

Série Vivências em Educação na Saúde

PRÁTICAS COMPARTILHADAS E EXIGÊNCIAS DE INTERAÇÃO: ENVOLVIMENTO E TROCAS EM EQUIPE NA SAÚDE

ORGANIZADORES:

Ricardo Burg Ceccim
Gabriel Calazans Baptista
Alcindo Antônio Ferla
Júlio Cesar Schweickardt

Vivências em Educação na Saúde

ORGANIZADORES:

Ricardo Burg Ceccim
Gabriel Calazans Baptista
Alcindo Antônio Ferla
Júlio Cesar Schweickardt

PRÁTICAS COMPARTILHADAS E EXIGÊNCIAS DE INTERAÇÃO: envolvimento e trocas em equipes na saúde

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA

editora

redeunida

COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA
Túlio Batista Franco

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimaraes, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

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
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
Júlio 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 Lanús, Argentina
Lisiane Bøer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Bezerra 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 Terezinha 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 Kodjaoglianian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Maria da 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

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C387p

Ceccim, Ricardo Burg (org.) et al. Práticas compartilhadas e exigências de interação: envolvimento e trocas em equipe na saúde / Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Gabriel Calazans Baptista, Alcindo Antônio Ferla e Júlio Cesar Schweickardt. 1. ed. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020

1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020.
ISBN (Eletrônico): 978-65-87180-07-6

154 p. - (Série Vivências em Educação na Saúde; v.14) E-book: PDF.
DOI: 10.18310/9786587180076

1. Interprofissionalidade. **2.** Formação em Saúde. **3.** Gestão em Saúde. **4.** Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180006

CDD 610:344.041
DU 61:316.454.54

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Problemas sociais e serviços: pessoal médico e suas atividades, problemas na prática da medicina.
2. Medicina: Interação em grupos

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, Nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

Vivências em Educação na Saúde

A série Vivências em Educação na Saúde veicula estudos, pesquisas e relatos de experiências que percorrem as distâncias entre as orientações que constam nas diretrizes legais e conceituais para a educação e o trabalho no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um tema cujo debate contemporâneo tem salientado a construção de novas práticas acadêmicas e a internalização de novas posturas profissionais, tendo como objeto as políticas de educação e saúde. As políticas nacionais de educação na saúde vêm induzindo processos de mudança na formação dos profissionais da denominada "área da saúde". No entanto – para além da carga horária e da organização dos conteúdos obrigatórios – o perfil dos egressos de cursos superiores e técnicos, com escassas mudanças até o presente, é o que deve estar no centro da discussão. Por meio desta série se quer oportunizar espaço de socialização de conhecimento útil à gestão e às instituições formadoras, mostrando experiências potentes em educação na saúde, novos olhares e conhecimentos emergentes.

PRÁTICAS COMPARTILHADAS E EXIGÊNCIAS DE INTERAÇÃO: envolvimento e trocas em equipes na saúde

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Organização Pan-americana da Saúde, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia, Campanha "e-livro, e-livre" da Editora Rede Unida.

REVISORES:

Alcindo Antônio Ferla, Denise Bueno, Erica Rosalba Mallmann Duarte, Gabriel Calazans Babbista, Julio Cesar Schweickardt, Luciano Bezzerra Gomes, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Ricardo Burg Ceccim, Odete Torres Messa

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

CECCIM, Ricardo Burg (org.) et al. Práticas compartilhadas e exigências de interação: envolvimento e trocas em equipe na saúde. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Vivências em Educação na Saúde, v.14). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-07-6.

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA

SUMÁRIO

- 1 Apresentação: Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: práticas compartilhadas e exigências de interação em equipe na saúde** (Mónica Padilla) **08**
 - 2 Práticas compartilhadas na interação em equipe como dispositivo de desenvolvimento do trabalho em saúde** (Ricardo Burg Ceccim, Gabriel Calazans Baptista, Alcindo Antônio Ferla, Júlio Cesar Schweickardt) **15**
 - 3 Um ensaio sobre a experiência de gestão em residência multiprofissional em saúde da família no extremo sul do Brasil: ondas inconstantes** (Alan Goularte Knuth) **26**
 - 4 Análise de dados para o SUS: relato de uma experiência interprofissional** (Bianca Borges da Silva Leandro, Flávio Astolpho Vieira Souto Rezende) **38**
 - 5 Caminhos e desafios para a formação interprofissional em saúde num centro de reabilitação de uma universidade pública no Brasil** (José Gutemberg de Vasconcelos Bezerra, Cristina Camelo de Azevedo, Josineide Francisco Sampaio) **51**
 - 6 O interprofissionalismo na atenção primária em saúde: uma experiência do núcleo de apoio à saúde da família** (Inês Dolores Teles Figueiredo, Geanne Maria Costa Torres, José Auricélio Bernardo Cândido, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Lúcia Helena Gonçalves Martins) **62**
 - 7 A formação interprofissional na extensão universitária: relato de experiência** (Carla Santos Grosskopf, Chaiane dos Santos, Fabíola Hermes Chesani, Larissa Fadel, Letícia Corrêa Ferreira, Marcia Aparecida Miranda de Oliveira, Nara Cavalcante Serpa, Nathalia Corrêa Vieira, Pyetra Prestes Negretti) **72**
-

-
- 8** **Preceptoria em serviço na rede de urgência e emergência: trilhando novos caminhos para a formação em saúde** (Tamires Alexandre Félix, Eliany Nazaré Oliveira, Maria do Socorro de Araújo Dias) **87**
- 9** **As oficinas terapêuticas como estratégia de cuidado à saúde mental na atenção básica** (Valéria Baccarin Ianski, Roseli Mai, Camila Fabiana Lemos Francescato, Karla Renata de Oliveira, Adriane Cristine Oss Emer Soares Alpe, Elisiane Bisognin) **98**
- 10** **Tem que ter “pic”! Programa interdisciplinar comunitário: espaço de potência para a formação interprofissional em saúde** (Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, Rúbia Mara Maia Feitosa Wanderley Fernandes da Silva) **108**
- 11** **Unindo preceptores e tutores das residências médica e multiprofissional em um curso de formação pedagógica** (Edna Regina Silva Pereira, Sebastião Benício da Costa Neto, Lúcia Inês de Araújo, Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, Alessandra Vitorino Naghettini, Maria Goretti Queiroz) **121**
- 12** **Relato de experiência de um grupo tutorial do pet vigilância em saúde** (Valeria de Carvalho Araújo Siqueira, Bruce Daniel de Queiroz, Jenniffer Francielli de Sousa Alves, Lvia Alves da Silva, Ludmilla Campos Fernandes Silva, Rafaella Vila Moraes) **137**
- 13** **Sobre os Autores e Autoras** **147**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: *práticas compartilhadas e exigências de interação em equipe na saúde*

01

Mônica Padilla

Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde
/ OPAS/OMS Brasil

0 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 ambulatórios 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.

O 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 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 a próxima 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.

O 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 idiossincrasias 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, integração 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 de práticas compartilhadas e exigências de interação: envolvimento e trocas em equipe na saúde. Está composto por 10 capítulos, 48 autores e nove Estados pertencentes à quatro regiões do país. A obra articula o atuar em parceria no interior das organizações de saúde, implicando formadores, gestores e trabalhadores. Aponta a organização de saúde e a instituição formadora em redes de trocas, consoante a qualificação da atenção/cuidado e da gestão de sistemas e serviços, atividades de extensão universitária, inclusive a extensão comunitária, a formação de preceptores e tutores de residência, inclusive a qualificação da gestão da residência, e o destaque aos grupos tutoriais com o exemplo da vigilância em saúde.

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. 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. Acesso em 05/03/2019.

Práticas compartilhadas na interação em equipe como dispositivo de desenvolvimento do trabalho em saúde

02

Ricardo Burg Ceccim
Gabriel Calazans Baptista
Alcindo Antônio Ferla
Júlio Cesar Schweickardt

○ Introdução

A Associação Brasileira Rede Unida (Rede UNIDA) tornou pública uma chamada de manuscritos para compor uma coletânea em livro de textos sobre o que nos apontariam as experiências locais sobre a aprendizagem e o desenvolvimento de práticas interprofissionais no cotidiano do ensino de graduação e do ensino técnico, permitindo o compartilhamento de experiências refletidas ou teorizadas para o alcance da colaboração interprofissional. As submissões poderiam abarcar apresentação de tecnologias e metodologias formativas, avaliação de iniciativas, ensaios teóricos e empíricos, articulações interinstitucionais, interações ensino de graduação ou ensino técnico e rede de saúde, residências médicas e em área profissional da saúde e implantação do núcleo comum das Diretrizes Curriculares Nacionais, entre outras práticas colaborativas na educação e no trabalho interprofissional em saúde. A iniciativa foi integralmente acompanhada pela Organização Pan-Americana da Saúde.

A submissão de manuscritos sobre a temática da interprofissionalidade foi surpreendente em termos de volume de trabalhos recebidos. Foram mais de 60 textos, com mais de 200 autores, provenientes de todas as regiões brasileiras, além de experiências internacionais. A formação interprofissional no cotidiano, segundo as experiências locais, permitiu produções autorais expressivas de resultados de pesquisas teóricas ou empíricas, relatos de experiência, ensaios e análises de projetos de intervenção na área da formação profissional de graduação ou técnica na saúde. Atenderam características de análise interdisciplinar e transversal às grandes áreas de conhecimento das ciências da saúde, sociais e humanas, em particular tocantes ao campo da saúde coletiva. A produção teórica resultante pode contribuir à reflexão sobre políticas de indução do caráter interprofissional à formação e ao fortalecimento do trabalho no Sistema Único de Saúde.

O volume de manuscritos recebidos e a quantidade de textos aprovados para a temática fez com que a Comissão Editorial da chamada reprogramasse a proposta de coletânea em um volume para quatro volumes, agrupando as contribuições e distribuindo as autorias por procedência regional e institucional. Com quatro livros assim organizados visou-se contribuir mais densamente à reflexão no campo das políticas públicas educacionais e de saúde, tendo em vista a educação e a prática em equipes sob ação colaborativa, a integralidade do cuidado e a resolutividade assistencial com elevada qualidade e responsabilidade. Além dos manuscritos rejeitados, outros foram indicados para publicação na Revista Saúde em Redes em virtude do seu conteúdo e formato. A revista é uma aposta da Rede Unida na área do ensino da saúde. Os textos para as coletâneas foram organizados de modo a dialogar com o desenvolvimento do ensino e da avaliação do ensino, abordando: o ensino cooperativo e a aprendizagem baseada no trabalho; o aprender com a prática e o atuar em coletivos; as práticas compartilhadas e as exigências de interação; e, por fim, o trabalhar e o aprender em colaboração interprofissional.

A iniciativa fez parte de um projeto de pesquisa intitulado “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”, que busca escutar as iniciativas do cotidiano para sistematizar e analisar metodologias e tecnologias que não surgem apenas como resposta às políticas e teorias. A pesquisa é desenvolvida pela Associação Brasileira da Rede Unida, em articulação com pesquisadores de diversas instituições, e 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.

Este volume, sobre as práticas compartilhadas e as exigências de interação na saúde, enfocou o envolvimento e as trocas que ocorrem em equipe. Esta coletânea reuniu 49 autores entre profissionais de ciências sociais, educação física, enfermagem, estudos sociais, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva e terapia ocupacional. Dentre os autores, também estudantes, estes das áreas de biologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e saúde coletiva. A coletânea contempla 4 regiões geopolíticas nacionais, envolvendo 08 estados da federação. A obra articula o atuar em parceria no interior do ensino e da saúde, implicando formadores, gestores e trabalhadores. Aponta as organizações de saúde e as instituições formadoras em redes de trocas, consoante a qualificação da atenção/cuidado e da gestão de sistemas e serviços, atividades de extensão universitária, inclusive a extensão comunitária, a formação de preceptores e tutores de residência, inclusive a qualificação da ges-

tão da residência, e o destaque aos grupos tutoriais no ensino de graduação com o exemplo da vigilância em saúde.

O campo da interprofissionalidade

Há distinção entre Educação Interprofissional e Prática Interprofissional, havendo em comum a incidência sobre o campo profissional. A Educação Interprofissional contribui à melhor formação para as práticas profissionais, compreensão do papel das diferentes profissões e apreensão de métodos de escuta/interpretação constante do rol de habilidades de diferentes profissões, além de construir horizontalidade e honesto respeito à pluralidade de profissões no fazer atencioso em saúde. A Prática Interprofissional congrega as ações colaborativas que devem estar previstas no trabalho em equipe, no trabalho compartilhado, nas trocas em ato no trabalho vivo e nas circunstâncias cooperativas e protegidas em busca da melhor conduta em cada caso, consideradas particularidades, singularidades e multiplicidades em saúde individual, coletiva e comunitária. Os grupos de estudos no mundo estão fundamentalmente vinculados ao Reunido Unido, ao Canadá e à Austrália, as produções escritas são encontradas em inglês e francês. O salto obtido pelo tema decorre de 2 iniciativas, ambas relativas aos 100 anos do Relatório Flexner (1910-2010) e os desafios da educação dos profissionais de saúde no século XXI: a Comissão Especial da revista *The Lancet* sobre a Educação Médica no Novo Século e o Quadro de Referência da Organização Mundial da Saúde à Formação de Profissionais no Novo Século.

Dentre as referências internacionais no Reino Unido, Canadá e Austrália estão, no Reino Unido, o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional - Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) e a Rede de Educação Interprofissional Europeia - European Interprofessional Education Network (EIPEN); no Canadá, o Núcleo de Educação e Prática Interprofissional - Office of Interprofessional Education and Practice (IPEP)/Universidade de Ontário Ocidental e o Grupo de Estudos sobre Colaboração Interprofissional da Escola de Saúde Pública - École de santé publique/Universidade de Montreal; e, na Austrália, a Rede Australiana de Prática e Educação Interprofissional - Australian Interprofessional Practice and Education Network (AIPPEN) e a Colaboração Canadense para a Saúde Interprofissional - Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). O Programa de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa da Organização Mundial da Saúde foi retomado para contribuir no fortalecimento dos sistemas de saúde e no tratamento do desafio mundial da força de trabalho de saúde, hoje organizado em três Grupos de Estudos: educação interprofissional; práticas colaborativas; e estruturas de suporte em sistemas de saúde (OMS, 2010).

O acercamento intelectual e experiencial na experiência brasileira revela ex-

periência acumulada na educação interprofissional, nas práticas colaborativas na atenção básica e na atenção psicossocial, e no gerenciamento/avaliação das políticas de atenção no caso da Atenção Básica, Saúde Mental, Humanização e Urgência/Emergência, mas enfaticamente dos profissionais de educação superior. Um avanço necessário envolve os profissionais do nível médio, atuando em colaboração interprofissional entre si e com os profissionais de nível superior. Há um grupo particular à educação e prática interprofissional no Brasil, entre os trabalhadores do nível médio, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias. As aproximações ao conhecer e propor envolvem a educação interprofissional e a prática interprofissional ou práticas colaborativas, abrangidas pela designação colaboração interprofissional. A interprofissionalidade desponta como uma emergência da transversalidade das dimensões cognitiva (interdisciplinaridade), pragmática (colaboração) e subjetiva (afetiva). Colaboração Interprofissional e Interprofissionalidade não deveriam ser tomados como termos sinônimos, mas o esforço de simplificar termos, tem resultado no uso equivalente.

○ Lacunas e características encontradas

Das submissões aprovadas, 50% foi proveniente da região Nordeste, 20% da região Sul, as regiões sudeste e centro-oeste, onde estão as unidades federadas mais populosas na federação - Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal - apresentaram, cada uma, 13% das submissões aprovadas e a região Norte 4% do total. Quanto às instituições dos autores, a maioria (63%) foi produção de universidades públicas federais e estaduais, com predomínio das federais. Em seguida, vieram as universidades privadas (19%), escolas de saúde pública ou escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (10%) e serviços ou sistemas de saúde (8%). As coletâneas reuniram principalmente experiências de Educação Permanente em Saúde (22%) e de Residência Multiprofissional em Saúde (17%). Na sequência, vêm diversas experiências que articulam extensão universitária e comunitária, projetos de vivência multiprofissional e interdisciplinar, temas interdisciplinares de formação, disciplinas integradoras na graduação e ligas acadêmicas. Dois tópicos ainda são marcantes: 2 originais sobre Apoio Matricial e 2 originais que trouxeram o nível médio à cena.

Pode-se arrolar que a experiência brasileira vem relatada, epistemologicamente, com os termos da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e trabalho em equipe-integração. Verifica-se a ênfase na equipe e na composição do trabalho com a presença dos vários profissionais em colaboração e uma pragmática do trabalho vivo em ato, assim como a ênfase na intersecção e intercessão de conhecimentos e dispositivos de intervenção, mesclando aspectos cognitivos e afetivos, educação do olhar e da sensibilidade. Essa anotação diz respeito a um acúmulo de experiências sem a referência conceitual ou epistemológica da colaboração interprofissional, nos termos dos estudos interna-

cionais que marcam propostas de formação, desenvolvimento do trabalho e desenvolvimento dos sistemas de saúde. A lacuna não está na falta de experiência ou de formulação de políticas, seja de ensino, seja de gestão ou trabalho assistencial/cuidador, mas na inclusão da colaboração interprofissional como dispositivo de desenvolvimento do trabalho, sua gestão formal, financiamento e remuneração, indicador nos parâmetros de acreditação da qualidade e auditoria dos desfechos em saúde. Educação Permanente em Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde, Apoio Matricial e Itinerário Formativo na Educação Profissional de Nível Médico são grandes estratégias brasileiras de reorientação da modelagem tecnoassistencial em busca da consolidação do Sistema Único de Saúde, bastante imbuídas da colaboração interprofissional.

A Educação Permanente em Saúde caracteriza a educação do trabalho, indicando tanto a profissionalização para a inserção no mundo do trabalho como a profissionalização no trabalho, aperfeiçoando-o em equipe e junto aos usuários. A Educação Permanente em Saúde envolve a formação no campo das transformações profissionais e construção de lógicas colaborativas de/em equipe (SCHWEICKARDT; LIMA; CECCIM; FERLA; CHAVES, 2015). Na proposta da Educação Permanente em Saúde estão presentes os temas da Integralidade, Humanização e trabalho em Equipes-Integração. Santos e Ceccim (2019) formularam a noção de educo(trans)formação em busca de reunir ensino e aprendizagem mediados por mutação, não o treinamento, adestramento ou aquisição formal de habilidades ou prerrogativas de diplomação.

A Residência Multiprofissional em Saúde, uma modalidade de formação com forte protagonismo nacional, não encontra paralelo no mundo com a disseminação e abrangência verificada no Brasil e com a ênfase na colaboração interprofissional como se verifica no país. Nas Residências Multiprofissionais em Saúde estão presentes os conceitos de Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas, área profissional em oposição à área de especialidade, integração entre formação e sistema de saúde, integração entre ciências e humanidades, transversalidade da saúde coletiva e segurança do paciente. Também são encontradas as designações Residências Integradas e Residências Integradas Multiprofissionais, que servem à reunião de várias categorias profissionais (no mínimo três), articulação das tradicionais residências médicas com as residências em área profissional da saúde e proposta pedagógica do currículo integrado (CECCIM; FERLA, 2018).

O Apoio Matricial, um conceito da saúde coletiva brasileira que se estrutura em equipes de referência e equipes de retaguarda técnico-pedagógica, envolve o papel de acolhimento e vínculo longitudinal com os usuários e estabelece o apoio e sustentação a essas equipes de referência (SALDANHA, 2014). A equipe de referência é composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, técnico em enfer-

magem e agente comunitário de saúde, que precisam funcionar como equipe-integração. Esta equipe, quando ampliada, inclui cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal. A equipe de apoio matricial é composta por pelo menos três outros profissionais, entre assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, profissionais com formação em arte e educação, psicólogos, sanitaristas (graduado na área de saúde coletiva ou com pós-graduação em saúde pública ou coletiva), terapeutas ocupacionais e médicos veterinários, além de especialidades médicas que não o médico de família e comunidade: ginecologistas/obstetras, pediatras, internistas (clínica médica), psiquiatras, geriatras, do trabalho, homeopatas e acupunturistas.

O Itinerário Formativo na Educação Profissional de Nível Médio nasceu da necessidade de incorporar e profissionalizar diversas ocupações laborativas no sistema de saúde, tais como Agente Comunitário de Saúde, Agente de Controle de Endemias, Técnico em Saúde Bucal, Técnico em Registro e Informação em Saúde, que não estão disponíveis no mercado de trabalho e não há suficiente e adequada distribuição de escola públicas ou privadas de formação, enquanto muitas de suas funções são desempenhadas mediante desvio de função de outros trabalhadores ou ocupações desprofissionalizadas. O Itinerário Formativo foi uma maneira de articular formação mediante a articulação de jornadas escola e jornadas serviço e emissão de certificados por etapas formativas, o que caracteriza o nível de competências formais que podem ser assumidas até o cumprimento total do percurso formativo. A modalidade somente é possível pela integração em equipes de sustentação e colaboração (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Quanto à apropriação e abarcamento de conteúdo, temas como quadro de referência em educação interprofissional e quadro de referência em prática interprofissional não estão consolidados no Brasil. Um marco lógico à educação e às práticas profissionais em saúde no século XX e desafios para o século XXI não despontam à formulação da colaboração interprofissional e crítica à fragmentação de saberes, práticas e posturas. A modificação dos escopos profissionais ainda é tabu e sempre perseguida pela corporação médica, construindo constrangimentos morais e impedimentos legais sistematicamente. Não são problematizadas no dia-a-dia as necessárias ressingularizações das práticas e articulação das dimensões cognitiva, afetiva e pragmática do trabalho interprofissional na saúde. Não são estabelecidas referências aos impactos da interprofissionalidade na qualidade do cuidado e resolutividade da atenção. Não são traçados parâmetros de reflexão e ação quanto à saúde/satisfação do trabalhador, não são enunciados indicadores de satisfação do usuário e não há o cotejamento de conceitos e indicadores internacionais com os conceitos e indicadores nacionais, assim como é insuficiente a formulação de critérios brasileiros à disseminação internacional da colaboração interprofissional.

○ Colaboração interprofissional, interação de equipe e desenvolvimento do trabalho na saúde

Na coletânea sobre práticas compartilhadas na interação em equipe como dispositivo de desenvolvimento do trabalho em saúde, encontramos várias frentes de contribuição à ação em educação interprofissional e prática colaborativa, independentemente de consolidar teorias e métodos à colaboração interprofissional ou interprofissionalidade. Como a chamada de textos assinalava, há uma demanda mundial por reorganizar os sistemas de saúde e mudar a formação dos profissionais. A promoção da saúde, o acolhimento universal da população, a resolutividade assistencial responsável (não apenas a prescrição de uma conduta ou medicamento) exigem a desconstrução do pensamento conservador e reativo ao momento contemporâneo dos fluxos e redes. Não há como supor um sistema de formação que se desapegue das questões profundamente sensíveis em corpos, existências e subjetividades, restringindo-se aos aparelhos e sistemas anatomopatológicos ou de neurotransmissão. Não há como supor um sistema de atenção de altos custos, centralizado em grandes centros urbanos de modo a assegurar o preenchimento de vagas assistenciais e capaz de cobertura clínica sem conexão os modos de levar e sentir a vida, os afetos, as culturas, a ancestralidade, as ecologias interconectadas homens-animais-ambientes.

