**

Psicóloga. Psicopedagoga. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará

## **João Benício Almeida**

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Paraíba - Univap

## **Juliana França da Mata**

Médica, Doutora e Mestre em Oncologia Pediátrica, Professora Adjunta da Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora do Centro de Simulação Realística do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

## **Julio Cesar Schweickardt**

Doutorado em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz, Brasil(2009)  
Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

## **Juleimar Soares Coelho de Amorim**

Fisioterapeuta, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

## **Kátia Goretti Veloso Lins**

Mestra em Educação do Ensino na Área de Saúde. HRDM.

## **Kellinson Campos Catunda**

Especialista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Universidade Estadual do Ceará-UECE.

## **Letícia Dal Magro**

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapicó - UNOCHAPECÓ.

## **Lídia Helena Bezerra Azevedo**

Nutricionista. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará

## **Lúcia Conde de Oliveira**

Doutora. Universidade Estadual do Ceará-UECE.

## **Lídia Helena Bezerra Azevedo**

Nutricionista. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará

## **Maria Gorethe Alves Lucena**

Mestra em Avaliação em Saúde. HRDM.

## **Maria de Fátima Rodrigues dos Santos Godoi**

Especialista em Gestão em Saúde. V Regional de Saúde

## **Maria Juliana Vieira Lima**

Psicóloga. Especialista em Pediatria pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará

## **Maria Marlene Marques Ávila**

Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará

## **Maria do Socorro de Sousa**

Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará

## **Maria das Graças Barbosa Peixoto**

Mestre em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará

## **Maurício Fernando Nunes Teixeira**

Doutor, Professor do Curso de Odontologia - Univates

## **Maurício Lourenção Garcia**

Doutor em Psicologia Clínica, Professor Adjunto no curso de Psicologia da UNIFESP - Baixada Santista

## **Marcelo Nunes de Lima**

Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília (UnB), Professor Voluntário da UnB na Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem, Coordenador do Centro de Simulação Realística do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

## **Mônica Padilha**

Médica. Coordenadora de Capacidades Humanas para a Saúde do escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

### **Mússio Pirajá Mattos**

Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Farmacêutico e Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia.

### **Natália Ferreira Silva**

Discente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia -UFU

### **Natanael Chagas**

Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ.

### **Nicole Geovana Dias Carneiro**

Médica de Família e Comunidade e Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia - UFU

### **Odete Messa Torres**

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade Federal de Brasília

### **Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha**

Doutora, Professora do Curso de Psicologia - Unisc

### **Paula V. Carnevale Vianna**

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Paraíba - Univap

### **Paloma Santana Santiago**

Discente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia -UFU

### **Reila Leliana Tenório de Holanda Rodrigues**

Mestra em Gestão e Economia da Saúde. HRDM

### **Thiago Costa**

Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI.

Nesta coletânea, organizamos capítulos que articulam a experiência de ensino em coletivos de aprendizagem social, demonstrando o movimento dos objetivos declarados à ação material na realidade, ou seja, de uma ação coletiva construída em condições concretas de exercício laboral.

A nossa motivação foi o efeito particular dessa ação laboral feita coletivamente e em serviço: há um efeito pedagógico da aprendizagem colaborativa na interação entre núcleos e identidades profissionais em consolidação, nas experiências sistematizadas e articuladas nesse volume.



ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801