A Organização Mundial da Saúde alerta que as respostas para um mundo em mudança passam pelos sistemas de saúde e de educação, não se tratando de um problema simplesmente tecnológico e organizacional. O foco biomédico encontra limites diante de uma subjetividade humana que não cessa de se mover em desejo, vibração e sentidos ou em comunicação, afetos e cognição. A arte mostra sistematicamente sua força de interpretação e intervenção em saúde que supera os contornos biopolíticos e biopedagógicos. Enfrenta-se a falta de profissionais em vários lugares e a distribuição das várias categorias profissionais não é segura, de modo que os perfis profissionais, tal como impostos pelo positivismo em ciência e profissões, precisa ser atravessado pelos saberes da interdisciplinaridade, da complexidade, das ciências rizomáticas e nômades. Os formuladores de políticas públicas precisam estratégias inovadoras em políticas e programas de atenção e cuidado para “convocar” a força de trabalho em saúde à presença e à colaboração.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza a situação atual da colaboração interprofissional no mundo, tendo em vista estratégias e ideias que fortaleçam a educação interprofissional e a prática colaborativa que serão mais potentes em intervir em situações de saúde, preservando-se a base territorial da ação, sem perder a segurança do paciente. A educação interprofissional lida com o fato de que os sistemas de saúde são fragmentados e de que há dificuldade no gerenciar necessidades de saúde que não vêm atendidas nos atuais modelos tecnoassistenciais. A integração entre sistemas de saúde e área da formação é uma das condições para coordenar

ações de desenvolvimento da força de trabalho e do trabalho em saúde. Processos de mudança abarcam educação dos profissionais, dos docentes e dos pesquisadores, apoio matricial em rede e apoio institucional, reorganização de currículos e didáticas, aprendizados de campo conceitual e inovação em lógicas de avaliação, abandono da lógica reativa e acolhimento ativo da criação em ato do trabalho.

O que se recolheu da experiência brasileira com a submissão de textos envolveu a colaboração interprofissional mediante textos sobre a Educação e prática interprofissional, Práticas compartilhadas e interação em equipe e Experiência interprofissional, abrangeu Caminhos e desafios para a formação interprofissional em saúde, residências médica e multiprofissional, formação pedagógica de preceptores/tutores e abordou o Desenvolvimento do trabalho em saúde, as práticas de cuidado, oficinas terapêuticas e um Programa interdisciplinar comunitário. O conjunto de textos também permitiu a vista aos papéis e desafios da universidade pública no Brasil, a extensão universitária, o grupo tutorial do PET-Vigilância em Saúde e integração ensino-trabalho. A Educação Profissional não ficou de fora. Foi possível constatar as abordagens sobre o Sistema Único de Saúde, a gestão compartilhada IES-SUS em residência multiprofissional em saúde e o tema da análise de dados. Entre os múltiplos focos, sobressaíram atenção primária em saúde, saúde da família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família, centro de reabilitação, urgência e emergência, saúde mental, humanização, brinquedoteca hospitalar E educação popular em saúde.

○ Considerações finais

Os textos apresentados ao Edital e reunidos em *Práticas compartilhadas na interação em equipe como dispositivo de desenvolvimento do trabalho em saúde* mostraram que a colaboração interprofissional qualifica o trabalho, amplia o compartilhamento de tarefas e deveres profissionais, melhora a docência e a aprendizagem, amplia a segurança do paciente, melhora o conforto dos trabalhadores e qualifica a resposta de sistema na formação e na atenção à saúde. A coletânea permitiu reconhecer que os sistemas de ensino e de atenção interferem, podem e devem interferir nas necessidades locais de saúde e, nesse sentido, recriam os territórios em saúde. A coletânea é portadora de ideias e sugestões com base no vivido/experimentado para que formuladores de políticas, docentes, gestores, pesquisadores, residentes e estudantes levem em consideração e saiam provocados às suas respectivas realidades.

Ceccim (2018) coloca que colaboração interprofissional serve à problematização de conexões (desafios) e fronteiras (limites) entre profissões, apontando para o aprender, para o pensamento e para a criação. Também lembra que a atividade real do trabalho somente existe em ato, englobando atividade realizada e real da atividade, isto é, as múltiplas possibilidades não realizadas no decorrer da ação do trabalhador, por isso, a colaboração interprofissional possui um *ethos*

não programável, emergente apenas durante a educação interprofissional ou durante as práticas colaborativas, são as possibilidades vivas do atual, do em ato, a interprofissionalidade. Não se trata de improviso, entretanto, mas de montagem, formação, trabalho de composição entre aprendentes, como já sugeria e apontava Emerson Merhy desde o final dos anos 1990 (MERHY, 1998).

O tema da educação interprofissional e da prática colaborativa conquista, com esta coletânea, mais uma análise e avaliação dos mecanismos que (re)dimensionam a colaboração interprofissional. A coletânea funciona à pesquisa, como uma singular rede de informantes-chave, os autores implicados/convocados (em ponto de escrita) pela temática. Coerente com a literatura internacional, os textos dão acesso à educação interprofissional, à prática colaborativa e aos sistemas de educação e de saúde, carecendo apenas em indicadores e matrizes à auditoria da colaboração interprofissional em sistemas de ensino e de atenção, tendo em vista o incentivo de sua introdução. Cada capítulo aportou exemplo, caminho, vivência e apropriação sensível, muito mais que o letramento científico no assunto. Apontamos o predomínio dos termos da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da equipe-integração, bagagem brasileira relevante e importante. A Educação Permanente em Saúde, as Residências Integradas em Saúde, o Apoio Matricial e a Formação Técnica por Itinerários Formativos Ensino-Serviço foram as possibilidades constantes da coletânea, entre outras constantes nos demais três volumes do mesmo Edital.

Os últimos anos da educação dos profissionais de saúde, no Brasil, especialmente representada pelas lutas da Rede Unida tem sido de construção da integração ensino-serviço-comunidade e interação universidade/escola técnica e sistema de saúde o que favorece a emergência de projetos territoriais singulares e projetos terapêuticos singulares, bastantes próprios à colaboração interprofissional (CECCIM; SOLANO, 2020). Se a experiência internacional tem grande acúmulo na educação interprofissional e sugere que os profissionais e os educadores de saúde devem debater como fazer a transição da educação para o ambiente de trabalho, na experiência brasileira educação e prática interprofissional se mesclam o tempo todo, imagem e semelhança da Saúde Coletiva brasileira e da Educação e Ensino da Saúde (CECCIM, 2007; MARQUES; IANNI; MENDES; MANTOVANI, 2018).

Por fim, cabe apontar que, na vigência do Sistema Único de Saúde, é importante ressaltar a participação dos usuários do sistema de saúde, dos movimentos sociais e dos movimentos dor direitos. Por isso, Ceccim e Feuerwerker (2004) introduziram a noção de Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Isto é, docentes (professores, preceptores, tutores, pesquisadores), gestores (administradores, gerentes, dirigentes, proponentes), cuidadores (terapeutas, técnicos, profissionais) e usuários (comunidades, famílias, grupos sociais, pacientes) estão todos envolvidos no processo de educação e de prática colaborativa. O

Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, da Organização Mundial da Saúde, afirma que, “ao incorporar a educação interprofissional e a prática colaborativa na legislação, nos requerimentos para acreditação e/ou critérios para registro, os formuladores de políticas e líderes de governo podem ser promotores da colaboração interprofissional” (OMS, 2010, p. 34).

Os aspectos da segurança do usuário/pacientes, do conforto/alívio dos trabalhadores, da elevada qualidade assistencial/cuidadora, dos sistemas de educação e de saúde de alto desempenho e da docência prazerosa e instigante vem junto da educação interprofissional e prática interprofissional. Em 1999, quando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos, publicou “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), o embaraço do erro foi posto na mesa de debates, destinando-se, como apontado em Ceccim (2018, p. 1743), “sua compreensão - pelos profissionais, gestores e usuários - como problema da estrutura e administração dos Sistemas e Serviços de Saúde”. O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, da Organização Mundial da Saúde, lembra que o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou, então, “em resposta às questões levantadas sobre segurança do paciente no relatório *Errar é humano*”, em 2003, “um relatório referencial sob o título *Educação de profissões de saúde: uma ponte para a qualidade*”, onde enfatizava as necessidades da educação interprofissional e da prática colaborativa. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Em 2013, o Ministério da Saúde, no Brasil, publicou a portaria que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com texto bastante limitado, segundo estes pontos de vista, mas a segurança dos usuários dos sistemas de saúde “é tema para a importância do trabalho integrado entre os gestores, conselhos profissionais e instituições de ensino e pesquisa, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar” (CECCIM, 2018, p. 1743). A colaboração interprofissional é uma exigência à qualidade do trabalho em saúde e dispositivo ao desenvolvimento do trabalho em saúde.

○ Referências

CECCIM RB. Invenção da Saúde Coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista Estudos Universitários**. 2007; 33(1):29-48.

CECCIM, RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(suppl.2):1739-1749.

CECCIM RB; FERLA AA. Residência integrada em saúde. In: Ceccim RB; Dallegrave D; Amorim ASL; Portes VM; Amaral BP (Org.). **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 227-236.

CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. 2004; 14(1):41-65.

CECCIM RB, SOLANO, LC. Roteiro para confecção do “projeto territorial singular no controle de saúde da Covid-19”. **Curso de Atualização em Coordenação do Cuidado no Enfrentamento do Coronavírus**. Mossoró: UFERSA, 2020. Mimeo, 5p.

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS (Edit.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

MARQUES MCC; IANNI AMZ; MENDES A; MANTOVANI R. A importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde: a contribuição de Madel Luz e Emerson Merhy. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**. 2018; 25(2):353-369.

MERHY EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS; 2010. (Versão em português). Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20

PEREIRA IB; RAMOS MN. Concepções e historicidade da educação profissional em saúde. In: PEREIRA IB; RAMOS MN. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 13-44.

SALDANHA OMFL; PEREIRA, ALB; MEDEIROS CRG; DHEIN G; KOETZ LCE; SCHWERTNER SF; CECCIM RB. Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18(suppl.1):1053-1062.

SANTOS LM; CECCIM RB. Educação do/no trabalho no caso da saúde: micropolítica e o componente imaterial da educo(trans)formação. In: RMC Fernandes (Org.). **Educação no/do trabalho no âmbito das políticas sociais**. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2019. p. 119-136.

SCHWEICKARDT JC; LIMA RTS; CECCIM RB; FERLA AA; CHAVES SE (Org.). **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.

Um ensaio sobre a experiência de gestão em residência multiprofissional em saúde da família no extremo sul do Brasil: *ondas inconstantes*

03

Alan Goularte Knuth

○ **As margens**

O presente ensaio se desenha a partir da experiência como docente de uma universidade pública - a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - junto à gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). O cenário que permite tal narrativa e análise perpassa as atribuições de professor, tutor, orientador, coordenador adjunto e coordenador deste mesmo programa de residência, no interstício de cinco anos, até os dias atuais. As atividades ocorreram de forma sobreposta, mas predominam as análises enquanto gestão.

Como já manifestado anteriormente, em uma obra produzida a partir do mesmo cenário e coletivo, a RMSF, acerca do trabalho exercido junto às residências multiprofissionais em saúde:

Recentemente ao dialogar com um colega pesquisador de outra universidade sobre as dificuldades e pressões do meio acadêmico, este questionou: "Mas então porque seguir na residência?"; a resposta foi "pois esta é a melhor maneira de docentes da universidade estarem próximos do SUS". E, indubitavelmente, para docentes das Instituições de Ensino Superior (IES) não oriundos da área médica, a experiência das RMS é um canal desafiador, pois coloca o profissional em constante troca com o SUS e ainda o cobra por produção de qualidade em um cenário que não despertou o suficiente para tal (KNUTH, 2017, p.41)

É diante desta percepção apresentada, da consolidação da Saúde Coletiva e da aposta nas residências multiprofissionais como estratégia de defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que nos atrevemos a este ensaio sobre uma experiência de intervenção junto a um cenário prático do sistema, o qual envolve formação e atuação no cotidiano na atenção básica à saúde no município de Rio Grande - RS, Brasil.

Dessa maneira, o capítulo tem as seguintes pretensões: descrever a RMSF enquanto uma intervenção de formação interprofissional no cotidiano do SUS, evidenciar e analisar dois eixos de tensões vivenciadas no período de 2012-2017 e sumarizar com algumas potências esta experiência vigorosa.

○ Ondas inconstantes: a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)

Com carga horária total de 5760 horas, a RMSF é proposta pela FURG e conta com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande/RS, enquanto garantia de cenário de prática. A partir de ingresso anual por processo seletivo público, duas vagas para enfermagem, uma para psicologia e uma para educação física; a RMSF já esteve em diferentes Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município, são elas: CAIC, São João, Castelo Branco e São Miguel. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Rio Grande encontra-se na ordem de 50% da população e, ainda, em crescimento.

A conexão interprofissional, a formação e a orientação dos residentes pela composição de três núcleos profissionais dentro da universidade: educação física (Instituto de Educação), enfermagem (Escola de Enfermagem) e psicologia (Instituto de Ciências Humanas e da Informação).

Conforme o Projeto Político Pedagógico da RMSF:

“pretende-se especializar profissionais dos cursos de graduação existentes na instituição formadora e proponente que se relacionam com a saúde, ou seja, Enfermagem, Educação Física e Psicologia, por meio da formação em serviço/trabalho. Esta formação deverá desenvolver atitude ética e política na construção da Rede de Assistência. O residente atuará em equipe interdisciplinar no nível de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando práticas, desenvolvendo pesquisas e construindo propostas que contribuam para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS” (FURG, 2011, p. 5)

Atualmente, há duas turmas de residentes, uma denominada R1, na UBSF São João; e outra denominada R2, na UBSF Castelo Branco. Há uma representante da ESF como coordenadora da unidade (linhas gerais, tem sido uma profissional da enfermagem), que faz a conexão estratégica com a gestão ESF e com gestão do programa RMSF na universidade. Os residentes atuam diretamente na UBSF, sendo incorporados às atividades já previstas pela equipe de saúde, promovendo atividades individuais ou multiprofissionais. Um dos principais nós neste processo de trabalho está justamente na preservação de lacunas na agenda semanal dos residentes, para que seja priorizada a construção de atividades multiprofissionais, entretanto a lógica de ser “engolido pela demanda” dificulta

a garantia de momentos como estes. É comum em momentos de avaliação das atividades da RMSF a necessidade de repactuar este espaço, por vezes tendo de tirar do espaço físico da UBSF o momento de encontro, planejamento e avaliação do trabalho multiprofissional.

A lógica de atuação dentro do programa de residência foi concebida a partir do quadrilátero da formação na saúde: atenção, gestão, educação e controle social (CECCIM & FEUERWERKER, 2004), em que, além do mergulho nas ações de atenção desde o ingresso, há privilegiadas “vivências” em outros lados do quadrilátero, com períodos de três meses de imersão, no segundo ano de residência. Além disso, também há o estímulo constante e a orientação para a participação nestes lados do quadrilátero; em geral, é possível afirmar que é usual a garantia de atuação a partir dos vértices do mesmo, ou seja, o encontro de dois lados deste quadrilátero. Os princípios do programa são integralidade, interdisciplinaridade, educação permanente, cidadania e humanização.

No próximo item, será dado destaque a como é operada a gestão do programa, porém ressalta-se a perseguição por uma gestão horizontalizada. O funcionamento em rodas, desde a origem da RMSF, tem sido uma aposta na identificação de aspectos problemáticos e na sua resolução. Uma representação bastante significativa dessa tentativa de uma gestão bastante aberta às percepções dos pares foi a reestruturação do currículo e do PPP, realizada a partir de 2014. O texto do PPP foi amplamente revisado no coletivo, com leitura e destaques sobre a escrita, proposições de mudanças e avaliação específica do texto particular de cada área dentro das rodas de núcleo profissional. As rodas aparecem desde a roda de núcleo profissional, roda de formação teórico-prática, roda administrativa, roda de campo e, ultimamente, criada a roda nos cenários de prática, em que cada UBSF recebe o programa uma vez ao semestre. Esta iniciativa será explicitada em detalhes no próximo item.

Os atores da residência incluem especialmente os residentes, tutores e preceptores, docentes, coordenadores, equipe de saúde da UBSF e gestão da ESF. Há um interesse de ampliação do programa, que, até o momento, não foi possível ser executada especialmente por uma baixa participação de docentes da universidade nesta modalidade de pós-graduação.

Um dos pilares que ainda se efetivam nas residências multiprofissionais é a carga horária de 60 horas semanais. É sabido que, na maior parte dos municípios brasileiros, as UBSF não operam em três turnos, consecutivamente as residências necessitam de uma adequação para o preenchimento da CH. Diversos exemplos podem ser vistos pelo país, localmente identificamos espaços na agenda possíveis de ajuste e atendimento à CH, sem que, para isso, os residentes precisassem, por

exemplo, fazer plantões ou horários em outros tipos de serviço da rede de saúde ou em outro nível de atenção ou ponto da rede. Nesse sentido, é privilegiado aos residentes, dentro da agenda formal, espaços como encontro de residentes, quando deve ocorrer atividade de interlocução entre R1 e R2 e, também, aproximação e diálogo com a residência hospitalar da mesma instituição. As atividades formais de participação social também ocupam horário na agenda semanal, sendo que, quando ocorrem, se dão no turno da noite. Também foi previsto espaço para estudo e constituição de trabalho de conclusão de residência e planejamento de atividades multiprofissionais. Não há uma concordância nacional sobre a carga horária prevista para os programas de residência, ao mesmo tempo, ao longo dos anos, a RMSF da FURG acomodou um ajuste sem se descaracterizar dos princípios do programa e se adequou à legislação vigente.

○ Ondas tensas: O dispositivo “gestão compartilhada” e a mudança de UBSF em 2015

No item anterior, foi possível elencar os principais aspectos que compõem a RMSF, aquilo que está escrito, o desenho, com algumas exemplificações de como o programa é operado no cotidiano. A residência é um mar revolto. Há uma complexidade enorme no saber-fazer, com diferentes nós durante o processo de trabalho. A tímida declaração de “não entender o papel do residente” no início das atividades frequentemente evolui para problemas de ordem cotidiana, como desgaste, boicote, difícil vinculação com a comunidade, dúvidas sobre o “lugar” de seu núcleo profissional na UBSF, pouco espaço efetivo para preceptorias, sufocamento pelas demandas clínicas, incompreensão das responsabilidades de cada ator. “No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde” é o título proposto pelo trabalho de Dallegrave & Kruse (2009), a partir das realidades locais e práticas visualizadas em Porto Alegre, RS, para demonstrar o quanto de potência e desgaste se pode vivenciar por tais experiências. Pois, ao se debruçar sobre a experiência de Rio Grande, apenas mudamos da lagoa para o mar. É um mar de ondas inconstantes. Elencam-se, então, duas tensões vivenciadas recentemente por este programa: a necessidade de uma mudança radical na gestão, em termos de nomes e formato e a reconfiguração de um dos cenários de prática, com a mudança de UBSF a partir de conflitos.

○ Gestão compartilhada

A RMSF nasce de uma proposição da Escola de Enfermagem da FURG. O mérito e as limitações da proposta devem ser atribuídos na mesma proporção às pessoas que a criaram naquele tempo-espaço. Os outros dois cursos de graduação foram convidados e integraram a formalização da proposta, sendo considerados participantes. Assim, a lotação, recursos, secretaria, coordenação estavam

centralizados no curso de enfermagem. E os primeiros editais, funcionamento, regras, avaliações, ordenamento de recursos humanos para cobrir as atividades, enfim, foram, de fato, centralizados na EEnf/FURG. É sempre difícil ser taxativo nesse sentido, mas pode-se dizer que a direção da EEnf e certos docentes estavam alinhados com a condução da proposta de residência e interessados nela, sendo que há de se considerar que, tão logo o curso foi inaugurado, a EEnf ainda aprovou um segundo curso de residência com atuação localizada no Hospital Universitário (HU/FURG), novamente sob sua lotação. Também cabe a sinalização de que a regulamentação dos programas de residência em nível nacional e a disponibilidade orçamentária para ampliação destas experiências induziram a criação e disseminação desta modalidade de pós-graduação no SUS.

O fato é que, também, na universidade, há modificações no processo de trabalho, da ordem do deslocamento de interesse, da escassez e abundância de recursos, da troca de gestão, das aposentadorias e afastamentos de docentes, do interesse pelo privado em detrimento do público no cuidado em saúde, do perfil hospitalar em detrimento do cuidado comunitário, do cenário da época de ampliação dos cursos, da demanda de estudantes, projetos e vagas docentes. Mais um cenário complexo, contraditório e cheio de inconstâncias. Um dos resultados destes movimentos é que a EEnf passa a requerer dos institutos até então coparticipantes que assumam posição de coordenação e responsabilização direta pelos programas de residência, e o primeiro a “sofrer” esta sinalização é a RMSF.

Um dos problemas, atualmente, nas universidades brasileiras, no que tange ao trabalho com as residências, é, justamente, que boa parte dos docentes não se coloca à disposição para esse tipo de trabalho. Novamente, não há uma explicação imediata e definitiva, mas a cobrança por produção e colocação em programas de pós-graduação *stricto sensu* faz com que as residências (*lato sensu*) tenham uma posição marginalizada junto aos docentes, por se entender que há uma demanda enorme de trabalho (orientação, coordenação, aulas, bancas, tutoria, visita aos cenários de prática) e pouco retorno em termos de produção científica, já que, apesar dos residentes terem a pesquisa como um dos pilares de formação, ela se dá em meio a uma imersão de 60 horas no campo, portanto a dedicação para a pesquisa é apenas tangencial ao processo. Diferentemente do que ocorre em atividades de mestrado e doutorado acadêmicos, cuja pesquisa é uma das atividades-fim.

Entramos nesta seara para identificar que a intenção de deslocamento da EEnf/FURG para os institutos ICHI/FURG e IE/FURG não ocorre de forma repousada. Ao contrário, acentua-se a percepção que há poucos docentes interessados em contribuir de forma engajada com a residência. Esse cenário é notado em outros programas, país afora, não é algo particular. Como exposto, as motivações são diversas, particulares, modificáveis.

Os tempos neste momento são de crise. Não há mais interesse da EEnf em administrar o programa por conta, como fizera até então; há escassez de docentes para tal e, até mesmo, indicação de nomes de forma mandatória para atuar no programa, trazendo enfraquecimento, desvinculação, incompreensão de sua proposta e ameaças. Uma das ameaças é a de interrupção dos processos seletivos ou, ainda, de encerramento de atividades. Não se trata de uma ameaça no nível da fantasia; ao contrário, reuniões foram realizadas na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESP/FURG) com representação de todos os institutos, em que, claramente, havia poucos professores sustentando o programa, obviamente sobrecarregados, ausência de voluntários para assumir os postos de coordenação (coordenador/coordenador adjunto) e, em cima da mesa, uma das sinalizações era a de interrupção, por um ano, do processo seletivo. A outra proposta era avaliar, num futuro próximo, a continuidade do programa.

Para a PROPESP, para alguns docentes dos três institutos e para residentes e preceptores, os caminhos apontados não poderiam se sobressair. A interrupção levaria ao encerramento. O encerramento era assumir a incapacidade de contornar a crise. Em última instância, encerrar um programa de residência é dizer que não se acredita no SUS. Obviamente, havia problemas crônicos, o trabalho gerado para manutenção das atividades é enorme e, em muitos casos, o retorno vem de forma tímida ou demorada.

Eis que há, diante de tantas reuniões, encontros e sinalizações de saída, o aceno de um possível dispositivo: a gestão compartilhada. Aparentemente, como veremos adiante, é aquilo que sustenta o programa até hoje. Este mecanismo é singular e formalmente nem existe. Explica-se. A universidade administrativamente entende a residência como um programa de pós-graduação. Assim, há o cargo de coordenador e coordenador adjunto. Não há mecanismo para coordenação com três nomes, ainda mais vindo cada nome de um instituto. Os protocolos da instituição não são versáteis o suficiente para atender a esta demanda, nem mesmo considerando a particularidade de uma residência frente a outras modalidades de pós-graduação. Como isso se dá na prática: no momento em que vai se realizar o processo de seleção para coordenação, mesmo que exista uma chapa de gestão compartilhada entre três diferentes profissões e institutos, a nominata só pode apontar dois nomes. Do ponto de vista prático, apenas uma chapa tem se manifestado na residência, com um nome da psicologia e um nome da educação física. A enfermagem passou a ser o terceiro nome, contribuindo "informalmente" para a universidade, em termos de nomeação, e participando do dispositivo adotado para manutenção da residência: a gestão compartilhada entre três cursos, de diferentes institutos. Desde que foi adotada, a gestão compartilhada nunca mais foi desfeita. Tem sido o pilar que ainda enfrenta tantas ameaças para com as residências. Atualmente, a ameaça é de fechamento do

programa de residência hospitalar da Universidade. Nunca se sabe quando essa situação retornará e com qual intensidade.

Com o advento da gestão compartilhada, não cabe mais a um instituto decidir sobre férias, revisão do PPP, mudança de UBSF, tomada de decisões, delimitação de docentes para as disciplinas. O contato com a gestão da UBSF e, também, com a ESF busca afinar as expectativas e necessidades dos três núcleos profissionais que formam a RMSF. Para além da formalidade dos três nomes, na prática, as decisões agora passam pelos três institutos. Antes, ainda, as questões do cotidiano são apresentadas em roda administrativa. Não é que os problemas da RMSF tenham diminuído, mas suas alternativas são pensadas de forma coletiva e interprofissional. Logicamente isso pressupõe agenda e entendimento das três partes, o que até então foi possível articular. Não se sabe se esse desenho pode ser facilmente replicado, entretanto se desconfia que aqui por estas bandas não haverá, tão cedo, outra disposição de gestão para manter e fortalecer o programa.

○ A mudança no cenário de prática

O início do segundo semestre letivo de 2015 reservou à RMSF uma fase de tensão ainda mais dura. Um acontecimento que exigiu energia, habilidades, diversas estratégias e sofrimentos ao processo de trabalho. Uma reunião solicitada pelo grupo de residentes de primeiro ano anunciava que as relações de trabalho não estavam caminhando adequadamente na UBSF Castelo Branco. Comunicados como este já ocorreram anteriormente e, em geral, há um diálogo da gestão RMSF com a representação da UBSF em questão, no sentido de compreender quais os aspectos necessitam de repactuação.

Dada a sinalização das residentes, em agosto, já no próximo mês, foram acionadas a equipe de saúde da UBSF e sua representação, além da coordenação da ESF do município. Então, foram articulados encontros multiprofissionais e com as diferentes equipes e atores da RMSF, tanto na Secretaria de Saúde quanto na UBSF em questão. A complexidade deste tipo de costura é tamanha que, em determinados encontros, as falas são completamente contraditórias; algumas vozes manifestam descompasso sobre o trabalho e outras afirmam, peremptoriamente, que desconhecem qualquer ruído sobre os rumos do que se proponham para o trabalho da RMSF.

De parte deste grupo de residentes, o comunicado verbal fornecido e inclusive registrado por escrito junto à coordenação da RMSF é de descrença sobre a possibilidade de reconfigurar o trabalho. Há uma convicção de que o programa precisaria intervir e deslocar as residentes para outra UBSF, sendo expressa total aversão a como o processo vinha sendo conduzido nos últimos tempos. Assim, a

posição é de retirada da RMSF desta UBSF. Não há qualquer dúvida de que a compreensão dos papéis e a aposta no trabalho que é conduzido por um programa de residência é fundamental e inadiável para uma experiência produtiva. Isso significa conhecimento do papel de residente, de professor, de preceptor, de gestor. Engolir as linhas do PPP que encenam uma atuação multiprofissional é caminhar contra a proposta. Desconhecer que o atendimento à demanda também passa a ser incorporado na rotina do residente também o é. Imaginar que um gestor do programa, lotado na universidade, vá ser capaz de intervir no que ocorre dentro de uma UBSF é frivolidade. Nesta experiência, além destas e outras incompreensões, o que mais acentuou as dificuldades foi a incapacidade de diálogo. E vindo de um local onde, em teoria, se espera um espaço de produção de saúde, de cuidado; o que se pôde notar foi um amplo e cansativo processo de rupturas, deslizes, sofrimentos e descrenças, com seu resultado doloroso e inerte em termos de capacidade de contornar as questões que se apresentavam.

Ao receber a intenção de troca de UBSF, a coordenação da RMSF (já no formato de gestão compartilhada) se reuniu, buscou ouvir os atores e procurou mediar o conflito com vistas à manutenção da turma de residentes na UBSF. Após avaliações, no entendimento desta gestão, estava a importância de preservar o diagnóstico comunitário já realizado. A ideia de trocar de UBSF seria fraquejar frente aos boicotes até então narrados. Poderia interferir nos trabalhos de conclusão de residência já pensados para aquela UBSF e deixaria descoberta uma população que recebia o cuidado das três profissões. Havia dois afastamentos momentâneos de profissionais da UBSF que provavelmente poderiam estar interferindo na questão. A posição oficial da gestão RMSF foi de manutenção, ações aproximadas de acompanhamento, como reuniões in loco e solicitação de um interventor da SMS e o prazo de dezembro de 2015 como o momento de reavaliação e tomada de decisão. A gestão RMSF também solicitou ao grupo de residentes e à equipe de saúde que elaborassem um diagnóstico com as ações realizadas e em quais destas havia ruído e/ou uma atuação diferente, com vistas a repactuar os papéis, dedicações, horários, atribuições, enfim.

Certamente, estas linhas narram um fato de extrema significação na vida de todas as pessoas envolvidas. Aqui, há uma leitura e olhar posteriores ao ocorrido. Não há uma intenção de denúncia ou rigor a ponto de elencar culpados. Provavelmente, em outros espaços-tempo a intervenção ocorreria de maneira completamente diferente, mais ou menos rigorosa, com mais ou menos diálogo. Uma gestão de programa com professor de educação física, psicóloga e enfermeira carrega suas ambições e expectativas com o programa. Também é cercada de limitações, incompreensões e atravessamentos. Já fora apresentado anteriormente o quê de marginalização que as residências ocupam hoje dentro das Instituições de Ensino. Estar nas residências tem sido praticamente um papel voluntário, ao

mesmo tempo, as demais atribuições seguem, desde os sofrimentos no processo de trabalho até a pressão pela produção científica em termos de ensino, pesquisa, extensão e administração. E por mais que docentes tentem dar voz ao que é ecoado por residentes ou outros membros da equipe de saúde, o docente jamais vai poder se colocar nesse papel, que não é o seu. Sua atuação é externa. Sua lotação é em outra instituição. Seu lugar é outro.

Pois a iniciativa da gestão naquele momento não foi exitosa. Já, no fim de outubro, outra vez os atores estavam reunidos na UBSF, com a mesma proposição no horizonte. O clima conflituoso da reunião e a ausência de representação da SMS só aceleraram uma posição intermediária: o grupo de residentes mudaria o foco da atenção, incluindo a outra área de abrangência desta mesma unidade, especialmente teriam outra preceptora e gestora (que é a figura de diálogo com a gestão da RMSF na FURG). Praticamente todos concordaram que o problema não seria facilmente contornado com tal medida, contudo a preceptora/gestora anterior acenou com a aceitação e residentes e gestores da RMSF avalizaram. Em resumo, o grupo seguiu na mesma UBSF, em vez de atender a uma equipe de saúde, cobririam duas, já que esse fato causava certos constrangimentos, e agora mudariam a figura de referência em termos de preceptoria e gestão no cenário de prática.

Novo recomeço, novos fôlegos, entretanto as constatações se acentuavam sobre a incapacidade de desvinculação do clima de conflito, do sofrimento instalado e do mal-estar. Eis que, em abril de 2016, o grupo de residentes volta a entregar documento com denúncias, exemplos de boicotes, encerramento de grupos, enfim, medidas que estremeciam as relações de trabalho e, conseqüentemente, prejudicavam cada profissional e usuário acolhido pela UBSF.

Coube à gestão da RMSF acionar a SMS novamente, ceder definitivamente sobre sua posição inicial de permanecer e apostar no trabalho e dialogar sobre como se daria a mudança de equipe de residentes, agora já residentes de segundo ano. A SMS indicou a UBSF São João por entender ser uma unidade com capacidade de receber o grupo de residentes e necessitar de profissionais, carecer de grupos e atendimentos. Inclusive, no processo seletivo posterior a este, a UBSF recebeu mais uma turma de residentes.

Em que livro está escrito uma conduta em casos complexos e duros como este? Como mediar conflitos com relatos completamente contraditórios? Como um docente e gestor consegue estabelecer diálogo sobre um cenário de trabalho em que conhece, mas não atua cotidianamente? A RMSF então foi induzida a fazer uma transição de um cenário de prática, em meio ao processo de trabalho. Nem mesmo a relação entre residentes e gestores passou ilesa diante de um cenário tão pesado. A experiência, após a troca, foi bem mais tranquila, e certas ondas

voltaram a uma frequência agradável. Todas as residentes desta turma concluíram o programa regularmente. Não que outras ressacas marítimas não possam se oferecer nos próximos momentos e é, justamente sobre isso, que a residência ensina todo o dia. Ondas inconstantes. Por vezes agradáveis e em outras insuportáveis. Um dos dispositivos adotados pela gestão foi uma demarcação de rodas de formação diretamente nas UBSF, tentando se antecipar aos conflitos mais pesados. Assim, a cada semestre letivo, há uma roda de discussão em cada uma das UBSF, além dos canais de diálogo, outras rodas e reuniões promovidas. Talvez esta leitura tenha pouco ou muito significado para os “externos”. Para quem está mergulhado é uma vivência barulhenta, que desacomoda. Ao frequentar fóruns, eventos, encontros, percebe-se que é a realidade de muitas pessoas, militantes deste segmento e, ao cabo, defensores do SUS brasileiro.

○ À beira mar, contra a maré

As residências multiprofissionais em saúde são uma conquista do SUS, do povo brasileiro. Em 2005, quando foram instituídas, apesar de já lutarem historicamente pela sua sobrevivência, demarcaram uma corrida pela sua consolidação e expansão (BRASIL, 2005). Os cenários já se alteraram algumas vezes, recentemente uma fase de qualificação de avaliadores chegou a evoluir, sendo que, no momento, este processo está novamente em suspensão. Assim, ainda pairam instabilidades de ordem macro, sinalizando fragilidades para o interior dos programas.

O presente ensaio se deteve a manifestar alguns aspectos da complexidade, do ponto de vista da gestão de um programa de residência, a partir de uma universidade no extremo sul do Brasil, portanto trata da questão residência em um nível local, vivo, real. Outros aspectos poderiam ter sido incluídos nas análises, já que desafios se apresentam cotidianamente aos programas de residência. Desde 2016, por exemplo, a residência hospitalar da FURG está com o processo seletivo suspenso, e a ameaça de encerramento das atividades é constante. Os próprios residentes já fizeram greve, chamaram a atenção da comunidade e da mídia local, mas a pauta ainda não saiu da esfera de impasse e pouco pode ser dito de forma definitiva sobre o cenário. Como aqui exposto, a RMSF teve ameaças de natureza similar e não se pode afirmar de forma contundente que essa ondulação não vá se apresentar novamente, sob outras argumentações.

De cunho praticamente narrativo, o ensaio se moldou espontaneamente ao que o edital propunha, especialmente no que tange ao foco da análise/descrição de experiência de caráter interprofissional na formação e práticas. O funcionamento em rodas e, a partir de três núcleos profissionais, está consolidado e não parece algo que se possa recuar neste programa de residência. Os problemas do cenário de prática não são de uma área. O conceito de núcleo e campo nunca esteve tão

aplicado como nesta experiência. Enquanto um dos núcleos detiver as decisões, escolhas e pautas, os demais ficam suprimidos. Como se viu, os problemas seguem emergindo, mas não mais no colo de poucos. O processo está dividido. E para tomar decisões também se convive com conflitos. Ainda mais que educação física, psicologia e enfermagem também nascem de paradigmas e apostas teóricas que se confrontam em determinados momentos. Tem-se consensuado que o retorno a um modelo vertical e uniprofissional, não prosperará. Basta agora caminhar institucionalmente, pois, em nível das vocações e expectativas de alguns indivíduos, a esperança está renovada.

Alguns méritos das residências pouco são difundidos. Desde sua implantação, diversas UBSF da cidade disputaram o recebimento do programa. A maioria dos relatos de quem vivencia o programa é sobre a potência das atividades, do fôlego e da juventude de quem se apresenta como residente. Ex-residentes sempre localizam a trajetória conflituosa das atividades, mas não se furtam de expressar saudosismo e reconhecimento sobre este trabalho. Muitos destes e destas estão empregados no SUS, em diferentes níveis do sistema. Outros trabalham em outros programas, voltam à universidade como professores, mestrandas, doutorandas. É raro quem se atreva a dizer que tal experiência não toque ou tenha relevância.

○ Agradecimentos:

O texto foi concebido individualmente em função do descobrimento tardio do edital, inclusive já em fase de prorrogação. No entanto, a caminhada na RMSF tem esforços compartilhados. Cabe, aqui, um destaque a cada residente, preceptor, professor, agente comunitário de saúde, técnicos e gestores que dialogam cotidianamente sobre a residência. Em especial, um agradecimento a Ceres Arejano, Daiane Porto, Daniele Acosta e Sibebe Martins.

○ Referências bibliográficas

BRASIL. **Lei, nº 11.129, 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Jovens e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF 30 de junho de 2005.

CECCIM, Ricardo Bugg & FEUERWERKER, Laura 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

DALLEGRAVE, Daniela. KRUSE, Maria Henriqueta Luce. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, vol. 13, n.28, 213-37, 2009.

FURG. **Projeto político pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Escola de enfermagem/Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia Saúde da Família. 2011 (revisado em 2014). Rio Grande, RS.

KNUTH, Alan Goularte. As Residências Multiprofissionais em Saúde como movimento social e pela saúde pública. In: **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Alan Goularte Knuth, Ceres Braga Arejano, Sibeles da Rocha Martins, Organizadores. - Dados eletrônicos - Rio Grande, RS: Ed. da FURG, 2017. ISBN: 978-85-7566-480-3(eletrônico).

○ *Análise de dados para o SUS: relato de uma experiência interprofissional*

04

Bianca Borges da Silva Leandro
Flávio Astolpho Vieira Souto Rezende

○ **Introdução**

A formação dos trabalhadores que atuam na área da saúde constitui-se um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 1999, por meio da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, é apontada a necessidade de uma educação para os trabalhadores dos serviços de saúde “crítica, autônoma, criativa, capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde” (Brasil, 1999, p. 9).

Durante a primeira década de 2000, Damiance et al (2016) citaram que em um momento necessário de se reforçar a atuação de profissionais para o sistema de saúde, “a educação para a área da saúde passou a ser mais debatida, em um movimento dos setores públicos e da academia em prol de mudanças curriculares dos cursos dessa área” (p. 670). Esse movimento culminou, em 2009, com as proposições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Paralelamente, vinha sendo aperfeiçoada a defesa das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), destinadas à qualificação daqueles indivíduos que já atuavam nos serviços de saúde. Vale destacar que o fortalecimento das ETSUS e de demais estruturas e fóruns previstos na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foram ganhando força na medida em que foi ampliado o entendimento, inclusive por parte dos gestores públicos, de que uma atenção à saúde de qualidade implica também na melhoria e formação dos trabalhadores envolvidos na rede de atenção à saúde.

Desse modo, a formação dos profissionais que atuam nas áreas de informações e registros com foco na análise de dados em saúde não foge a esse contexto. Sendo assim, este texto, em formato de narrativa de experiência, tem como objetivo relatar o percurso do Curso de Atualização Profissional em Análise de Dados para o SUS (APAD-SUS) desenvolvido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio durante os anos de 2016 e 2017. Para isso foi

feita, inicialmente, uma reflexão sobre a educação profissional dos trabalhadores que atuam nessa área, em seguida foi realizada uma análise descritiva das fichas de inscrição dos profissionais que realizaram o curso no período citado, complementada por uma análise qualitativa do plano pedagógico do referido curso e dos relatórios produzidos pela coordenação do curso ao final da experiência formativa.

○ Educação profissional em informações e registros em saúde.

O campo das informações e registros em saúde está diretamente relacionado à necessidade de registrar, conhecer e ter informações sobre a situação de saúde de uma população (SOARES et al, 2013). Nesse sentido, tendo como orientação formativa a *Educação Politécnica* (RODRIGUES, 2009), compreendendo o trabalhador como sujeito de realizações, conhecimento e de cultura, e as discussões e reflexões sobre a *Educação Profissional em Saúde* (PEREIRA & LIMA, 2009), as propostas educativas em informações e registros em saúde não deveriam ter como horizonte único uma formação que objetive, somente, o domínio de determinada técnica, descontextualizada das demandas e necessidades do sistema de saúde. Sendo assim, é relevante apreender o processo educativo do trabalhador que atua neste campo em sintonia com os aspectos sociais de sua vida cotidiana e, também, com as perspectivas históricas, políticas, culturais e econômicas que o cercam (PEREIRA & LIMA, 2009).

Esse ponto é mencionado, pois o referido campo, sobretudo ao final do século XX, vem sendo atravessado por grandes mudanças tecnológicas, principalmente por conta do avanço da informática e, mais recentemente, do Complexo Industrial da Informação que vem se tornando um vetor importante para uma crescente incorporação, muitas vezes, com baixa análise crítica de tecnologias da informação no sistema de saúde. Em resposta a essa situação, tendo como horizonte uma formação crítica, que defenda o trabalho como princípio educativo, deve-se promover um processo de qualificação profissional para o domínio técnico dentro de um cenário no qual o trabalhador também desenvolva sua relação com o trabalho e compreenda a relação deste dentro do SUS, em um processo dialético de superação da dualidade entre trabalho manual e intelectual (EPSJV, 2016).

Soares et al (2013) apontam que em muitas situações do dia-a-dia no trabalho, o profissional que atua diretamente com as informações e registros em saúde torna-se invisível nos serviços. Aliado a isso, a formação profissional nessa área não se constitui um pré-requisito para desempenhar a função, sendo comum, adquirir a competência profissional através da experiência cotidiana do trabalho. Os mesmos autores apontam que:

ao analisar historicamente a força de trabalho na área de informações em saúde, constata-se que esta categoria profissional não difere das demais categorias, surgindo a partir das demandas do setor saúde, que necessitava de trabalhadores para desempenharem funções específicas em determinados postos de trabalho. Isto gerou, por conseguinte, uma qualificação descolada das dimensões sociais, técnicas, econômicas, políticas, pertinentes ao processo de formação, dificultando que o profissional tivesse compreensão e um 'olhar' crítico do seu próprio processo de trabalho (SOARES et al, 2013, p. 199)

Paralelamente, em um contexto marcado pela "saturação de informações" (VASCONCELLOS-SILVA E CASTIEL, 2010), diversos autores apontam a crescente necessidade de se potencializar a análise de dados em saúde a partir do uso dos dados disponíveis, de forma a contribuir para a gestão, planejamento, vigilância e demais áreas da saúde (MORAES, 2014; LEANDRO, 2015). Como aponta Mello Jorge (1990), é necessário utilizar e aprofundar a análise do que se tem disponível nas bases de dados dos sistemas de informação em saúde:

apesar de muitos trabalhos terem sido escritos com títulos sugestivos como 'As mentiras sobre nossas estatísticas' ou 'Estatísticas Vitais: mito ou realidade', é preciso lembrar que as estatísticas de que dispomos estão ainda longe de ser as ideais. Entretanto, compete aos profissionais de saúde trabalhar com elas, conhecer suas limitações e saber interpretá-las. Somente assim, sabendo onde estão seus erros e qual sua medida, será possível corrigi-los e um dia, melhorá-las. (apud MORAES, 2014, p.658)

Nesse sentido, torna-se necessário viabilizar e incentivar a apropriação dos instrumentos de análise de situação de saúde, preferencialmente, os de acesso gratuito e público, tendo como principal público os profissionais das instituições e serviços de saúde, já que são os que lidam com informações essenciais e estratégicas para o bom funcionamento dos serviços. Mais do que coletar e processar dados, esses trabalhadores devem ter a oportunidade de analisar a informação e interpretá-la enquanto importante instrumento para o processo de trabalho. Como aponta Moraes (2014), o processo de produção das informações em saúde engloba diversas etapas que englobam desde o momento da coleta dos dados, passando pelo processamento, chegando à fase de decisão e controle. Nessa lógica, é oportuno que o profissional da área de informações e registros em saúde consiga entender todo esse processo e não somente parte dele, contribuindo inclusive com a tomada de decisão em saúde.

Dado esse contexto histórico do processo de inserção de trabalhadores que atuam com as informações e registros no sistema de saúde e a necessidade crescente de uma qualificação crítica dos mesmos, surge como uma alternativa viável e prática, o investimento na formação dos que já estão atuando no mundo do trabalho. Esse esforço visa melhorar o processo de trabalho realizado, como

também colaborar para o reconhecimento deste profissional e a construção de sua identidade. É a partir desse posicionamento que foi estruturado o APAD-SUS e é relatada, a seguir, a experiência desta proposta formativa.

O APAD-SUS: relato da experiência

Inicialmente é válido destacar que esta proposta formativa surgiu a partir de dois movimentos. O primeiro deles tratou-se de uma demanda dos próprios alunos egressos de outros cursos da EPSJV relacionados às informações e registros em saúde que relatavam a necessidade de se aprofundar sob aspectos específicos de algumas ferramentas de análise de dados que subsidiassem a análise da situação de saúde de forma ágil, clara e contextualizada. Já o segundo movimento partiu dos próprios docentes envolvidos no Laboratório de Informações e Registros em Saúde da EPSJV (Lires/EPSJV) que também avaliaram a necessidade de se ofertar uma formação que caminhasse em sintonia com as necessidades dos serviços de saúde e que também fosse orientada por um processo de autonomia e emancipação dos trabalhadores que trabalham com o processamento e análise de dados.

Dessa forma é que surgiu, em 2015, o início da formulação do projeto político-pedagógico do APAD-SUS que teve como proposta principal problematizar os temas relacionados à etapa de análise de dados com ênfase no processo de tomada de decisão. Ou seja, mais do que entender o funcionamento de alguns softwares específicos da análise de situação em saúde, os estudantes iriam discutir e problematizar as informações geradas. A formulação do plano de curso foi feita a partir de discussões coletivas entre os docentes do Lires/EPSJV durante o segundo semestre de 2015. Em seguida, ainda durante o segundo semestre do referido ano, o plano de curso foi submetido para avaliação da Câmara Técnica de Ensino e Informação da EPSJV que é composta por profissionais de diferentes laboratórios e setores da instituição. Neste fórum, esta proposta formativa foi aprovada.

Nesse processo de construção, o curso foi idealizado principalmente para os profissionais de saúde de nível médio ou superior envolvidos no processamento e análise de dados em saúde. Foi estruturado com 84 horas, envolvendo aulas teórico-práticas, e seus objetivos geral e específicos podem ser observados na Tabela 1. Essa carga-horária foi distribuída em quatro disciplinas, a saber: *O SUS e a Epidemiologia nos Serviços de Saúde* (12 horas); *Conceitos básicos das Informações em Saúde* (24 horas); *Análise de Dados em Saúde por meio do TabWin* (20 horas); *Análise de Dados em Saúde por meio do Epi-Info* (28 horas). No decorrer das duas primeiras disciplinas são discutidos o histórico do SUS, seus princípios e diretrizes, a epidemiologia nos serviços de saúde, com ênfase na epidemiologia descritiva, os principais sistemas de informação em saúde, a conceituação e construção de indicadores de saúde e reflexão sobre o conceito de território e conceitos básicos

de geoprocessamento aplicado à saúde. Nas duas disciplinas seguintes, enfoca-se a prática profissional nos programas Tabnet, TabWin e Epi-Info compreendendo-os com potencialidade de serem utilizados no cotidiano dos serviços de saúde e como estratégicos e oportunos para o desenvolvimento do processo de análise de dados em saúde, de modo a se refletir sobre a informação em saúde gerada.

Tabela 1. Objetivos Geral e Objetivos Específicos do Curso de Atualização em Análise de Dados para o SUS

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
<p>Atualizar os profissionais de saúde na análise de dados para o Sistema Único de Saúde</p>	Contextualizar o SUS, os seus princípios e diretrizes e a Epidemiologia nos Serviços de Saúde.
	Compreender o uso das informações em saúde para a melhoria do SUS.
	Compreender os conceitos de Informação, Saúde, Informação em Saúde, Território e Indicadores.
	Compreender a potencialidade e a importância dos Sistemas de Informações em Saúde.
	Fornecer elementos teóricos práticos capazes de permitir ao profissional o uso das funções básicas dos programas de tabulação e análise de dados.
	Ampliar a capacidade de análise de dados em saúde com ênfase nas necessidades do SUS.

Fonte: Autores, 2019

A metodologia utilizada tem como referência as singularidades das práticas dos trabalhadores que atuam com as informações e registros em saúde, bem como as especificidades do trabalho desenvolvido nos diferentes serviços do SUS. Considerando que os profissionais possuem experiências de trabalho e inserções distintas no setor saúde, o curso procura resgatar essas experiências, estabelecendo relações fundamentais entre teoria/prática, ensino/trabalho, de modo a permitir aos profissionais uma reflexão sobre sua atuação. Em síntese, o curso é guiado pelos seguintes pressupostos:

1. Articulação entre teoria e prática, que possibilite a aprendizagem e a capacidade de desencadear e/ou aperfeiçoar o desempenho dos profissionais;
2. Construção de um processo coletivo do conhecimento e criação de um espaço aberto e plural para reflexão e debate de questões ligadas as informações e registros em saúde;

3. Valorização do saber acumulado, destacando a experiência do profissional a partir de sua realidade vivida.

Desse modo, os encontros presenciais são marcados por uma constante problematização das informações e registros nos serviços de saúde, momentos de troca entre os estudantes e docentes, oficinas de trabalho coletivo e apresentação de assuntos pertinentes ao curso. Além disso, o processo educativo tem continuidade de atividades por meio de uma Comunidade Virtual desenvolvida pela EPSJV via plataforma Moodle. Nela, são disponibilizados os materiais didáticos, cronogramas, avisos, atividades e fóruns, sendo um espaço mediado pelos docentes envolvidos no curso. Desta forma, a tecnologia não se apresenta como uma forma de substituição dos processos formativos presenciais, mas como um meio de complementar a dinâmica presencial potencializando o processo educativo.

Ao final do curso, espera-se que egresso possa:

- Entender o papel estratégico das informações e registros em saúde, enquanto geradores de conhecimento para a melhoria do SUS;
- Compreender a importância do seu trabalho na construção das informações em saúde;
- Refletir de forma crítica sobre os dados e informações em saúde disponíveis e publicizados;
- Desenvolver conhecimento e prática acerca de programas de tabulação e análise de dados para a utilização no cotidiano do trabalho;
- Ser capaz de analisar os dados produzidos pelos sistemas de informação do SUS.

É importante destacar que essa estratégia formativa ainda está em andamento na EPSJV. Nos dois anos de realização, 2016 e 2017, foram formados 43 estudantes. A seguir será apresentado o perfil descritivo destes estudantes a partir de dados coletados nas fichas de inscrição. O primeiro dado a se destacar é que ao se analisar a formação acadêmica, verificou-se que 58,1% (25 estudantes) mencionaram ter só o nível médio e 41,9% (18 estudantes) ter também de nível superior. A escolaridade mínima para poder realizar o curso é de nível médio e, nesse sentido, pode-se perceber uma combinação interessante entre profissionais de diferentes trajetórias formativas, o que potencializou a troca de saberes realizada no decorrer do curso.

Em seguida, vale salientar que do total, as mulheres são a maioria (72,0%, 31

estudantes). Em relação à faixa etária observa-se que a mais numerosa é a de 36 a 40 anos (25,5%) conforme se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual de alunos por faixa etária - APA-D-SUS, 2016 e 2017

Faixa Etária	N	%
21 a 25	4	9,3
26 a 30	6	14,0
31 a 35	4	9,3
36 a 40	11	25,5
41 a 45	3	7,0
46 a 50	7	16,3
51 a 55	4	9,3
56 a 60	4	9,3
Total	43	100,0%

Fonte: Autores, 2019

Ainda tratando-se da categoria idade, 41,9% dos alunos possuem 41 anos ou mais. Este dado levanta o questionamento de que estes profissionais já podem estar da metade para o final de sua atividade profissional e podem estar realizando o processo de qualificação tardiamente. Para tentar avançar nessa reflexão foi analisada também a categoria tempo de serviço, porém 32,6% dos dados estavam em branco, o que limitou um pouco a análise; dos respondentes, 2,3% menos de 1 ano de tempo de atuação, 30,2% tinham de 1 a 5 anos, 7,1% de 6 a 10 anos, 9,3 % de 11 a 15 anos e 18,5% acima de 15 anos. Dessa forma, pode-se avançar na hipótese de que há um número relevante de trabalhadores que estão realizando o processo de qualificação tardiamente ou que estariam em um processo constante de qualificação já que em diferentes momentos do trabalho, o mesmo precisa ser revisto e repensado.

Em relação à esfera administrativa, a maior parte dos estudantes está vinculada à esfera municipal (41,9%), seguida da federal (34,9%), estadual (9,3%), privado (2,3%) e, em 11,6% das fichas, esse dado estava em branco. No tocante ao dado em branco, deve-se destacar que alguns alunos no momento do curso estavam sem atividade de trabalho. Ainda relacionado a esse tema, a maior parte dos estudantes (53,4%) são estatutários, ou seja, com vínculo de trabalho mais sólido o que pode permitir uma maior aplicação dos conceitos e assuntos discutidos em suas

atividades do trabalho. Dos demais, 14,0% são celetistas, 18,6% outros vínculos (bolsistas, residentes, estágios) e 14,0% dos dados estavam em branco.

Outro aspecto interessante de ser apresentado em relação ao perfil dos egressos é a pluralidade de locais de trabalho. A Tabela 3 agrupa os estudantes de acordo com os setores de trabalho informados no início do curso. Pode-se observar que 30,2% estão relacionados à área de vigilância em saúde, 18,6% atuam diretamente no serviço de informação e controle (Secretaria de Tecnologia da Informação e Comunicação e Serviço de Informação e Controle), 28,0% estão envolvidos com setores ligados a programas de saúde ou de atenção ao usuário dos serviços de saúde, por fim, deve-se destacar que em 20,9% dos casos esse dado não foi preenchido. Essa diversidade de atuação também foi relevante para as reflexões e discussões realizadas durante o processo formativo, tendo em vista que cada discente atuava em um ponto de atenção à saúde específico, favorecendo o compartilhamento de experiências, saberes e práticas.

Tabela 3. Distribuição dos estudantes pelo setor de trabalho - APAD-SUS, 2016 e 2017

Setor de Trabalho	N	%
Departamento de Endemias da ENSP/Fiocruz	1	2,3
Secretaria de Tecnologia da Informação e Comunicação	1	2,3
Programa de Dermatologia	1	2,3
Programa de Educação pelo Trabalho - Geografia	1	2,3
Departamento de Gestão Hospitalar RJ (DGH/SAS/MS)	2	4,7
Enfermaria	2	4,7
Saúde da Família	2	4,7
Saúde do Trabalhador	4	9,3
Serviço de Informação e Controle	7	16,3
Vigilância em Saúde	13	30,2
Ignorado	9	20,9
Total	43	100,0%

Fonte: Autores, 2019

Ao final da segunda turma, foi realizada uma avaliação qualitativa com os alunos a fim de se poder apreender a percepção dos mesmos em relação ao processo educativo vivenciado. Essas avaliações foram sistematizadas em um relatório elaborado pela coordenação do curso. A partir da análise desse relatório,

identificaram-se duas categorias analíticas que refletem o sentido do curso para o trabalho realizado e a relevância do diálogo com distintas categorias profissionais, a saber: 1. *aumento do aprendizado com a possibilidade de aplicação concreta no dia a dia do trabalho*; e 2. *potencialidade do diálogo interprofissional entre profissionais de distintos níveis formativos*.

Em relação à primeira categoria identificada - *aumento do aprendizado com a possibilidade de aplicação concreta no dia a dia do trabalho* - a maior parte dos alunos relatou a pertinência da formação e das discussões vivenciadas para a qualificação e melhoria do processo de trabalho. Deve-se destacar que as problematizações realizadas durante os encontros eram contextualizadas com a realidade vivenciada no SUS. A seguir, segue o relato de um dos alunos:

“O conteúdo é bastante pertinente para o trabalho do dia a dia das diferentes instituições, qualifica o profissional, o processo de trabalho, os relacionamentos e, conseqüentemente, a ação pública.” (Estudante J.)

Algumas reflexões e o repensar sobre o trabalho em um processo constante de Educação Permanente em Saúde foram aspectos observados em algumas falas, a seguir destacam-se dois exemplos de atividades profissionais realizadas por estudantes de diferentes níveis formativos (um de nível médio e outro de nível superior) e que foram modificadas a partir da realização do curso.

“Através da aula de tabulação já consegui fazer um balanço hídrico informatizado. Também consegui ver mais sentido na utilização da CID [Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde], aprendi e conheci um pouco sobre como funcionam os sistemas de informação em saúde, estou tentando fazer mapas com a enfermeira do meu setor através do Earth que é uma ferramenta que não conhecia e em breve vou buscar me aperfeiçoar tanto na tabulação, e nos programas TABWIN e EPI INFO para tentar trabalhar com esses programas em meu TCC, e quem sabe, depois da graduação, pois vi que é possível ajudar a mudar esse panorama que a saúde se encontra com recursos de análise.” (Estudante C, nível médio.)

“Muitas coisas foram importantes, mas quero destacar duas delas: A primeira é que aprendi a buscar e baixar as informações do SIA-SUS e com isso, usando o Tabwin, compará-las com nossa produção hospitalar. Baseado nisso, montei alguns slides e fiz uma pequena apresentação para a minha coordenadora. (...) A segunda coisa é que comparei os nossos registros internos de produção ambulatorial com os que se apresentam no tabnet e constatei que o hospital que trabalho precisa melhorar muito em relação as suas informações ambulatoriais porque muita coisa não é informada ou é glosada. Já falei com a chefe do faturamento sobre isso e, tenho uma reunião marcada com o novo diretor geral da unidade para tratar sobre esse assunto.” (Estudante E, nível superior.)

A partir desses fragmentos, pode-se notar que se trata tanto de mudanças práticas realizadas no trabalho em âmbito individual, como também do diálogo deste profissional com outros trabalhadores, favorecendo o processo de trocas e

buscas de soluções no cotidiano do trabalho.

A segunda categoria analítica identificada a partir da análise dos relatórios do curso tratou-se da potencialidade do diálogo interprofissional entre profissionais de distintos níveis formativos durante a realização do curso. A diversidade de conhecimento presente da turma, como também a presença de trabalhadores que atuavam em distintos locais refletira-se na possibilidade de articular e integrar diferentes olhares, em um processo constante de troca de experiências e de conhecimento do trabalho realizado pelo outro. A seguir seguem algumas falas que reforçam esse resultado:

“A proposta do curso em qualificar os trabalhadores da saúde, independente da formação e do nível de escolaridade, é muito interessante. Eu valorizei muito as diferenças de experiência que cada um de nós levou pra turma.” (Estudante J.)

“A troca de experiências entre a turma. A convivência entre alunos e professores foi importante.” (Estudante R.)

“Houve integração da turma e ampla discussão sobre os temas proposto, incrementando a aula com experiências práticas e informações teóricas sobre o tema.” (Estudante L.)

“Em relação a turma e aos professores, foi muito bom conhecer pessoas que atuam em outras atividades relacionadas à saúde, troca de experiências profissionais, conhecer a rotina de outros setores.” (Estudante S.)

O resultado desta categoria analítica está em sintonia com propostas formativas que tem como base o diálogo entre diferentes categorias profissionais, a destacar o estudo de Casanova et al (2015) que analisou o trabalho em equipe de duas residências multiprofissionais no estado de São Paulo. Uma das conclusões do referido trabalho foi que “a valorização da história de diferentes áreas profissionais e a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças em um movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade” (p.232) foram componentes fundamentais para o desenvolvimento do trabalho em e equipe. No caso do APAD-SUS, constituíram-se em elementos essenciais para o desenvolvimento do curso.

Ao final da realização da segunda turma, um resultado importante de ser destacado e que indica a relevância da articulação entre ensino-serviço tratou-se da efetivação de dois processos de cooperação juntos aos serviços de saúde com ênfase nos conteúdos e atividades abordados no APAD-SUS. A primeira cooperação foi realizada com uma secretaria municipal de saúde do estado do Rio de Janeiro e contou com a assessoria de profissionais do Lires/EPSJV apoiando o município em um Fórum de Gestores sobre análise de dados, englobou também a realização de uma oficina com ênfase em análise de dados em setembro de 2017 com diferentes

profissionais municipais e a formulação de um curso *in loco*, com base no APAD-SUS, previsto para o ano de 2018.

A segunda cooperação foi realizada com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) com sede no Rio de Janeiro para o desenvolvimento de um curso, estruturado a partir do modelo do APAD-SUS, para os profissionais deste referido departamento que atuam diretamente no processo de auditoria. Esta formação também acontecerá *in loco* e está prevista para ocorrer em novembro de 2017. Com o intuito de se construir uma proposta que reflita sobre o trabalho destes profissionais, foram construídas situações-problema tendo como referência processos de auditorias realizados pelo referido serviço.

Por fim é importante destacar que ambas as iniciativas vem sendo estruturadas em um processo de articulação contínuo entre os profissionais da EPSJV e os das instituições mencionadas anteriormente com a finalidade de se construir uma qualificação profissional a partir das necessidades e singularidades de cada um dos locais e mostrando a potencialidade da articulação entre ensino e serviços de saúde.

○ Considerações finais:

Esta experiência interprofissional mostrou potencial na qualificação de trabalhadores de saúde para o processo de análise de dados em saúde, sobretudo realizado de forma coletiva, revelando a possibilidade de modificar as práticas. Foi observado que o processo de análise de dados em saúde deve ser algo realizado por diferentes profissionais de saúde, sejam de nível médio ou superior, de forma a integrar distintos olhares.

Também se identificou a necessidade das instituições formadoras e dos serviços de saúde em potencializar a construção de espaços que viabilizem a troca de experiências de diferentes trabalhadores de saúde, favorecendo o diálogo interprofissional. Paralelamente a isso, mostrou-se relevante a descrição do perfil dos discentes envolvidos para o melhor conhecimento da sua atuação e história formativa e profissional. Além disso, sugere-se para demais processos formativos em saúde, o uso das tecnologias de informação e comunicação, complementando os encontros presenciais, como também a organização de momentos para a avaliação qualitativa, por parte dos estudantes, da formação realizada em relação aos significados para o seu cotidiano de trabalho.

O APAD-SUS é uma formação profissional em constante metamorfose, longe de ser uma proposta fechada, vem modificando-se a partir de cada turma realizada. Além do mais, o seu desenho e estrutura vão sendo repensados a partir de cada demanda dos serviços de saúde. Apesar disso, mantém como orientação

principal uma qualificação crítica, emancipadora, problematizadora do trabalho em saúde, com ênfase nas necessidades de saúde, defendendo a pluralidade de trabalhadores e em sintonia com a defesa da saúde enquanto direito social e com a defesa e melhoria do SUS.

○ Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SPS/CGDRH/SUS), 1999. Mimeografado.

CASANOVA, Isis Alexandrina; Batista, Nildo Alves; Ruiz-Moreno, Lídia. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS health sci**;40(3), set.-dez. 2015.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar et al. Formação para o sus: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 699-721, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300699&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00014>.

EPSJV. Plano de Curso: Curso de Atualização Profissional em Análise de Dados para o SUS. 2017. **Mimeo**

EPSJV. Termo de Referência do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde. 2016. **Mimeo**

LEANDRO, Bianca Borges da Silva. **O uso da informação em saúde para a vigilância na Estratégia de Saúde da Família - o caso do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Itaboraí**. Orientador: Patrícia Tavares Ribeiro. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MORAES, Ilara H.S. Sistema de Informações em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: **Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Org. Paim, J. Almeida Filho, N. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 649-665p.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Educação Profissional em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/eduprosau.html>.

RODRIGUES, José. Educação Politécnica. **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/edupol.html>

SOARES, Marcia F.; SHARAPIN, Martha P.; MUNCK, Sergio e CARVALHO, Camila A. Processo de Qualificação de Trabalhadores Técnicos de Informações e Registros em Saúde. In: MOROSINI, M. V. (org.). **Trabalhadores Técnicos em Saúde: Aspectos da Qualificação Profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. pág. 179-205.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. A internet na história dos movimentos anti-vacinação. **Com Ciência**, Campinas, n° 121, set 2010. Disponível em http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542010000700011&lng=pt&nrm=iso. acesso em 02 jul 2015.

Caminhos e desafios para a formação interprofissional em saúde num centro de reabilitação de uma universidade pública no Brasil

05

*José Gutemberg de Vasconcelos Bezerra
Cristina Camelo de Azevedo
Josineide Francisco Sampaio*

0 Apresentação

Nos anos de formação das graduações em saúde, sobretudo naquelas tradicionalmente ligadas ao campo da reabilitação, costuma-se valorizar as práticas de trabalho em equipe em sala de aula, inclusive destacando que essa forma de atuação horizontaliza os papéis profissionais, quebrando o paradigma da hierarquia médica sobre os demais componentes, democratizando a tomada de decisões e as corresponsabilidades.

Assim, são apontadas as vantagens de atendimentos conjuntos, de avaliações clínico-terapêuticas com profissionais de diferentes áreas e as reuniões de equipe para discussão e estudo de casos costumam ser incentivadas.

Vale ressaltar que as diretrizes curriculares de vários destes cursos, bem como seus projetos pedagógicos, contemplam o trabalho em equipe, empregando diversos termos de forma indistinta e indiferenciada; desse modo, a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade, a transdisciplinaridade e a interprofissionalidade costumam ser utilizadas equivocadamente como sinônimos, na intenção de caracterizar ou fundamentar essa premissa curricular.

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde lançou o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, que vem servindo desde então como referência para vários pesquisadores da saúde e da educação (ELLERY, 2012; PEDUZZI, 2013a; SCAPIN, 2011; PEDUZZI ET AL, 2013b) ressaltando o diferencial que o trabalho interprofissional representa.

Ao servirem de estratégia para um aprendizado coletivo e multifaceta-

do, o trabalho e o saber compartilhados no cenário da reabilitação contribuem com a garantia da integralidade das ações na saúde, corroborando o que dita o Marco da OMS (OMS, 2010 p.10).

O Marco também enfatiza que ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estarão prontos para ingressar no local de trabalho como membros de uma equipe de práticas colaborativas, o que representa uma transição no sistema de saúde fragmentado, proporcionando uma prestação de serviço de melhor qualidade a pacientes e à comunidade.

Trabalhar interprofissionalmente sempre será um desafio por exigir de seus componentes uma constante renovação do interesse em resolver as dificuldades da atenção à saúde através de decisões dialogadas e ações compartilhadas. Portanto, é necessário conhecer as limitações dos serviços que preconizam essa forma de cuidado, tais como: desconhecimento da equipe sobre o assunto, falta de estrutura física que favoreça as atividades interprofissionais, ausência de profissionais entusiastas que incentivem a integração da equipe, e, principalmente, conhecer o sentimento da equipe sobre seu desejo de assumir uma forma de se trabalhar que demande mais envolvimento e domínio sobre o próprio trabalho.

A partir de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade federal de Alagoas (UFAL), realizada no Centro Especializado em Reabilitação da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - CER UNCISAL, cujo principal objetivo foi compreender a dinâmica da formação interprofissional em saúde, por meio dos estágios obrigatórios dos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, identificou-se que existe um hiato entre as determinações dos projetos pedagógicos destes cursos para a formação interprofissional e as rotinas de atendimento instituídas no referido Centro.

Em razão disso, foi planejada a realização de uma oficina de sensibilização dos preceptores do CER UNCISAL voltada ao trabalho e à educação interprofissional. A definição de uma oficina como produto de intervenção deriva-se dos resultados da pesquisa intitulada: "DESAFIOS DA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO", uma vez que foram identificadas reiteradas demandas de práticas educativas sobre a temática da interprofissionalidade por parte dos preceptores entrevistados.

○ Introdução:

O trabalho interprofissional vem se configurando como alternativa viável para a reaproximação das múltiplas profissionais da área da saúde que historicamente vêm se distanciando ao adotarem modelos de intervenção isolacionistas e pouco dialogados.

A formação dos profissionais de saúde tende a seguir a lógica de privilegiar o conhecimento e a técnica e negligenciar o diálogo dos saberes das diferentes profissões. E sobre isso Reeves (2016) nos traz que a educação interprofissional oferece aos estudantes oportunidades de aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo.

Assim, o contexto da reabilitação física vem enfrentando o desafio de aproximar seus diversos atores na busca por oferecer serviços de saúde mais eficazes e humanizados. O que Batista e Batista (2016) nos trazem é que através de movimentos grupais e institucionais a EIP encontra caminhos para sua efetivação, e assim a tendência ao isolamento profissional encontraria resistência.

O estreitamento dos vínculos profissionais é favorecido através do estabelecimento de uma rede de comunicação baseada na tolerância e posturas flexíveis frente aos impasses ou divergências recorrentes no cotidiano, o que cria um ambiente possível para que o trabalho interprofissional se desenvolva no cotidiano de um centro de reabilitação. (KATO E BLASKOVI-ASSIS, 2004)

Para que qualquer nova proposta de método de trabalho ou de ensino seja adotada, necessário se faz agregar a equipe no compromisso de enfrentamento coletivo dos desafios, o que em si não constitui tarefa fácil.

Portanto, a realização da "OFICINA SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DA UNCISAL" pode colaborar com a adesão dos gestores, professores e preceptores ao se reconhecerem como atores e coautores deste projeto, no momento em que os chama à discussão da temática e oportuniza a reflexão coletiva dos caminhos a se percorrer e os problemas a se enfrentar.

○ Foram OBJETIVOS da oficina:

- Sensibilizar os preceptores para a adoção do trabalho interprofissional e práticas colaborativas na rotina do serviço;
- Apresentar os resultados da pesquisa desenvolvida no CER UNCISAL;

- Mobilizar a gestão do CER e as coordenações de estágios supervisionados obrigatórios desenvolvidos no centro para a articulação de ações voltadas à formação para o trabalho interprofissional.

○ Público-alvo:

- Preceptores dos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional que atuam no CER III da UNCISAL;
- Gerente do CER da UNCISAL;
- Coordenadores dos estágios supervisionados obrigatórios dos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional da UNCISAL.

○ Justificativa:

A definição de realizar uma oficina de sensibilização como produto de intervenção desta pesquisa foi fruto da reflexão sobre como colaborar para a implantação de rotinas de trabalho e formação interprofissionais no CER da UNCISAL a partir das ações dos próprios componentes do serviço, considerando suas diferentes atuações: gestão institucional, assistência, ensino e coordenação acadêmica dos cursos.

Considera-se que, desse modo, a efetivação da proposta seria autossustentável, dependendo diretamente de seus atores que, conhecendo a dinâmica do serviço, poderão visibilizar estratégias mais eficazes e adequadas à sua realidade, planejar conjuntamente as metas e os deveres de cada um.

○ Metodologia:

O formato desta oficina se desenhou a partir da observância dos seguintes critérios norteadores:

- 1) Servir de instrumento para apresentação dos resultados da pesquisa aos preceptores do CER da UNCISAL;
- 2) Estimular o debate destes preceptores sobre a interprofissionalidade incentivando-os a fornecer alternativas de práticas colaborativas adequadas à sua realidade e ao seu contexto de trabalho;
- 3) Servir de subsídio para a elaboração de um relatório técnico sobre o estudo da interprofissionalidade no contexto da reabilitação do CER UNCISAL.

Para tanto o encontro foi composto por dois momentos-chave, o primeiro compreendeu a apresentação da temática da interprofissionalidade, seguida da exposição metodológica da pesquisa realizada, seus resultados e conclusões. No segundo momento foi desenvolvida uma roda de conversa considerando-se que “os grupos possibilitam um clima de conversação descontraída entre os/as participantes e facilitam a expressão de ideias[...]”, oportunizando o compartilhar de experiências, o estabelecimento de negociações e a coprodução de sentidos (BRIGADÃO ET AL, 2014, p. 74).

Moura e Lima (2014) também fazem uma explanação muito apropriada sobre a possibilidade de sua utilização como instrumento de produção de dados numa abordagem que “busca compreender o sentido que o grupo social oferece ao fenômeno estudado” (p. 98). Assim, as autoras nos explicam que:

No contexto da Roda de Conversa, o diálogo é um momento singular de partilha, uma vez que pressupõe um exercício de escuta e fala. As colocações de cada participante são construídas a partir da interação com o outro, sejam para complementar, discordar, sejam para concordar com a fala imediatamente anterior. Conversar, nesta acepção, remete à compreensão de mais profundidade, de mais reflexão, assim como de ponderação, no sentido de melhor percepção, de franco compartilhamento. (MOURA E LIMA, 2014, p. 98)

A facilitação da oficina foi conduzida pelo pesquisador principal do estudo e um segundo componente, pesquisador secundário, atuou como co-facilitador. Trechos dos diálogos foram transcritos para compor a estruturação dos resultados da dinâmica (CAAE: 52949316.2.0000.5013, em cumprimento à resolução CNS 466/2012)).

○ Procedimentos:

Foram convidados 40 profissionais, todos preceptores dos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, que exercem suas atividades de preceptoria no CER UNCISAL, dentre os quais a gerente do centro e os coordenadores dos estágios supervisionados.

Nos dias anteriores ao encontro, o pesquisador visitou o ambiente de trabalho dos profissionais reforçando pessoalmente o convite individual. O convite aos profissionais foi efetuado através de e-mail, cujos endereços foram disponibilizados através dos coordenadores de estágio de cada curso, após visita para sensibilização sobre a proposta. O e-mail foi composto por mensagem explicativa sobre os objetivos do encontro, bem como por carta convite em anexo. Também foi informado aos participantes que seria conferido certificado emitido pela FAMED UFAL, que coordena o MPES ao qual a pesquisa está vinculada.

○ Resultados:

Do total de 40 preceptores convidados, 07 compareceram ao encontro. Destes, 04 do curso de terapia ocupacional e 03 do curso de fisioterapia. Não houve participação de preceptores do curso de fonoaudiologia. Cabe registrar que muitos preceptores justificaram a ausência em razão da impossibilidade de cancelamento de suas atividades acadêmicas na data e horário do encontro.

Também é importante destacar que dos 7 componentes, 5 exerciam algum tipo de função de gestão, seja acadêmica ou institucional:

- Gerente do CER UNCISAL
- Gestora docente assistencial do CER UNCISAL
- Coordenadora dos estágios supervisionados do curso de terapia ocupacional
- Coordenadora dos estágios supervisionados do curso de fisioterapia
- Coordenador do curso de fisioterapia

A relevância do interesse de atores vinculados à gestão se justifica porque deles podem partir as ações promotoras da interprofissionalidade, porém além disso aponta a necessária sensibilização desses personagens a esta prática de trabalho, incentivadoras ao mesmo tempo de educação interprofissional.

Peduzzi (2016) afirma que o apoio organizacional é crucial para o sucesso da EIP, destacando a necessidade de lideranças com interesse, conhecimento e experiência para incluir a EIP na agenda da educação, considerando ainda que "...também é crucial o compromisso da gestão educacional e da política institucional para apoio efetivo, visto que é necessário um conjunto de iniciativas e recursos para impulsionar a EIP." (p.199)

Assim, destaca-se a fala da gerente do centro sobre a inclusão da pauta da interprofissionalidade nas discussões para elaboração do Regimento do CER UNCISAL:

"... a proposta é de discutirmos com a equipe a inclusão da interprofissionalidade no regimento do CER que está em fase de elaboração e pensar em práticas mais conjuntas, avaliações de equipe que a gente não tem, ver protocolos, triagem, reuniões de equipe. [...] após a finalização do regimento, mostrar a todo mundo. Antes de apresentar ao Conselho Superior da Universidade, dialogar em reunião para sugestões, ver normas, protocolos que já existem, o que cada um organizou. Nesse momento trazer

a apresentação para todos para pôr em prática a interprofissionalidade”.

O compromisso da gestão deve ser entendido como fator indispensável para a efetivação da prática da interprofissionalidade, sobretudo quando aproxima a equipe do âmbito das decisões regimentais norteadoras desse projeto. Sobre isso Batista e Batista (2016) reconhecem que as crescentes demandas pela EIP, não dependem, apenas, de movimentos que partam dos próprios educadores - no caso em estudo, preceptores de estágios supervisionados - exigindo-se o suporte institucional para a garantia de meios promovedores da docência interprofissional:

Faz-se importante a criação de uma cultura acadêmica que situe as práticas colaborativas e compartilhadas entre os professores como práxis universitária, alterando as lógicas de trabalho isolado, regido por méritos estritos de publicação e que localizam as profissões como ofícios pensados em si mesmos. (p.203)

Reeves (2016) complementa ao considerar que o entusiasmo dos membros do grupo de direção é fundamental para a superação de problemas cotidianos advindos com esta nova experiência de trabalho e formação (p. 186).

Várias possibilidades de ações interprofissionais foram sugeridas pelo grupo como forma de iniciar rotinas de trabalho voltadas às práticas colaborativas:

Coordenadora de estágio supervisionado: “Poderíamos juntar no final de cada estágio as apresentações de estudos de casos clínicos pelo menos para os alunos se ouvirem, não falarem para seus iguais e sim para os colegas de outras áreas. Eu vejo que isso já poderia ajudar a sensibilizá-los”.

Coordenadora de estágio supervisionado: “Acho que seria importante a participação dos alunos numa nova oportunidade de apresentação desta pesquisa porque eles já podem contribuir com ideias e vão se aproximando... já podem sair da universidade com uma visão diferente...”.

Deve-se considerar que a inserção dos estudantes na discussão da interprofissionalidade, além de promover o enriquecimento das propostas e permitir a oportunidade de vivenciarem a mudança desse paradigma da formação tradicional, também incentiva o envolvimento dos próprios preceptores com as práticas interprofissionais.

Os discentes ainda não absorveram a tendência das práticas isoladas de trabalho e costumam demandar diálogos com profissionais de outras áreas sobre a condução da terapia dos pacientes; assim, a resistência de alguns preceptores à aproximação com outros profissionais tende a ser atenuada.

Assumindo uma atitude autocritica, o grupo refletiu sobre os entraves his-

tóricos da universidade a uma maior integração entre os cursos, ponderando sobre os problemas atuais, mas reconhecendo os avanços graduais. Também são feitas considerações quanto à nova matriz curricular - em fase intermediária de implantação - identificando-se as dificuldades de modificar a tendência ao isolamento das profissões ainda nos primeiros anos de formação.

"Em 2013 - 2014 a gente não conseguia nada, eles precisaram desse tempo para absorver a mudança da formação do CER; em 2015 já ficou mais fácil; em 2016 chegou o pessoal novo e facilitou mais... Então agora a gente já consegue mudar. Coincidiu agora de os três estarem na mesma proposta pedagógica..."

"Temos uma dívida histórica da interprofissionalidade... lá atrás, na formação. A proposta pedagógica já contempla há tempo, então essa conta é antiga!"

"Outro dificultador: momentos como esse... há 1 ano e meio, essa foi a 1ª vez que me reúno com outros profissionais! A gente não tem esses momentos de discutir todo mundo junto, para ver a melhor forma pra efetivar, como uma construção coletiva, não temos esses momentos..."

"Escuto dos alunos: "- O que a TO faz?". "- Onde é a fono?". A gente vê reflexos dos docentes na formação dos alunos! A gente está devendo isso há muitos anos".

"...A distância (entre os prédios de cada profissão) dificulta, mas a barreira é individual!"

"...da teoria da nova matriz, que é linda, à sua prática, há um vácuo imenso! Quando o professor diz: "- Separem-se em turmas! " Vai cada grupo para um lado, um Fisio, outro Fono e outro TO. Os setores da pediatria, tem um para cada área, um de fono, outro fisio e outro TO. Se os setores fossem um só: de pediatria num mesmo local, isso iria facilitar. Tudo num ambiente só."

Decerto, há de se reconhecer que o trabalho interprofissional em saúde é mais exigente, requer mais discussão e diálogo, o que sugere maiores chances de conflitos e situações de exposição, ainda mais se, concomitantemente, também existirem as vivências de educação interprofissional em saúde, em que os estudantes vão transitar e compartilhar desse ambiente.

Mas também é verdade que esse estilo de trabalho permite a cada profissional uma ampliação da percepção do processo saúde/doença, porque os olhares sob diferentes ângulos se aproximam, se misturam, potencializando o campo de ação da problemática da saúde e, assim, as chances de sucesso do tratamento.

Por fim, foram lançadas algumas sugestões pontuais no decorrer dos diálogos que podem vir a sensibilizar mais componentes para a efetivação das práticas colaborativas, sobretudo através da inclusão de sua proposta no regimento do CER, conforme o quadro a seguir:

“Devemos aproveitar esse momento de discussão e iniciar as rotinas (interprofissionais), se não se corre o risco dos novatos serem absorvidos pelos costumes dos antigos.”

“Seria interessante disponibilizar os horários das terapias de cada profissional, o quadro de horários, ver o horário de todo mundo para facilitar o planejamento de ações, de encontros, para sentar e discutir.”

“A TO desliga com 3 faltas consecutivas, a Fono com 2 faltas no semestre, temos pacientes em comum em situação de desligamento num, e noutro não, isso num mesmo centro! O serviço precisa de uma linguagem única sobre essas normas.”

“Reunir os coordenadores de estágio para planejar momentos simples, para iniciar (a interprofissionalidade). A apresentação de estudos de caso, já dá para iniciar com isso.”

“... o eixo que é a base não é integrado, na prática não é! Justamente onde está a questão da reabilitação. Achei fantástico pensar na interprofissionalidade voltada para essa área, para termos um pensamento coletivo no que a gente está tendo dificuldade. Mas acho que está tendo problema vindo dos professores! Por que não juntar os núcleos? Pensar um modelo de estágio no mesmo desenho? Porque são muito diferentes, se fossem mais semelhantes a formação das turmas dos cursos, fluiria melhor a integração entre elas. Como está nunca coincidem as rotinas das áreas. Está muito pontual. Podemos redesenhar os modelos de áreas, que a gente pode como gestão, para estar favorecendo isso.”

“É uma pena que tenham vindo tão poucos preceptores! Todos precisam conhecer esses resultados da pesquisa! Queria sugerir uma nova apresentação entendida como um evento da própria instituição para que mais pessoas compareçam!”

○ Considerações Finais:

Através das reflexões coletivas sobre os benefícios da interprofissionalidade para a equipe de reabilitação e os desafios inerentes a serem enfrentados, pode-se concluir que as estratégias para o desenvolvimento da formação interprofissional em saúde, necessitam muito além da reelaboração de rotinas de trabalho ou projetos institucionais.

Para tanto, cada personagem, cada ator dessa teia de relações e fazeres, antes de permitir-se trilhar um novo caminho de atuação, deseje-o! Reconheça que não se trata, apenas, de ruptura com paradigmas cristalizados na formação em saúde, mas sobretudo de uma renovação na maneira de se prestar assistência em saúde para a população.

Mesmo considerando baixa a adesão do público-alvo convidado para participar da oficina, as contribuições trazidas pelos preceptores presentes foram satisfatórias por produzirem propostas viáveis para impulsionar o projeto da interprofissionalidade no CER UNCISAL. E, também, foi alcançado o objetivo de

sensibilizar alguns atores nesse sentido.

Destaca-se a participação das gestões acadêmicas dos cursos e da gerência do CER UNCISAL, sensíveis à proposta da interprofissionalidade, não apenas no plano das ações, mas sobretudo na sua oficialização no regimento do Centro, a partir de decisões coletivas, dialogadas e democráticas, tal qual a filosofia do trabalho interprofissional e práticas colaborativas.

A identificação da dificuldade de integração entre os estudantes de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional após a recente adoção das novas matrizes curriculares oportunizou reflexões sobre os ajustes necessários ainda durante a implementação das mesmas, o que do ponto de vista prático é mais viável porque comportamentos ou rotinas destoantes da proposta ainda não estão sedimentados.

Ressalta-se o entendimento de que os estudantes devem fazer parte do movimento da mudança das ações isoladas e uniprofissionais para as práticas colaborativas e interprofissionais.

Considera-se que a realização de uma oficina sobre a interprofissionalidade com os preceptores do CER UNCISAL poderá contribuir com a consolidação da formação interprofissional no serviço, permitindo a cada preceptor de estágio dar um passo além do que sempre lhe foi possível dar, bem como a satisfação de perceber-se crescendo com o outro, seja colega, aluno ou usuário.

Por fim, a premissa da integralidade dos cuidados em saúde exige a revisão dos conceitos do trabalho em equipe, assumindo-se o ônus da quebra de paradigmas na formação profissional, o que é sempre difícil e prolongado, mas que propicia o progresso da inovação, do aprendizado e do crescimento coletivo.

○ Referências

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Revista Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, jan./mar. 2016.

BRIGAGÃO, J. I. M. ET AL. Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In: SPINK, M. J. P. ET AL. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Edição virtual. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. C. 04, p. 73.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família:** condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 256 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Brasil, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100213&script=sci_arttext>

KATO, L. S.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atuam em instituições especializadas. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 55-66, 2004.

MOURA, A. B. F.; LIMA, M. G. S. B. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Interfaces da Educação**, Paranaíba, v.5, n.15, p.24-35, 2014.

OMS. **Marco para Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Gênova, WHO, 2010.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Revista Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, jan./mar. 2016.

_____. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p. 1535-1543, 2013a.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.4, n.4, p. 977-83, 2013b.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

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

O interprofissionalismo na atenção primária em saúde: *uma experiência do núcleo de apoio à saúde da família*

06

Inês Dolores Teles Figueiredo
Geanne Maria Costa Torres
José Auricélio Bernardo Cândido
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Lúcia Helena Gonçalves Martins

○ **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) retrata uma conquista social para o povo brasileiro, sendo consolidado dentro dos princípios estabelecidos como: acesso universal e igualitário, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. A efetivação desses princípios reestruturou o modelo de organização da saúde no país, contribuindo para a produção do cuidado de forma mais equitativa, inclusiva e justa.

A efetivação do SUS reduziu a lacuna existente entre os direitos garantidos em lei e a capacidade efetiva de ofertas de ações e serviços públicos de saúde à população, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994. Com isso acreditou-se que melhoraria o acesso aos serviços oferecidos pelo SUS (TRINDADE; PIRES, 2013).

A consagração da ESF como estratégia de mudança assistencial na política nacional de saúde, permitiu o desenvolvimento de ações e serviços na perspectiva de uma atenção integral, acolhedora e humanizada, promovendo cuidados em saúde, de modo individual e coletivo. Com o passar dos anos, a ESF fortaleceu a Atenção Primária em Saúde (APS), melhorando o acesso e o alcance aos serviços de saúde, constituindo-se como porta de entrada e ordenação das ações e serviços de saúde, colocando-se como uma das mais importantes políticas para o governo brasileiro (TRINDADE e PIRES, 2013; AQUINO et al., 2014).

Após 20 anos de implantação, essa estratégia tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil, produzindo vários resultados favoráveis à saúde da população

(ARANTES et al., 2016). Nessa trajetória, em decorrência de suas potencialidades, a necessidade de outras categorias profissionais foi sendo identificada na APS, culminando com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A proposta política do NASF tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e seu processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2008), sendo constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que devem atuar em parceria com o trabalho das equipes de Saúde da Família (EqSF), compartilhando atividades nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2011).

O NASF é composto por uma equipe multiprofissional, atuando conjuntamente com as Equipes de Saúde da Família (eSF), permitindo o interprofissionalismo por meio da troca de saberes, atendimento compartilhado, construção dos projetos terapêuticos singulares, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e ações de promoção e prevenção da saúde dentro do próprio território, o que qualifica e amplia as ações de saúde à população.

Como política inovadora, o NASF propõe a ampliação, o apoio e o aperfeiçoamento da gestão da saúde na atenção primária, recomendando a inserção de saberes variados, o compartilhamento dos conhecimentos e a troca de experiências entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade (BRASIL, 2010).

Em consonância com as políticas públicas de saúde vigentes no País, a implantação do NASF contribui na ampliação do número e da diversidade de recursos humanos disponíveis na atenção primária em saúde com vistas ao desenvolvimento do trabalho multi e inter profissional, de forma a aumentar a resolatividade das problemáticas de saúde da população (LANCMAN et al., 2013).

Dessa maneira, a realização das práticas de saúde por uma equipe interprofissional aperfeiçoa os serviços de saúde, melhorando os resultados e favorecendo uma assistência eficiente e condigna à população, pois impacta, positivamente, nas práticas de saúde e na maior integração no binômio profissionais-usuários, melhorando o índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, consequentemente, melhores resultados (MALONE et al., 2007).

Sendo assim, a interprofissionalidade é uma atuação conjunta de diversos profissionais dentro de suas áreas de competência individual, interagindo nas áreas comuns, onde todos tenham um conhecimento independentemente da especialidade, visando à melhoria da condição integral da saúde do homem, respeitando os limites de atuação de cada profissão e as leis regulamentadas por

seus conselhos de classe (AMATUZZI et al., 2006).

Neste contexto, insere-se o trabalho dos profissionais no NASF modalidade I denominado NASF 3 por apoiar as equipes de saúde da família da Área de Vigilância à Saúde III (AVISA III), em um município da Região Metropolitana de Fortaleza, instigando um trabalho coletivo e participativo com a APS, para melhor produção do cuidado, tendo em vista que, o trabalho dentro da proposta multiprofissional e com o interprofissionalismo, desenvolvido por meio da ação conjunta e de atendimentos compartilhados, tem apresentado alta resolutividade e satisfação dos usuários, possibilitando a ousadia e inovação nos processos de trabalho em saúde.

Para que o trabalho interprofissional se concretize, não basta que os profissionais diversos estejam juntos, é preciso que tenham disponibilidade para interagir e participar de encontros para planejar suas ações e refletir sobre suas práticas (MATUDA et al., 2015).

Nessa perspectiva, os profissionais NASF III, composto pelos profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Psicólogo, vem trazendo resultados significantes e satisfatórios, não só à gestão, mas também aos usuários, permitindo resolutividade nas práticas de saúde por meio do compartilhamento de saberes, pela importância do trabalho de cada um e pela integração entre os profissionais dentro dos serviços, potencializando as relações de trabalho sob a perspectiva da integralidade.

Devido à relevante contribuição do trabalho interprofissional do NASF/eSF dentro do município, na dinâmica de uma equipe integradora, melhorando as ações e serviços ofertados à população, sendo realizado de forma organizada, compartilhada e organizada, no sentido de garantir a integralidade dessas ações, justifica-se a escolha do objeto de estudo.

O trabalho em conjunto com outros profissionais da área de saúde, utilizando da interdisciplinaridade como estratégia de atuação, é uma alternativa para promover autonomia e atendimento integral ao usuário, a partir de relações recíprocas entre trabalho e interação, utilizando a comunicação como ferramenta norteadora entre os profissionais, o que permite a articulação de inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI et al., 2011). Diante disso, necessário se faz trabalhar sob a ótica da interprofissionalidade na APS, envolvendo profissionais do NASF/eSF, pois fortalece o trabalho em equipe, a socialização de saberes e a colaboração no desenvolvimento das práticas de saúde.

O momento urge por mudanças por parte dos profissionais da saúde que desempenham suas atividades na ESF para um novo modo de compreender o

processo de trabalho em saúde e as relações que se estabelecem entre serviços, profissionais e usuários (MOURA et al., 2014). Em sendo assim, trabalhar sob a lógica da interprofissionalidade impulsiona para novas formas de atuar e cuidar pela diversificação de categorias profissionais interagindo nos cuidados em saúde.

Assim, questiona-se: como tem ocorrido o trabalho interprofissional do NASF/eSF, com vista ao cuidado integral ao usuário? Diante disso, insere-se como objetivo: analisar o trabalho interprofissional do NASF/eSF, com vista ao cuidado integral, em um município da Região Metropolitana de Fortaleza.

○ Materiais e método:

Trata-se de um relato de experiência de profissionais do NASF/ESF do município de Maracanaú, Estado do Ceará, elegendo-se a abordagem qualitativa para o estudo. Para Alvarenga (2012) as investigações qualitativas examinam costumes, comportamentos, atitudes, experiências de vida..., tal como são sentidas pelos sujeitos envolvidos na investigação (ALVARENGA, 2012). São descritas as vivências desenvolvidas pelo NASF na Área de Vigilância à Saúde III.

O Município sob o estudo localiza-se na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), que se constitui no maior Centro Industrial do Ceará, distando 24,6 km do centro da Capital. Apresenta uma população de 217.922 habitantes. Com população eminentemente urbana – 99,69% esse contingente total vive na zona urbana e apenas 0,31% na zona rural, distribuída em 22 bairros e nos distritos de Pajuçara e Mucunã. O Anel Viário, que corta o Município, interliga todas as rodovias que chegam a Fortaleza (BR-020, BR-222, BR-116, CE-065 e CE-040). Além de Fortaleza, Maracanaú faz limites ainda com os Municípios de Caucaia, Maranguape e Pacatuba. Possui o segundo PIB per capita do Ceará. Conhecida como a "Terra das Indústrias", foi fundado em 4 de julho de 1983 (MARACANAÚ, 2014).

O município é dividido em seis Áreas de Vigilância em Saúde – AVISA, 30 unidades básicas de Saúde da Família, 56 equipes da Estratégia Saúde da Família, duas Equipes multiprofissionais de saúde indígena, 39 equipes de Saúde Bucal, 302 agentes comunitários de saúde (ACS) e seis equipes de NASF, fazendo uma cobertura de 94% à população (MARACANAÚ, 2014).

Esta experiência aconteceu com a população da AVISA III que abrange toda a Pajuçara, sendo composta por quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contemplam nove equipes de Saúde da Família compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais vinculados à UBS (auxiliar de farmácia, serviços gerais, recepcionistas, digitadores), e um NASF tipo I, composto por: fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionais, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e farmacêutico, que apóiam as eSF na realização de ações no serviço, por meio da discussão de casos, visitas domiciliares conjuntas, interconsultas e elaboração coletiva de planos terapêuticos singulares.

Devido à grande demanda para os profissionais do NASF para o atendimento individual, percebeu-se a necessidade de uma maior abrangência de atendimentos, buscando alternativas como a intervenção em grupos, abrindo outras possibilidades de uma participação mais efetiva com os cuidados em saúde. Criou-se, então, o Projeto Golfinho, que é uma proposta de hidroterapia e hidroatividade; grupo de apoio a dependentes de benzodiazepínicos; grupo de ORTOFISIO; grupo de acompanhamento aos ACS; grupo de idosos; grupo de crianças; grupo de gestantes; grupo de mulheres; grupo na Minha Casa; e grupo Café sem Aedes.

Desta forma, desenvolveu-se um trabalho com enfoque no interprofissionalismo, por meio de encontros semanais, focando as ações de acordo com a demanda a ser trabalhada, buscando proporcionar maior conscientização e mobilização aos integrantes por melhores condições de vida e de saúde. Paralelamente aos encontros, foram tiradas fotos que foram apresentadas aos membros dos grupos, os quais permitiram sua veiculação em encontros, artigos científicos e revistas especializadas.

O relato organizou-se em forma de texto dissertativo, sendo coadunado com base nas análises e confrontações de pesquisas relacionadas à temática em estudo, além das nossas percepções e reflexões.

Por se tratar de um relato de experiência, não se fez preciso a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Com efeito, os participantes foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecendo (TCLE), em duas vias, sendo esclarecido o objetivo e a relevância do estudo. Obedeceu-se às normas da Resolução nº 422/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que preconiza determinações a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos.

○ Relato da experiência:

Durante o processo de realização da experiência, os grupos foram coordenados pelas eSF e NASF, agindo de forma colaborativa, por meio de um trabalho em equipe interprofissional, promovendo o cuidado compartilhado dentro dos territórios de sua responsabilidade.

É significativo retratar os encontros semanais com os integrantes do Projeto Golfinho, direcionado para tratamento e reabilitação de pacientes com lesão neurológica, doenças crônicas e múltiplas deficiências, realizado por meio da hidrote-

rapia, utilizando-se de técnicas e exercícios aplicados dentro da água que promovem relaxamento, autoconfiança, socialização, possibilitando melhor recuperação, contribuindo, assim, para a elevação da autoestima desses pacientes. A hidroterapia faz com que o paciente se torne um participante ativo, ao invés de passivo, na reabilitação. Isso aumenta a sua autoestima e a qualidade de vida, melhorando o seu prognóstico (PIASSAROLI et al., (2012).

Este recurso é a união dos exercícios aquáticos com a terapia física indicada para várias patologias. A utilização dos princípios físicos da água em conjunto com o calor da água, são responsáveis pelas respostas fisiológicas osteomusculares (LIMA et al., 2013). Assim, por meio de exercícios terapêuticos realizados em piscina com orientação total e restrita de profissionais, tendo, além de todos os integrantes do NASF, médicos e enfermeiros da ESF, o médico dermatologista, atendendo usuários com as mais diversas patologias, como por exemplo: fibromialgia, distúrbios de coluna, artrite, artrose, Parkinson e Parkinsonismo moderado, AVC moderado, ansiedade, cardiopatia moderada, dentre outras.

A hidroterapia, além de ser um meio diferenciado e bastante apropriado para a prática de exercícios, permite o atendimento em grupos, facilitando a socialização, com isso melhorando a auto-estima e a auto-confiança dos idosos. As propriedades físicas da água irão auxiliar ainda mais os idosos, na movimentação das articulações, na flexibilidade, na diminuição da tensão articular, na força, na resistência, nos sistemas cardiovascular, respiratório, no relaxamento, na eliminação das tensões mentais, entre outros (ASSIS et al., 2007).

Outro grupo que acontece semanalmente é o Grupo de ORTOFISIO (Pilates de Solo), que surgiu da necessidade de ampliar a oferta não só da área de fisioterapia, como também da saúde mental. O trabalho é realizado pela equipe multiprofissional do NASF e eSF, porém, sempre com a fisioterapeuta conduzindo os exercícios, onde intercala com os profissionais, pois, além dos exercícios, em todos os encontros é trabalhado um tema, tais como: alimentação saudável (nutricionista), o uso dos fármacos e qualidade de vida (farmacêutico), a importância da respiração (fonoaudiólogo), cuidados com a saúde, postura (médico) e dentre outros.

O método Pilates busca promover a vida saudável e tratar a causa da doença, evitando os problemas da saúde por meio de atividades que geram bem-estar (PILATES, 2010). A utilização de seus princípios durante a realização dos exercícios favorece, benéficamente, os participantes do grupo, em relação a sua capacidade respiratória, circulatória, equilíbrio, sensação de bem-estar e autoestima, dentre outros.

Nesta integração NASF/eSF, com o apoio matricial e a discussão de casos, foi diagnosticado um grande número de usuários dentro de um perfil de depen-

dência de benzodiazepínicos, e em um esforço em conjunto desses profissionais, criou-se um grupo de encontros quinzenais - Grupo de Apoio a Dependentes de Benzodiazepínicos, objetivando desenvolver um programa de acompanhamento em grupo para dependentes de benzodiazepínicos, baseado em uma abordagem cognitivo-comportamental, visando à remissão completa do seu uso.

Na nossa realidade, dentro da demanda da atenção básica, encontra-se um grande número de usuários dependentes dessas drogas, procurando as unidades básicas de saúde apenas com o intuito de renovar a prescrição médica, não buscando fazer nenhum outro tratamento voltado à supressão destes medicamentos.

O que se vê na prática é um uso abusivo sem finalidade específica, por tempo indeterminado no qual o medicamento passa a ocupar um lugar fundamental e imprescindível na vida de muitos indivíduos. Isso ocorre porque o medicamento, ao eliminar os sintomas da ansiedade, passa a ser visto como a maneira mais fácil e rápida de enfrentar os problemas do cotidiano (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2008).

O trabalho em equipe interprofissional direcionado a este grupo envolve uma assistência que reconhece não só a doença, mas a vida dos usuários, primando por uma escuta qualificada e de trocas de troca de experiências para o compartilhamento de suas angústias e sofrimento. Portanto, o trabalho em equipe atua como viabilizador da prática de educação interprofissional, proposta em que duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, para a melhoria da qualidade no cuidado ao paciente (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN e BATISTA, 2011).

Por conseguinte, depreende-se que o interprofissionalismo permeou os cuidados em saúde prestado aos grupos terapêuticos por meio do processo de construção compartilhada do conhecimento, da criação de espaços de maior interação com os usuários e da efetivação na qualidade na assistência, contribuindo, assim, para a oferta de ações e serviços de saúde mais resolutivos e humanizados.

Esta forma de trabalho potencializou as ações das eSF com a agregação dos profissionais do NASF, visto que esse vínculo permite maior resolução dos problemas na atenção básica, com menor necessidade de encaminhamentos para outros níveis de atenção (MATUDA et al., 2015). Dessa forma, agregam-se conhecimentos e eleva-se o nível de resolutividade da saúde individual, familiar ou coletiva.

A produção desse cuidado ocorreu nos momentos de encontros entre os profissionais e os usuários, criando um ambiente fértil que permitiu maior interação social e a participação de diferentes saberes, potencializando o relacionamento terapêutico e abrindo possibilidades mais amplas para o agir colaborati-

vo, multiprofissional e interpessoal com vistas à melhoria das condições de saúde e de vida dessa população. Para que o trabalho interprofissional se concretize, não basta que os profissionais diversos estejam juntos, é preciso que tenham disponibilidade para interagir e participar de encontros para planejar suas ações e refletir sobre suas práticas (MATUDA et al., 2015).

O grupo de acompanhamento aos ACS, grupo de idosos, crianças, gestantes, mulheres, grupo na Minha Casa e o Café sem Aedes, acontecem semanalmente com cunho terapêutico e lúdico, sendo realizados de forma integrada entre eSF e Naf, no compartilhamento de saberes e dialogicidade a partir das temáticas elencadas com aproximação e participação ativa da comunidade adscrita.

O interprofissionalismo desencadeia uma riqueza de significados e aprendizados, tanto pela formação dos laços interpessoais, como pelas relações dinâmicas que se estabelecem em cada encontro, permitindo que saberes diferentes se aglutinem, substancial para provocar mudanças na integralidade da assistência à saúde.

Fazer parte desta realidade é atuar dentro de um serviço que oportuniza a criação de espaços de reflexão e valorização dos saberes, integrando-os e produzindo conhecimentos que permitem dar um novo significado nos processos de trabalho em saúde, pautados no trabalho colaborativo, multiprofissional e interprofissional, nas responsabilizações partilhadas e no alcance de resultados promitentes na qualidade dos serviços ofertados à população.

○ Considerações Finais:

A experiência vivenciada no município traz reflexões relevantes, sobre o processo de trabalho integrado e a necessidade de aproximação entre os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde da Família para o desempenho das ações na comunidade adscrita.

Dessa forma, a construção de práticas compartilhadas nos territórios de maneira longitudinal, a partir da interdisciplinaridade, promove a ressignificação das práticas em saúde alcançando resultados satisfatórios para qualidade de vida dos usuários.

Sendo assim, a partir dos resultados alcançados e da satisfação dos usuários, tem sido pensado a ampliação da periodicidade dos encontros. O que também tem fortalecido o trabalho multiprofissional e gerado o interprofissionalismo como uma peça fundamental no fazer saúde em Maracanaú.

Também não se pode deixar de evidenciar que, para tornar possível e efetiva a interprofissionalidade, torna-se fundamental a existência de condições

organizacionais e coletivas, que mobilizem os profissionais, para além do conjunto das condições de integração de saberes e a colaboração interprofissional, considerando principalmente a subjetividade, os afetos, desejos de cada sujeito. Somente assim, conseguiremos fortalecer ainda mais a prática da interprofissionalidade nas atividades desempenhadas na Saúde da Família.

○ 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 (online), v. 16, n. 6, p. 165-182, 2011.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A.; SOUSA, M.F. **Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde**. In: PAIM JS e ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática, Rio de Janeiro, Medbook, 2014, p. 353-371.

ALVARENGA, E. M. de. **Metodologia da investigação quantitativa e qualitativa - normas técnicas de apresentação de trabalhos científicos**. 2da Edición - 1ª Reimpresión. Versão em português: Cesar Amarilhas, 2012.

AMATUZZI, M.L.L.; BARRETO, M. do C.C.; LITVOC, J.; LEME, L.E.G. Linguagem metodológica: parte 2. **Acta ortop. bras.** [online]. 2006, vol.14, n.2, pp.108-112.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1499-1509, 2016.

ASSIS, R.S.; SILVA, L.F.S.; SANTOS L.R. et al. A hidroginástica melhora o condicionamento físico em idosos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, 2007;1(5),62-75.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**, n. 27. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>

bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso: 05 out. 2017.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M.A. mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações** [online]. v.8, n.15, p. 37-64, 2008.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R.M. de A.; CORDONE, N.G. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** 2013;47(5):968-75.

LIMA, P.N.; SOUZA, C.M.; ANDRADE, S.S. et al. Fisioterapia Aquática na Transferência do Sentado para Ortostatismo no Paciente com AVC: Relato de Caso. **Rev Neurocienc** 2013;21(2):251-57.

MALONE, D.; NEWRON-HOWES, G.; SIMMONDS, S. et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 18, n. 3, jul. 2007.

MARACANAÚ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2014.

MATUDA, C.G.; PINTO, N.R.; MARTINS, C.L. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8):2511-2521, 2015.

MOURA, M.E.B.; BRITO, J.N.P.O.; SOUSA, C.M.M. et al. A estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**. 2014;8(7):2155-9.

PIASSAROLI, C.A.P.; ALMEIDA, G.C.; LUVIZOTTO, J.C. et al. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. **Rev Neurocienc** 2012;20(1):128-37.

PILATES, J.H. **A obra completa de Joseph Pilates**. Tradução Cecília Panelli. São Paulo: Phorte, 2010.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, G.C.; MANDÚ, E.N.T. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

TRINDADE, L. de L.; PIRES, D.E.P. de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, 22(1):36-42, 2013.

○ A formação interprofissional na extensão universitária: *relato de experiência*

07

**Carla Santos Grosskopf
Chaiane dos Santos**

Fabíola Hermes Chesani

Larissa Fadel

Letícia Corrêa Ferreira

Marcia Aparecida Miranda de Oliveira

Nara Cavalcante Serpa

Nathalia Corrêa Vieira

Pyetra Prestes Negretti

○ Introdução

Perante as diversas mudanças na compreensão de saúde e doença e a crescente complexidade dos serviços, se faz necessária a formação dos profissionais de saúde com competências para o trabalho em equipe, substituindo o modelo tradicional de práticas profissionais isoladas e independentes (PEDUZZI et al., 2016). A Educação Interprofissional procura entender e contribuir para mudanças tanto da formação como das práticas de saúde, conhecendo sua relação mútua, e propondo um compartilhamento de conhecimentos entre alunos de diferentes cursos, dessa forma a extensão universitária ganha destaque, pois proporciona essa troca de saberes e conhecimento entre os diferentes profissionais e acadêmicos.

A experiência brasileira com extensões universitárias desenvolveu-se no início sob a influência do modelo inglês, por meio da oferta de cursos diversos, pela Universidade Popular, vinculada a Universidade de São Paulo criada em 1911, já na década de 1920, a Escola Agrícola de Lavras e a Escola Superior de Agricultura e Veterinária de Viçosa desenvolveram atuações na extensão, tendo como norteamento a prestação de serviços, modelo de extensão universitária realizado nos Estados Unidos (COLLADO; OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

Nos anos 60 e 70, em um conjunto de ditaduras na América Latina, o Movimento Estudantil e a prática de uma Extensão Universitária, passa a ser vista como ação de risco ao regime militar no Brasil, assim, como forma de se contrapor e cooptar os estudantes para o trabalho assistencial comunitário, o governo

militar instituiu no Brasil programas de atuação esporádica e desvinculada das instituições universitárias (SERRANO, 2013).

A partir de 1988, o “princípio da indissociabilidade” entre o tripé ensino, extensão e pesquisa foi inserido na Constituição (Artigo 207 da Constituição Brasileira), enfatizando ainda mais a importância da extensão universitária. A relação dialético-transformadora, proposta a ser cumprida no caminho entre a universidade e a sociedade, cedeu espaço para as forças sociais que buscavam os campos de representação dos seus interesses no ensino superior (DOS SANTOS; DE DEUS, 2014).

Através do Serviço de Extensão Universitária, na Universidade de Recife, coordenado por Paulo Freire, que se manifestou com clareza a efetiva inserção da universidade, da extensão universitária, às grandes questões nacionais, estendendo o que já vinha sendo feito pelos estudantes com a luta pela Reforma, e assim a universidade descobre e desenvolve instrumentos que a aproximam dos setores populares, tanto mediante a ação concreta de alfabetização, quanto por meio da elaboração de metodologias de relação entre o saber técnico-científico e as culturas populares (DE PAULA, 2013).

Com o pensamento que os projetos de extensão devem ultrapassar os muros da universidade, indo ao encontro da sociedade, possibilitando a identificação de situações de risco e de estratégias para o enfrentamento, em 2004, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) desenvolveu um programa de extensão universitária denominado “Para Saber Viver”, sendo que um dos seus eixos apontava para os cuidados com a saúde da criança e do adolescente. Visando atender a uma necessidade emergente do hospital pediátrico, surgiu o projeto “Humanizar e Educar em Saúde”, desenvolvido no Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA), junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (BARRETA *et al.*, 2016).

O projeto “Humanizar e Educar em Saúde” é formado por uma equipe interdisciplinar, com docentes e discentes dos cursos de Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. O projeto que busca promover educação em saúde com crianças, adolescentes internadas no HUPA e seus respectivos cuidadores que os acompanham, e usuários do Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica na USFC Univali, a partir de estratégias interativas. O projeto tem suas atividades voltadas para os cuidadores e familiares das crianças ou adolescentes, alvos do programa de humanização, pois são eles que compartilham o sofrimento causado pela doença, assim como contribuem para a melhoria da qualidade de vida.

Desta maneira, o presente trabalho tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas no evento denominado Fórum Integrado e Extensão em 2017, que ocorreu na UNIVALI e visa promover o diálogo, promover a socialização das

atividades de extensão que a universidade vem desenvolvendo por meio dos Projetos e Programas de Extensão e contribuir para integrar as equipes de alunos e professores dos cursos do Centro de Ciências da Saúde. Dessa forma os alunos e professores do projeto de extensão “Humanizar e Educar em Saúde” realizaram uma oficina para os participantes do evento.

O Desenvolvimento:

Durante o Fórum Integrado de Extensão da Universidade do Vale do Itajaí, ocorreram diversas atividades relacionadas a esta temática. Este Fórum objetiva proporcionar a discussão e apresentação das extensões na universidade, favorecendo a troca de conhecimentos e experiências tanto para o discente, quanto para o docente a partir de palestras, rodas de conversa, dinâmicas, dentre outras propostas.

Para isso, o projeto de extensão universitária Humanizar e Educar em Saúde elaborou uma oficina de vivência objetivando a sensibilização dos participantes quanto as atividades desenvolvidas no projeto. O aporte metodológico utilizado foi o de Roda de Conversa a partir dos preceitos de Paulo Freire de Educação Popular em Saúde, que visa o processo de autonomia, emancipação e a inclusão social da comunidade, discutindo-se por meio de roda de conversa assuntos que os sujeitos trazem como demanda, para a troca de saberes e assim possibilitando a evolução da sua consciência por meio de reflexão (CECCIM, 2007).

Utilizada como recurso ético-político para o campo de produção e (re)construção de conhecimentos, a Roda de Conversa proporciona o movimento dos saberes de forma interativa, horizontalizada e democrática, tendo em vista que são realidades trocadas entre cada um que ali se dispõe a estar (BERNARDES *et al.*, 2017).

Sendo assim, o propósito foi trazer para a oficina a vivência do projeto no âmbito hospitalar e ambulatorial através das atividades propostas, buscando provocar e problematizar quanto às práticas na área da saúde, a partir do diálogo com o outro e não para o outro. Para alcançar essa vivência foi proposta uma dinâmica inicial, no qual a sala foi dividida em dois grupos em que cada um participou de uma vivência e uma roda de conversa para discussão final. O relato foi registrado através de gravação em áudio e posteriormente foi feito a transcrição, além de observação participante com registro em diário de campo.

Spink *et al.* (2014) colocam a oficina enquanto ferramenta metodológica, já que se trata de um espaço em que há negociação de sentidos e permite argumentos e posições que também geram deslocamentos e construções entre sujeitos. A oficina foi escolhida por se tratar de uma proposta que gera construção de diálogos, possuindo direta relação com a perspectiva Freireana do projeto. Já a

roda de conversa enquanto ferramenta metodológica já é utilizada nas práticas do Projeto de Extensão, e por se tratar de um evento que buscava apresentar as atividades feitas pela extensão, a roda de conversa foi utilizada também como recurso metodológico da oficina.

A temática foi organizada pelo grupo de docentes e discentes da extensão das áreas da Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Um grupo menor de discentes extensionistas elegeu um aluno mediador, outro observador e outro que anotava e gravava as atividades no diário de campo. Inicialmente os extensionistas apresentaram o projeto na forma de slides em Datashow para o grupo, demonstrando o funcionamento e produção do mesmo.

Para Luiz, Dal Prá e Azevedo (2015) a oficina de dinâmica em grupo utilizada como recurso na perspectiva psicossocial é um instrumento facilitador de transformação sociocultural, portanto, o coordenador utiliza no trabalho com oficinas a técnica da dinâmica como um dispositivo que promove interação e reflexão do grupo. No momento inicial da oficina é importante que o ambiente seja de confiança entre os participantes, portanto, as dinâmicas entram como um recurso que estimula o diálogo, a participação e a construção de vínculos para a troca de saberes. Ressalta-se também a importância de as dinâmicas estarem atreladas a proposta inicial e de acordo com a realidade dos participantes, portanto, optou-se por dinâmicas que buscassem inicialmente a descontração, em seguida levantar a importância da escuta e dos relatos dos sujeitos para o fazer da Extensão. No primeiro momento, os mediadores da oficina apresentaram aos participantes o Projeto de Extensão Humanização e Educação em Saúde, bem como as atividades a serem desenvolvidas naquela tarde. Posteriormente foram desenvolvidas dinâmicas de apresentação do grupo, dinâmica das histórias e vivências do hospital e ambulatório. As dinâmicas serão descritas a seguir.

○ Apresentação do Grupo de participantes da oficina:

Ao total 14 alunos dos mais diversos cursos da área da saúde estavam inscritos na oficina, e para houvesse uma apresentação dos participantes do Fórum foi proposta uma dinâmica que visava conhecer o grupo e a expectativa de cada um quanto à oficina e demais atividades do dia. Para viabilizar esse diálogo foi proposto que os participantes formassem duplas e conversassem, apresentando-se e dizendo ao outro o que esperava do encontro. Posteriormente cada um apresentaria sua dupla, na primeira pessoa. O intuito dessa atividade foi iniciar a interação do grupo e fazer com que os participantes se conhecessem e oportunizasse a discussão acerca das expectativas, além de também colocar-se no lugar do outro.

○ Dinâmica das Histórias:

As dinâmicas foram pensadas como uma sequência, portanto após a apresentação do grupo, os mediadores da atividade deram início a uma segunda dinâmica intitulada “Dinâmica das Histórias”, sendo entregue a cada participante em um papel uma pergunta simples escolhida aleatoriamente, como: “Qual seu lugar favorito?” As respostas iriam compor parte da história que seria construída coletivamente. Foi dado início a dinâmica dizendo: “Era uma vez João. João morava em uma fazenda muito grande, que tinha um rio muito bonito e muitos animais, ele adora animais...”. Depois disso, cada participante prosseguia a história utilizando elementos da resposta da sua pergunta.

O objetivo desta dinâmica foi sensibilizar os participantes quanto à prática dos extensionistas em seus locais de atuação, dado a importância da escuta para compreensão da realidade do outro e, também, dos inúmeros elementos que compõem a história de vida de cada pessoa. Ao finalizar a mesma, foi explicado pela mediadora:

Onde quer que estejamos, prestamos atenção em cada coisa que eles nos dizem, cada história que eles nos contam (...), porque a história faz parte do que eles são, então essa escuta é muito importante. Essa dinâmica que trouxemos para vocês foi para mostrar de uma forma bem descontraída o quanto é importante nosso papel na sociedade de ouvir o outro, prestar atenção (SIC).

Em um de seus escritos, Paulo Freire relata sobre cinco princípios importantes na educação popular em saúde, o primeiro trata-se do “saber ouvir”. Este princípio está relacionado em respeitar o direito que uma pessoa tem em dizer as suas palavras e o dever da outra em “ouvir”, mas para isto tem-se que saber ouvir e escutar de forma real e não de forma instintiva (CECCIM, 2007). Já Maynard et al (2014) evidenciam que a escuta é a forma mais importante para que a pessoa seja atendida na perspectiva do cuidado como ação integral, pois possibilita o verdadeiro encontro entre o cuidador e a pessoa que necessita de cuidado, isto é, constrói vínculos. Segundo Luiz, Dal Prá e Azevedo (2015), a utilização de dinâmicas como um recurso disparador para as questões que devem ser provocadas nos participantes, já que permite experienciar os sentidos, neste caso, a importância do “saber ouvir” a história dos sujeitos.

○ Vivências:

Após as dinâmicas introdutórias de apresentação e da história, foi iniciada as vivências do hospital e ambulatório. Os participantes foram divididos em dois grupos separados aleatoriamente, sendo um para a vivência do ambiente da sala

de espera e o outro no ambiente da brinquedoteca hospitalar. Gramigna (1997 apud SILVA; MENDES, 2012) traz que a prática da vivência como um recurso em oficinas é um momento vivido pelo grupo semelhante ao cotidiano pelo qual queira sensibilizá-los, ou seja, o grupo vive/vivencia a proposta apresentada. Para isso cada participante da oficina recebeu uma folha que continha uma breve descrição de um cuidador de uma criança hospitalizada ou atendida pelo ambulatório, no qual deveriam ao longo da vivência interpretá-lo. Buscou-se interpretar de forma a se assimilar ao máximo ao que ocorre no local real e também dar liberdade ao participante de introduzir questões e sentimentos que ele gostaria, buscando o comprometimento do grupo, já que para que se vivencie é necessária à participação emocional dos sujeitos envolvidos.

○ Vivência no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica e na Brinquedoteca Hospitalar

As vivências de cada ambiente foram realizadas separadamente, uma em cada momento, enquanto um grupo participava da vivencia o outro observava. A primeira vivencia realizada foi no contexto do Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica, foi proposta ao grupo uma vivência de como ocorre às atividades do projeto na sala de espera humanizada no ambiente da Unidade de Saúde Familiar e Comunitária. Os usuários do ambulatório são crianças de 0 a 14 anos, diagnosticados com distúrbios endócrinos que vão ao ambulatório uma vez ao mês acompanhada de seus cuidadores.

Nesta dinâmica cada participante iria interpretar o cuidador que recebeu, colocando suas próprias impressões, para isto, a roda de conversa foi iniciada com a apresentação dos extensionistas como mediadores e do projeto, foi informado que a partir daquele momento os participantes estavam na sala de espera de um ambulatório, colocando também o horário em que é realizado, buscando trazer elementos reais do fazer da extensão. No papel de cuidadores os participantes iniciaram a roda de conversa através da apresentação de cada um e ao longo de sua apresentação trouxeram elementos do diagnóstico da criança, motivo pelo qual estavam ali. Trouxeram em sua fala questões como o processo de adaptação aos alimentos, e evidenciaram a dificuldade com as restrições alimentares. Os mediadores mobilizaram o grupo buscando formas de lidar com as questões levantadas, e trocaram entre si estratégias de enfrentamento para lidar com essas questões, trouxeram o envolvimento familiar no processo de cuidado e a importância do contato com a rede pública de saúde. A roda de conversa foi finalizada com a resolução do grupo sobre as questões trazidas por eles. Sampaio et al. (2014) apontam que a roda de conversa é viva pois está localizada no tempo histórico daqueles que estão envolvidos nela, propondo a reflexão crítica sobre o tempo, levando ao diálogo aberto que promova mudanças e pen-

samentos críticos sobre a realidade já posta. Ao longo da roda de conversa, os participantes se envolveram com a história que interpretavam e nos seus relatos traziam elementos reais ou imaginados sobre os cuidadores e a rotina de uma criança com diagnóstico crônico.

Após finalização da vivência do ambiente ambulatorial, foi iniciado a vivência da roda de conversa na brinquedoteca hospitalar. Os alunos simularam a prática de acolhimento nos quartos, buscando conhecer os usuários do hospital, assim como é feito pelo projeto. Assim como na vivência anterior, cada participante seria um cuidador de uma criança hospitalizada. A roda de conversa foi iniciada com a apresentação dos extensionistas que agora seriam mediadores, ou seja, iria mediar a troca entre os sujeitos daquele espaço, e enaltecera que a proposta do projeto é a de criar um ambiente propício para troca de saberes, experiências e situações que estão ocorrendo durante o processo de internação, em seguida todos os participantes da roda de conversa apresentaram seus personagens brevemente. O grupo manteve o foco no diagnóstico da criança hospitalizada e levantou o uso de práticas alternativas de saúde, como o uso de chás e plantas para cicatrização, trazendo elementos do passado e recursos do presente. Além disso, houve muitos diálogos a respeito da rede pública de saúde, a importância do cuidador no processo de hospitalização da criança e o diálogo com médicos e enfermeiros sobre dúvidas quanto a diagnóstico e tratamento. A roda de conversa na brinquedoteca foi finalizada através da retomada de alguns assuntos importantes trazidos pelo grupo e as resoluções por eles encontradas. Os mediadores evidenciaram a importância da prevenção de doenças e da promoção de saúde através destas práticas, nas Rodas de Conversas, o objetivo não é de estabelecer argumentos certos e errados, mas de possibilitar um ambiente favorável ao posicionamento, ao compartilhamento de experiência e produção de sentidos (SPINK et al., 2014).

Durante as duas vivências em ambientes distintos os mediadores buscavam dos participantes a autonomia e emancipação dos cuidadores no processo de saúde doença, além de estimularem a troca de saberes entre os cuidadores. Assim como ocorre nas rodas de conversa realizadas na sala de espera e na brinquedoteca, os temas abordados foram levantados pelo grupo.

Após a finalização das vivências os mediadores da oficina parabenizaram a participação de todos e foi dado início a uma discussão através de uma roda de conversa sobre o momento da vivência, foram levantadas as diferenças existentes entre a realidade hospitalar e a ambulatorial, evocando os preceitos Freireanos de Educação Popular que não busca levar temas prontos e sim provocar os participantes para que eles mesmos estabeleçam os assuntos das rodas de conversa. Evidenciam também que raramente os assuntos circulam em torno da

doença da criança hospitalizada ou assistida pelo ambulatório e a importância da valorização do saber popular para a gestão da roda, objetivando a emancipação dos sujeitos enquanto atores sociais. Segundo Sampaio et al. (2014) saúde diz respeito a um modo de cuidar de si, portanto, ultrapassa os sentidos estabelecidos pelo setor de saúde que se limita a ausência de doença. A prática da educação libertadora é que sujeitos sejam autônomos no seu pensar e estar no mundo, portanto, suas necessidades sejam elas coletivas ou individuais, como a saúde, torna-se palpável quando os sujeitos tomam consciência dos saberes e cuidados de como a saúde é vivenciada.

○ Resultados diretos e indiretos:

A oficina contou com a participação de 14 sujeitos, que aqui serão descritos como P1 a P14 para manter o anonimato, sendo estes docentes e discentes dos cursos do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI. A oficina foi registrada em áudio e posteriormente transcritas, contando também com observação participante com registro em diário de campo. Após a leitura do material, surgiram núcleos de sentido que foram agrupados e classificados, surgindo categorias e subcategorias, a partir da unidade temática que neste caso, foram os temas condutores da discussão (MINAYO, 2010). Com intuito de avaliar a oficina, foi entregue a cada participante uma escala hedônica, a qual foram respondidas por eles de forma espontânea.

Após a leitura dos dados transcritos e organizados, conforme análise temática proposta por Minayo (2010), a unidade temática foi intitulada como Educação Popular em Saúde, surgindo da mesma, quatro categorias: Comunicação entre cuidadores e a equipe de saúde, que diz respeito a como se dá a relação entre os cuidadores e a equipe de saúde do local; A relação entre os cuidadores, em que se discute como é a relação estabelecida entre os cuidadores no ambiente hospitalar e na sala de espera; Articulação entre o saber popular e o científico; e Percepção dos atores a partir da dinâmica, trazendo uma análise a partir do instrumento da escala hedônica e discurso dos participantes da vivência.

○ Educação Popular em Saúde:

A Educação Popular em Saúde tem como intuito valorizar o saber popular a partir das realidades culturais e históricas dos sujeitos. Essa construção ocorre através do vínculo entre os serviços e profissionais que promovem a participação social, assim integrando a saúde da maneira como é vivenciada e sentida pela população. Esse processo de aprender e ensinar é visto como transformador social. Não é uma educação imposta, sendo assim, a vontade da população em participar é fundamental. Esse método não traz conhecimentos informais, ele visa a conscientização do cidadão, utilizando o próprio saber deles como fonte princi-

pal para a aprendizagem. Relacionando o saber popular e o saber científico o sujeito aprende e ensina através de diálogos com temas do seu cotidiano (BRASIL, 2007). Por meio desses conhecimentos, busca-se superar a relação vertical de poder sobre as camadas populares, horizontalizando as trocas de conhecimento e assim causando mudanças sociais, contribuindo para a promoção de saúde e buscando promover a emancipação do sujeito para que o mesmo seja autônomo frente às suas vivências (FREIRE, 1987). Almejando fortalecer a mudança no modelo de atenção centrado na doença, é relevante a integração da Universidade com a comunidade, e os projetos de extensão promovem esta integração.

○ Comunicação entre cuidadores e a equipe de saúde:

Ao interpretar seus papéis de cuidadores, os participantes da oficina, trouxeram a dificuldade de comunicação para com os cuidadores. Trazendo esses relatos mesmo que interpretados, a partir de suas vivências e vivências relatadas por outros.

Muitas vezes o processo dialógico da relação acaba por ser verticalizado, onde o cuidador não se sente à vontade para questionar suas dúvidas como podemos ver na conversa sobre uma criança que ficará com curativo ocular durante alguns dias, P11 então questiona, “mas como ele vai ficar com um tampão desse no olho? Quando tirar vai ficar torto” (sic), o mediador da roda então traz a importância de levar este questionamento a equipe do hospital. O cuidador deve buscar por informações quanto aos cuidados e procedimentos, desenvolvendo-se para compreender quando a criança apresenta melhora ou agrava seu quadro. Faz-se necessário a sensibilidade da equipe de saúde para que esta perceba e estabeleça o vínculo com a criança e seus cuidadores, sob a intenção de auxiliá-los nesse processo (GOMES et al., 2014).

Essa troca entre os cuidadores, e ter locais que enfatizem essa comunicação entre eles são essenciais, tendo em vista que alguns conhecimentos são muito importantes em todo processo envolvendo a saúde do sujeito. Podemos ver que a falta de informação prejudica e desampara o cuidador e o processo de internação, como na fala de P4 que diz “o médico ficou dias sem me visitar e só disse que ela tinha icterícia” (sic). Diante dessa observação, ressalta-se a importância do diálogo horizontal entre a equipe de saúde e os cuidadores, e também que as trocas entre os cuidadores podem trazer esclarecimentos quanto às angústias como diz P9 “É direito do cuidador saber todos os procedimentos realizados pelo médico na criança e também como devem proceder com esses cuidados depois da alta” (sic).

Em sua pesquisa Pyló, Peixoto e Bueno (2015) identificaram a importância do vínculo entre cuidadores e o ambiente hospitalar e que esse vínculo auxilia no processo de internação, minimizando o sofrimento e promovendo a melhora da criança. Ressaltam que identificaram em 73% dos artigos pesquisados, a impor-

tância de os cuidadores terem conhecimento do quadro da criança e sentirem-se confiantes quanto às informações sanadas.

O A relação entre os cuidadores:

O cuidado deve ser um ato de cuidar processual, portanto, o maior desafio é de que ocorra um espaço em que tenha uma verdadeira interlocução entre as pessoas (MONTEIRO; LOPES; ARAÚJO, 2016). E para que ocorra uma eficácia na construção de conhecimentos e troca de experiências se faz importante que haja interação entre os cuidadores.

Observamos essa interação quando P1 relata que “É muito complicado, vocês nem sabem, agora nessa época com chocolates a gente tem que negociar muito com esse menino, é muito difícil. Agora na páscoa tive que negociar, ele queria um tênis de rodinha, mas sabe né, já é todo atrapalhado ainda com a diabetes, já pensou se acaba se machucando?” (sic), que é complementado por P2 ao dizer “É verdade, é um processo pra gente entender que todos esses problemas são uma questão de toda a família e não só da criança”.

Percebendo a angústia de P1 em relação a seu filho, P3 contribui falando “não se preocupa, com o tempo a família vai se acostumando. Dá pra substituir as comidas e aos poucos vai colocando as coisas saudáveis na rotina” (sic). E ainda contribui relatando um caso que aconteceu com sua família: “Minha irmã sofreu muito na época, na adolescência é ainda mais difícil, toda a família teve que entrar na dieta, não é fácil, mas os pais têm que acompanhar. Se minha família não estivesse comigo na dieta eu com certeza teria alguma complicação” (sic).

Para Souza, Borba e Nevez (2014), a família que adota uma postura flexível e de escuta do outro, em que se considera a demanda do familiar e de sua realidade o processo terapêutico é muito favorecido.

A importância da comunicação clara e objetiva com os cuidadores bem como de um cuidado integral e não tecnicista, para que os mesmos consigam se empoderar do cuidado e do conhecimento, proporcionam a formação de vínculo e a consolidação de relações entre os cuidadores facilitam a construção conjunta do conhecimento, pois a partir dessa consolidação o cuidado passa a ser efetivo e torna a aprendizagem mais significativa (CORREA, et al., 2016).

O Articulação entre o saber popular e o científico:

No mundo do conhecimento, nos deparamos com o debate entre o saber popular e o saber científico. O primeiro muitas vezes é julgado como um conheci-

mento primitivo e usualmente é visto como inferior enquanto o científico tem uma maior complexidade e aparenta ser mais superior. Silva e Neto (2015) discutem que ambos veem de forma que o saber foi construído através de experiências. Muitas vivências nos permitem julgar se a informação é verdadeira ou falsa. Podendo citar o que Kant (1974) menciona, segundo o qual, todo o conhecimento passa pela experiência. Dessa forma entende-se que o saber popular vem da bagagem das capacidades de produções, descobertas e vivências e já o saber científico vem de descobertas laboratoriais e técnicas instrumentais, mas ambas sempre acarretaram de alguma forma com alguma informação, como um tesouro prático.

Os saberes científicos e o popular nos conduzem à um novo aprendizado, possibilitando pensar, construir e organizar novos saberes, pautado no dinamismo de se poder criar ações educadoras, respaldada no princípio ético e imbricada no protagonismo de ator e autores de sua história (OLIVEIRA, 2011). Como podemos ver na fala de P4, onde o saber popular predominava frente ao científico por se tratar de uma pessoa que faz parte da camada popular, em que diz "Icterícia? Que isso? Depois que ele falou que era amarelão, amarelão a gente conhece né, sabe o que é.... sei lá, já achei que ia morrer né" (sic).

Segundo Brayner (2015) o ato de ensinar e aprender envolve sujeitos que vivem a prática, mediados por elementos de conhecimento. Para que essa prática se faça democrática, é fundamental que se estabeleça uma relação horizontal entre educador-educando, no ato de construção e a reconstrução do conhecimento. Fazer isso implica disposição para o diálogo. Dessa forma devemos levar em consideração que os saberes são sempre uma troca, nem o popular nem o científico é superior ao outro, mas ambos devem ser levados em consideração, pois suas vivências práticas levaram ao um conhecimento, este que deve ser repassado para outros sujeitos, para isso devemos prestar atenção no que o outro sabe e de modo que possamos acrescentar depois nosso conhecimento também e assim os dois lados tanto ensinam como aprendem. Podemos ver na fala de P13 ao relatar sua aprendizagem frente aos demais na roda de conversa em que diz "Eles trazem muito mais conhecimento a nós do que a gente leva para eles, porque são pessoas diferentes, em contextos e vivências diferentes, e são muitos casos de resiliência e nós aprendemos muito" (sic).

○ Percepção dos atores a partir da dinâmica:

Ao fim do encontro foi solicitado aos participantes um relato sobre suas percepções acerca da tarde de oficinas, discutiremos aqui alguns relatos, os quais convergiram sobre a atuação da extensão universitária, suas implicações na formação profissional e impacto na comunidade. Cardoso et al. (2015) aponta a Extensão Universitária como um instrumento de formação profissional, que tem

como objetivo promover uma ótica para com o outro que abranja aspectos políticos, sociais e humanos como desencadeador do pensar crítico acerca das realidades ao redor da Universidade. Através do relato da participante P8 é possível perceber a importância da extensão universitária como um caminho de compreensão para além da universidade e da influência que a extensão possui em sua formação profissional, ressalta-se, portanto, a importância do conhecimento acadêmico estar próximo a realidade, pois contribui para a construção de um cidadão que atuará enquanto profissional, fazendo uso de seu saber científico, mas diante de uma realidade social que precisa ser compreendida criticamente.

Eu participei desse projeto e nele você consegue levar essa educação em saúde para o seu dia a dia, você se torna muito mais eficaz, porque você pode participar com seus pacientes sobre tudo, você sai de do HUPA aprendendo o significado de educação em saúde, eu trago muita bagagem para o meu trabalho nos estágios hoje por causa do projeto (sic) (P8).

Portanto, pensa-se também acerca dos aspectos desenvolvimento pelo acadêmico e sua trajetória profissional, ultrapassando os conteúdos curriculares formais e buscando por autonomia, pensar crítico e proximidade com a prática. De acordo com Cardoso et al. (2015) essa postura do acadêmico extensionista prepara um cidadão que se preocupa com a sociedade e seus diferentes contextos, que adota uma postura profissional humanizada, crítica e reflexiva. Como pode ser observado através da contribuição da participante P10. "É muito importante pro acadêmico já estar em contato com as pessoas e ter essa facilidade, isso agrega muito conhecimento, além da faculdade (sic)" P10.

Segundo Cardoso et al. (2015) a realidade vivenciada através da extensão pode ser muito diferente daquela antes vivida, para que ocorra expansão do conhecimento, é necessário partir de diferentes prismas para compreensão com clareza da realidade, neste sentido a extensão promove o encontro interdisciplinar que procura à construção conjunta de saberes para melhor entender e aproximar-se da realidade, pois compreendemos o homem enquanto um sujeito em contato com o todo, logo não é possível concebê-lo separadamente, corroborando com a ideia de que a atuação do profissional deve ser a partir do contexto sócio-histórico-cultural das famílias, visando seu bem estar. O papel disseminador busca a integração de conhecimentos que mobiliza o pensamento crítico através do contato com o outro, portanto, além da contribuição para a formação acadêmica, é marca da extensão universitária a contribuição para a comunidade, conforme P8 traz em sua fala:

Eu tenho uma grande paixão pelo projeto, uma gratidão porque enquanto aluna eu tive a oportunidade de ser bolsista do projeto, praticamente todo o meu tempo na universidade foi no projeto. O aluno na extensão é muito impor-

tante. As competências, a contribuição para a comunidade são muito importantes. Muito legal, muito bom (sic).

Em vista disso, a Extensão Universitária propicia caminhos de socialização de conhecimentos entre a comunidade e a universidade, a união entre teoria e prática ultrapassam os muros universitários e se apresenta como benefício à sociedade.

○ Considerações Finais:

A vivência em uma oficina, conforme descrita acima, foi de suma importância para a formação interprofissional, pois promoveu um trabalho em equipe dos docentes e discentes mobilizados no projeto de extensão todos que se envolveram de alguma forma e possibilitou uma troca de experiências entre docentes e discentes de variados cursos da universidade. Trazendo novas perspectivas e ideias para a extensão e práticas a partir de um cuidado integral aos futuros profissionais e profissionais que estavam presentes. O intuito foi possibilitar que os docentes e discentes se colocassem no lugar de cuidadores, vivenciassem a roda de conversa, as histórias, os sentimentos, da forma mais similar possível ao que se faz no trabalho de extensão citada.

Os temas que emergiram nas dinâmicas como escuta qualificada, educação popular em saúde, comunicação entre os profissionais da saúde e a relação dos cuidadores, favorecem de maneira que as profissões envolvidas reflitam e aprendam a trabalhar juntas sobre a especificidade de cada uma, aprimorando sua atuação profissional no cuidado com o outro.

○ Referências:

BARRETA, C. et al. Caracterização dos cuidadores das crianças e dos adolescentes atendidos pelo projeto de extensão de um hospital universitário infantil. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 15-24, dez. 2016. ISSN 2358-2200. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9746>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BERNARDES, J. et al. **Sobre Rodas de Conversas e Oficinas-Implicações Éticas em Pesquisas**. CIAIQ, v. 2, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAYNER, F. **Educação Popular: novas abordagens, novos combates, novas perspectiva**. Recife: Editora Universitária UFPE. v.2. Abril de 2015.

CECCIM, R. B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: MS, p. 32-45, 2007.

COLLADO, D. M.; OLIVEIRA, N. C.; CARNEIRO, P. O. Extensão universitária e flexibilização curricular na UFMG. **Interfaces-Revista de Extensão da UFMG**, v. 2, n. 3, p. 4-26, 2014.

CARDOSO, A. C. et al. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. **Revista da ABENO**, v.15, n.2, p. 12-19, 2015.

CORREA, A. G. et al. A importância do profissional da saúde na educação do cuidador. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 15, n. 2, p. 225-230, 2016.

DE PAULA, J. A. A extensão universitária: história, conceito e propostas. **Interfaces-Revista de Extensão da UFMG**, v. 1, n. 1, p. 5-23, 2013. Disponível em: <<http://www.dche.ufscar.br/extensao/Aextensouniversitariahistoriaconceitoeopropostas1.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

DOS SANTOS, J. A.; DE DEUS, S. Um novo tempo da extensão universitária brasileira. **Interfaces-Revista de Extensão da UFMG**, v. 2, n. 2, p. 6-16, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, G. C.; et al. Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. **Rev. Eletr. Enf.** v.16, n.2, p. 434- 42, abr/jun, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21112>>. Acesso em: 12 de agosto de 2017.

GONÇALVES, M. A. P.; VELOSO, G. F. A contribuição da extensão universitária na sociedade e formação acadêmica: Um relato de experiência. **Revista Intercâmbio**, 7, p. 540, 2017.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo. Abril Cultural, 1974.

LUIZ, G. M.; DAL PRÁ, R. M.; AZEVEDO, R. C. Intervenção psicossocial por meio de oficina de dinâmica de grupo em uma instituição: relato de experiência. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**. v. 23, n. 2, p. 245-260, abr. 2015.

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. Qualified listening and embracement in psychosocial care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criati-**

vidade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, Ana Claudia Lima; LOPES, Camila Portella; ARAUJO, Clara Santos Henriques. Possibilidades de inserção da Psicologia no trabalho com os cuidadores de crianças com deficiência. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 1, p. 161-175, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 ago. 2017.

OLIVEIRA, Zilma de M. R. de. **Educação Infantil: fundamentos e métodos.** 7 ed. São Paulo; Cortez, 2011.

PEDUZZI, M. et al. **Formação dos Profissionais da Saúde para o Trabalho em Equipe: A Experiência da Disciplina "Prática, Formação e Educação Interprofissional em Saúde".** PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO. 2016.

PYLÓ, R.; PEIXOTO, M.; BUENO, K. M. O cuidador no contexto da hospitalização de crianças e adolescentes. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, 2015.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, n.2, p.299-1311, 2014.

SERRANO, R. M. S. M. Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire. **Grupo de Pesquisa em Extensão Popular** v. 13, n. 08, 2013. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/atividades/discussao/artigos/conceitos_de_extensao_universitaria.pdf>. Acesso em: 01 jul, 2017.

SILVA, S. C. B.; MENDES, M. H. Dinâmicas, jogos e vivências: ferramentas úteis na (re)construção psicopedagógica do ambiente educacional. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 29, n. 90, p. 340-355, 2012.

SILVA, S. F.; NETO, J. F. M. Saber Popular e Saber Científico. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.24, n. 2, p. 137-154, jul.-dez. 2015. Acesso em 23 ago 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/viewFile/25060/14567>>.

SOUZA, N. S.; NEVES, E. T.; BORBA, R. I. H. Ser cuidadora familiar de criança com asma: análise do discurso e estudo de suas significações. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 3, p. 573 - 580, jan. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10991>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SPINK, M. J. et al. **A produção de informação na pesquisa social:** compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

Preceptoria em serviço na rede de urgência e emergência: *trilhando novos caminhos para a formação em saúde*

08

Tamires Alexandre Félix
Eliany Nazaré Oliveira
Maria do Socorro de Araújo Dias

○ Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por um processo de reestruturação em sua lógica organizativa transitando do Modelo Fragmentado para as Redes de Atenção. As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços e ações de saúde vinculados por uma missão e objetivos comuns e por um modo de agir cooperativo que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária prestada adequadamente, com qualidade e de forma humanizada (MENDES, 2010).

Uma das estratégias elaboradas pelo Ministério da Saúde para ressignificar as práticas no SUS e consolidar este novo modo de operar é a integração ensino-serviço-comunidade cuja finalidade é formar recursos humanos mais críticos e reflexivos que possam fortalecer e desenvolver ações nos vários pontos de atenção sob a perspectiva de Redes mediante as vulnerabilidades de cada sistema de saúde e de cada território.

A Lei 11.180, de 23 de setembro de 2005, instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que objetiva efetivar esta integração ensino-serviço-comunidade em âmbito nacional. Este programa busca através de ações nos eixos do ensino, da pesquisa e da extensão associar a vivência acadêmica com o trabalho em saúde gerando espaços de mudança articulando os equipamentos sociais e as diversas categorias profissionais para garantir a integralidade do cuidado rompendo o paradigma hospitalocêntrico e biomédico no qual não há comunicação entre instituições formadoras, gestores, prestadores de serviços e usuários.

Entre as ramificações do programa está o PET-Saúde/Redes de Atenção que tem como pressuposto o fomento de grupos de aprendizagem tutorial voltados para áreas estratégicas do SUS como, por exemplo, o ciclo gravídico-puerperal e o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas. Caracteriza-se, portanto, como instrumento para qualificação em serviço, para elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção das Redes bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes de graduação.

Neste grupo o preceptor tem papel fundamental, visto ser o elo entre o SUS real e o SUS idealizado em meio acadêmico. Como educador e facilitador do processo ensino-aprendizagem, o preceptor tem que ser um profissional do serviço disposto a problematizar os nós críticos do seu cotidiano e buscar soluções com os estudantes monitores. Desta forma, denomina-se aprendizagem ativa a facilitada por um preceptor que constrói coletivamente um campo de saberes e práticas inovadoras que fortalece o SUS e qualifica o atendimento (BARRETO et al., 2011; RODRIGUES et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2012).

O preceptor deve apresentar conhecimento teórico, didático e político para que seja possível oferecer ao estudante a compreensão dos propósitos do programa. Sua experiência e discernimento são fundamentais para interligar a academia e o trabalho, teoria e prática, sendo os serviços de saúde terreno fértil tanto para o desenvolvimento das habilidades específicas quanto no que concerne à humanização e ética (RODRIGUES et al., 2014).

Atendendo a proposta política-pedagógica do PET, o coletivo participante do PET-REDES Urgência e Emergência/ UVA realizou diversas atividades de preceptoria em serviço, momentos de formações e capacitações, além da pesquisa. No espaço da Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, referência na Mesorregião Noroeste do Ceará, foram desenvolvidas ações nestes três eixos. O objetivo deste artigo é relatar a experiência das ações protagonizadas pelo PET-Redes Urgência e Emergência nesta unidade sob a perspectiva do preceptor.

○ Métodos:

Esse artigo caracteriza-se como relato de experiência. Os relatos de experiência são tidos como metodologias de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes (DYNIEWICZ, 2009).

No eixo da Extensão o PET- Rede de Urgência e Emergência/UVA estruturou-se sob o arranjo de 2 monitores para cada preceptor formando seis trios de aprendizagem ativa que desenvolveram ações integradas envolvendo a Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

córdia de Sobral, a Unidade Mista Dr. Thomaz Correa Aragão, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e os Centros de Saúde da Família de Sobral e distritos. Estas ações têm cunho multiprofissional e intersetorial a partir da articulação com a Rede Cegonha, Rede de Apoio a Pessoas com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial e equipamentos sociais diversos como ferramenta de aproximação dos serviços.

Apresenta-se a sistematização das experiências vivenciadas e conhecimentos construídos no decorrer das atividades de preceptoria em serviço desenvolvidas na Emergência Adulta da Santa Casa de Misericórdia de Sobral com monitores de Enfermagem e Educação Física deste PET.

A experiência corresponde aos encontros de alinhamento teórico-prático, reuniões de planejamento, contribuições com a pesquisa, atividades em campo, ações quinzenais com a comunidade e demais atividades descritas no projeto perfazendo uma carga horária de 12 horas semanais.

○ Preceptoria em serviço: formação para o SUS e no SUS:

A identidade de um preceptor se forma a partir da concepção que os discentes têm sobre ele. É possível determinar diversos modos de realizar a preceptoria em serviço, mas no aspecto saúde, especialmente na RUE, as ações disformes do modelo organizativo podem gerar encargos na assistência à saúde e na formação de novos profissionais.

“Neste contexto, o preceptor de serviço tem papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes” (BARRETO et al., 2011, p.579).

Outro ponto a se considerar é o lugar da preceptoria para as instituições formadoras, para os serviços de saúde e para a gestão. Quais desafios temos, frente ao pensamento hegemônico da lógica verticalizada de ensino? A relação se horizontaliza quando o preceptor não é nem pretende ser a voz da verdade (BARRETO et al., 2011). Foge-se, portanto, da educação bancária, na qual o estudante é depositário do saber do preceptor (FREIRE, 1996).

A relação entre preceptor e educando é um importante instrumento para a descoberta do trabalho em equipe. O que se espera, na verdade, é a troca de experiências que gera significado ao fazer; não a memorização de protocolos assistenciais, rotinas e referenciais, mas a capacidade de acessar as informações certas para cada situação-problema (BARRETO et al., 2011).

Para tal, a preceptoria deve deixar de ser um ofício, uma atividade com-

plementar, para ter caráter profissional. “A preceptoria não avançará se não for deliberadamente estimulada por políticas que incentivem e valorizem a formação dos preceptores. Todos podem contribuir, a seu modo, para fazer o ofício da preceptoria evoluir no sentido da profissionalização” (AFONSO; SILVEIRA, 2012, p. 85). Para isso, é preciso construir uma identidade coletiva que nasce em projetos protagonistas como o PET-Saúde.

“A preceptoria, voltada ao ensino em situações clínicas reais no próprio ambiente de trabalho, é indissociável da prática dos serviços e é construída, implícita ou explicitamente, à luz da mesma ótica que os organizam” (RIBEIRO, 2012, p. 77). Nesse contexto é que as práticas de preceptoria podem ser pensadas e repensadas resgatando seu potencial de contribuir com a consolidação das Redes de Atenção, com uma assistência de qualidade e com a formação de profissionais da saúde capazes de arguir a pertinência das práticas consolidadas e de estar fortemente vinculados ao compromisso ético de se indagarem se estão fazendo, como equipe e individualmente, o que de melhor pode ser feito por seus pacientes (RIBEIRO, 2012).

○ Atividades em campo: desafios e potencialidades:

Durante o ano de inserção no campo foram desenvolvidas atividades diversas com monitores de Enfermagem e Educação Física em parceria com a equipe multiprofissional do setor, residentes em urgência e emergência e acadêmicos das outras Redes. Todas estas, foram planejadas e avaliadas durante o processo para responder aos objetivos do programa em acordo com as necessidades dos profissionais, do setor e da população.

O planejamento foi semestral e partiu do reconhecimento da estrutura física do setor, fluxograma dos atendimentos, equipe assistencial, setores de apoio e retaguarda (enfermarias, banco de sangue, centro cirúrgico, traumatologia-ortopedia, laboratório, centro de imagem entre outros) e do perfil da demanda identificando espaços de práticas e necessidades de aprendizado e pesquisa.

A partir destas etapas foram identificadas as ações prioritárias para atender aos objetivos estabelecidos: melhorar a saúde dos profissionais com sobrecarga física de trabalho; articular melhor os serviços de atenção primária com relação aos encaminhamentos para a emergência; reduzir a ocorrência de úlceras por pressão que prolongam o internamento e aumentam as taxas de infecção; capacitar e inserir os monitores nas práticas assistenciais principalmente no atendimento ao paciente politraumatizado, para os quais o hospital é referência na região, no acolhimento com classificação de risco e na parada cardiorrespiratória; realizar um seminário de sensibilização sobre o uso de equipamentos de proteção individual.

Cada ação teve um tempo de planejamento, execução e avaliação em torno de dois meses sendo elaboradas considerando os recursos disponíveis e a governabilidade da preceptoria sobre o desenvolvimento das atividades durante os turnos de trabalho.

Quadro 1. Principais ações de preceptoria em serviço desenvolvidas na emergência entre agosto de 2013 e agosto de 2015 vinculadas ao PET Saúde Redes Urgência e Emergência UVA.

OBJETIVO DA AÇÃO	PARTICIPANTES	METODOLOGIA UTILIZADA
Formar um grupo de prática de exercícios posturais e ginástica laboral.	Profissionais da emergência (Maqueiros e Circulantes)	*Ações semanais com profissionais dos três turnos tratando lesões posturais decorrentes do trabalho e melhorando as condições de vida e saúde. * Compartilhamento de saberes para garantir autonomia do grupo tornando os profissionais maqueiros e circulantes os próprios facilitadores das sessões.
Desenvolver ações de capacitação sobre referência e contra referência nos Centros de Saúde da Família.	Gerentes e enfermeiros dos Centros de Saúde da Família	*Participação nas reuniões semanais dos Centros de Saúde da Família (4) para tratar das potencialidades e fragilidades do sistema, pactuando demandas e esclarecendo dúvidas.
Desenvolver ações de capacitação para atendimento em pequenas urgências nos Centros de Saúde da Família.	Agentes Comunitários de Saúde	*Realização de sessões de educação em saúde nos CSF (4) capacitando a equipe e a comunidade a prestar primeiros socorros em situações comuns como convulsão, queimadura, síncope, acidentes de trânsito e engasgo.
Prática de cuidado ao paciente com mobilidade física prejudicada (déficit motor e sensorial) internados na emergência.	Pacientes com mobilidade física reduzida e seus Cuidadores	*Realização de sessões de educação em saúde com cuidadores para prevenção e combate a úlcera por pressão. *Desenvolver práticas de cuidado (mudança de decúbito, ginástica passiva, curativo, hidratação corporal, entre outros) com os pacientes.
Desenvolver ações de capacitação para o atendimento ao paciente politraumatizado, acolhimento com classificação de risco e parada cardiopulmonar.	Monitores de Enfermagem e Educação Física e Técnicos de Enfermagem	*Realização de sessões de educação em saúde no setor com a finalidade de capacitar a equipe para desenvolver habilidades e competências no atendimento de emergência adquirindo destreza no manejo de casos, otimizando recursos e promovendo equidade e resolutividade. *Imersão no serviço com observação participante e práticas em preceptoria.
Realizar seminário de sensibilização sobre o uso de equipamentos de proteção individual.	Equipe do PET e da Emergência	*Realização de um seminário realizado em horários extra-turno para demonstrar os equipamentos de proteção individual, seus usos e benefícios.

Fonte: Plano Individual de Preceptoria

Como as demandas emergiram da observação e de uma escuta qualificada da própria equipe, todas as ações foram bem aceitas agregando significado ao conhecimento teórico dos profissionais e dos monitores. Foi possível desenvolver nos alunos o senso de cooperação entre os níveis de atenção e aprofundar conhecimentos em emergência, educação em saúde, comunicação efetiva e relacionamentos interpessoal.

De maneira geral os resultados foram alcançados, porém com algumas limitações, dificuldades e entraves como a indisponibilidade de espaço físico no setor, quebra da rotina de cuidados principalmente dos técnicos de enfermagem, recursos restritos (materiais e equipamentos), mas pode-se afirmar que houve uma melhora significativa nos pontos abordados pela preceptoria. Assim, com base nos eixos estruturantes da educação, trabalho e saúde que se construiu a identidade do preceptor na emergência com ênfase na assistência, no ensino e na orientação.

Considerando a complexidade do campo, cenário de aprendizagem, como uma emergência superlotada referência na região em saúde para traumas, cirurgias, agravos neurológicos e clínicos questiona-se sobre a validade de utilizar tal espaço para formação em saúde, mas: Qual é o cenário mais adequado para a aprendizagem? O cenário está relacionado com a competência que queremos atingir (MARINS, 2011). Então, conclui-se que é ali que deve estar o preceptor e o acadêmico produzindo saúde e conhecimento.

Reconhecer estas fragilidades como profissional e contribuir como preceptor foram dois papéis distintos exercidos simultaneamente. Cabe inferir sobre o afeto ao trabalho, aos pacientes, à equipe e a disposição e conhecimento dos monitores em fazer parte, conhecer e aperfeiçoar. A compreensão que trabalhamos é de que o afeto é o motor e a energia inseparável da estrutura cognitiva (REGO, 2011).

Além dos pressupostos básicos da preceptoria, é imprescindível construir a competência moral, princípios éticos e de humanização nos alunos, na equipe e em si próprio. Isto parte da reflexão sobre as ações. “Não é a experiência que transforma, mas sim, exatamente, a reflexão sobre essa experiência, e é esse o papel que devemos desempenhar no campo da formação” (REGO, 2011, p. 43).

As atividades foram pautadas na portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção no âmbito do SUS e nas diretrizes de implementação da Rede de Urgência. Nesse contexto, a Rede de Urgência atua fornecendo suporte em momentos críticos a fim de proporcionar um cuidado pautado na humanização, resolutividade de forma ágil e oportuna (SOUSA et al., 2014).

Analisando o processo fica claro que a Rede de Urgência foi contemplada com esta vivência/integração onde o processo de trabalho do preceptor favoreceu a formação de futuros educadores físicos e enfermeiros. No que concerne às metodologias utilizadas, o objetivo foi permitir o protagonismo destes acadêmicos na assistência lapidando suas competências com relação às especificidades da urgência sem, entretanto, comprometer a rotina de cuidados da unidade. Entre os desafios e potencialidades, as atividades em campo estiveram consonantes com o que dispõe a Porta-

ria Interministerial 1.802/GM/MS de 2008 que estabelece diretrizes para o PET-Saúde.

O Alinhamento teórico-prático troca de experiências e saberes:

Outro componente da preceptoría é construir conhecimento coletivamente a partir da vivência. No arranjo do PET-Redes definiram-se encontros de alinhamento teórico-prático quinzenais para formação e compartilhamento de saberes e experiências dentro da RUE. A facilitação destes encontros foi partilhada entre coordenação, tutoria, preceptores e monitores.

No período correspondente, foram conduzidos pela preceptoría em questão 8 temas pactuados pelo grupo para fundamentar as ações em campo conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Demonstrativo dos temas apresentados nos encontros de alinhamento teórico da Rede Urgência e Emergência.

TEMÁTICA	METODOLOGIA	OBJETIVOS
Sistema Fragmentado versus Redes de Atenção à Saúde	Exposição Dialogada	Discutir a partir dos pressupostos do SUS de que modo a Rede de Urgência tem desenvolvido suas ações e em que pontos o grupo pode contribuir para consolidação do modelo organizativo em Redes de Atenção.
Estruturação da Rede de Urgência e Emergência Local	Visita Técnica; Exposição Dialogada; Construção de Um mural representativo dos pontos de atenção.	Conhecer a regulamentação que dispõe sobre a estrutura dos serviços de emergência, os tipos de urgência e emergência, a classificação das unidades, além dos recursos humanos, tecnológicos e dos serviços de apoio.
Gestão de leitos, fluxo de internação e a implantação de protocolos operacionais	Exposição Dialogada; Consulta aos protocolos operacionais dos serviços.	Compreender a lógica organizativa dos serviços de emergência e da integração entre eles definindo fluxos de encaminhamento e cuidado.
Intercorrências Clínicas em Pacientes Críticos	Exposição Dialogada; Estudos de Caso.	Apresentar principais intercorrências clínicas em pacientes graves e definir condutas emergenciais.
Reabilitação Funcional em pacientes com déficit motor e sensorial	Exposição Dialogada; Prática em Campo.	Complementar as ações em campo e reconhecer técnicas que podem ser aplicadas no hospital para reabilitação funcional de pacientes com limitações.
Cuidado multiprofissional na tentativa de suicídio - RUE	Equipe do PET e da Emergência	Apresentar os eixos da assistência multiprofissional à pessoa que tentou suicídio incluindo o setor de emergência como componente da Rede de Atenção Psicossocial.
Normatização das Referências Estilo Vancouver	Exposição Dialogada; Atividade em Grupos.	Facilitar a construção de artigos e demais atividades de pesquisa a partir das regras de Vancouver para construção das referências bibliográficas.
Métodos de Pesquisa	Oficina	Desenvolver habilidades no manuseio de dados quantitativos e suas representações (gráficos, tabelas e quadros) para facilitar na análise e discussão dos resultados da pesquisa desenvolvida pelo grupo tutorial.

Fonte: Cronograma de Alinhamento Teórico da Rede de Urgência e Emergência

Estes encontros permitem aos integrantes do projeto visualizar de que forma as propostas são vivenciadas em cada serviço reconhecendo as especificidades do saber e do fazer dentro da Rede. Sendo de fundamental importância a comunicação, a interdisciplinaridade e a participação de gestores, docentes, discentes, profissionais do serviço e representações de usuários.

Essa experiência reafirma que a preceptoría em serviço é uma construção coletiva baseada no encontro “entre aqueles que demandam conhecer sobre sua saúde/vida – o usuário; entre aqueles que demandam a respeito de determinado processo de saúde e de adoecimento individual e/ou coletivo – o estudante e aquele que ativa ou facilita esse processo cognoscível, o preceptor” (CERQUEIRA, 2011, p. 70).

○ Atividades integradas: articulação entre as redes:

Conversando com a comunidade:

A Rede de Urgência e Emergência está entre as que mais demandam por participação e controle social. Sem o empoderamento e apoio da comunidade é impossível integrar a perspectiva das Redes a um tipo de atendimento tão específico. Neste contexto, o PET-Redes UVA desenvolve ações de escuta da comunidade e projetos de intervenção frente às necessidades do território em parceria com outros setores públicos e as demais Redes de Atenção. A finalidade maior é gerar compromisso nos integrantes do projeto e no usuário para discutir o atendimento e qualificá-lo respondendo efetivamente ao compromisso de corresponsabilização preconizado pelo SUS.

Conforme Cerqueira (2011) a perspectiva não é usar espaços para ‘ensinar’ a comunidade a utilizar ‘adequadamente’ os serviços ou simplesmente transmitir conhecimentos. É levar o usuário a ver a necessidade individual numa perspectiva geral, da coletividade aproximando-se dos serviços e dos profissionais para colaborar com sua própria saúde.

Além disso, segundo Viera e Ximenes (2012) acredita-se que, por inserir os estudantes de maneira participativa no contexto social, a extensão popular é capaz de formar profissionais que contribuam efetivamente com a construção humanística, crítica e democrática da saúde, forjando-se aí uma nova perspectiva ética.

Foram desenvolvidas ações nas escolas públicas e com representantes dos conselhos locais de saúde e de grupos de trabalhadores como, por exemplo, os taxistas numa abordagem sobre os acidentes de trânsito. Entre as Redes foram trabalhados temas como a acessibilidade a pacientes com deficiência no setor de emergência, emergências obstétricas com as chamadas “mães sociais” do projeto Trevo, combate ao trote ao SAMU, sensibilização a respeito dos encargos sociais e familiares em vítimas de acidentes, violências e usuários de crack, álcool e outras drogas entre outras.

Neste momento percebeu-se uma maior participação do grupo pela possibilidade de atingir o usuário de maneira mais direta e aplicar os conhecimentos aprendidos nos encontros de alinhamento teórico. A interlocução de várias categorias favoreceu o alcance dos objetivos sendo este um ponto forte do PET, as ações de extensão envolvendo a população (CRUZ, 2012).

Aprendizagem significativa a partir da preceptoria:

Na realidade assistencial em urgência e emergência o cuidado de enfermagem tendência ao mecanicismo e engessamento do saber. Ao longo dos anos, sem perceber, nos tornamos impermeáveis à criatividade e à práxis no sentido de qualificar o atendimento ao paciente crítico. Neste aspecto, a preceptoria em serviço favoreceu a (re)construção e ressignificação do trabalho a partir da humanização, do embasamento teórico, da troca de experiências e da reflexão sobre meu espaço e meu fazer.

Este período permitiu desconstruir alguns pensamentos e adquirir maior habilidade nos relacionamentos interpessoais a partir da elaboração coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas sejam eles individuais, do setor, da equipe, dos pacientes ou do grupo tutorial.

O arranjo em Redes foi motivador para gerar uma nova compreensão sobre o papel do enfermeiro emergencista e sua equipe no fluxo assistencial do SUS, além de estimular mudanças pessoais e de postura profissional. A partir desta experiência, ficou claro que é possível fazer mais, para além da rotina que nos é estabelecida.

Destaca-se também como foi produtiva a inserção dos discentes em campo, ou seja, como a integração ensino-serviço agregou valor em cada participante de maneira a desencadear ações com impacto direto sobre o setor de emergência em resposta às demandas em saúde deste território.

A partir deste ponto legitima-se a função do preceptor em emergência para pensar a relação entre trabalho e ensino no campo da saúde no Brasil. Definidos os papéis, ressalta-se que a preceptoria não consiste em informar, mas formar, reformar e transformar.

Entre as ações definidoras deste processo ensino-aprendizagem destaca-se a participação no planejamento de ações com a secretaria de saúde, participação em reuniões e capacitações com profissionais e gestores, reabilitação de pacientes dentro da emergência, integração com núcleos multiprofissionais, atendimento em serviço a pacientes graves, ações de educação em saúde, implantação do acolhimento com classificação de risco na atenção primária, atendimento pré-hospitalar entre outros.

○ Considerações Finais:

A partir deste relato é possível (re)afirmar a importância estratégica do preceptor no ambiente de emergência tanto para a qualificação do atendimento quanto para a educação permanente em saúde e formação de novos profissionais aptos a diminuir as fragilidades e investir nas potencialidades da Rede.

Cabe destacar que todos os dispositivos utilizados pela preceptoria contribuíram para o fortalecimento do vínculo entre a instituição formadora e o serviço numa relação de ajuda mútua mediada pelo programa PET-Redes. Recomenda-se que outras ações de extensão, incluindo outras categorias profissionais, possam integrar-se ao serviço de maneira complementar, pois a demanda de pacientes críticos, de melhoras estruturais, de capacitação e de profissionais não acaba.

O ganho de habilidades nos discentes, tais como a tomada de decisão, destreza em procedimentos técnicos, domínio do fluxograma e dos protocolos do setor, comunicação, administração e gerenciamento de problemas pode torná-los ótimos profissionais e excelentes preceptores no futuro. A formação em saúde em campo, facilitada por um preceptor é o caminho de mudanças para consolidação das Redes de Atenção e garantia de equidade e resolutividade nos atendimentos de emergência.

Mudam as práticas, os cenários, os conceitos, os currículos, as políticas, os desafios e as demandas de ensino e aprendizagem, mas a figura do preceptor continua pautando-se na capacidade de articular e troca estes saberes e experiências em favor do SUS.

○ Referências:

AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Rev. HUPE** [online]. v. 11 n. 1 (supl. 1), p. 1-6, 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BARRETO, V. H. L. et. al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da universidade federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 4, p. 578-83, 2011.

CERQUEIRA, P. A. Formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. In: VICTORIA, B. (Org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 126p.

CRUZ, P. J. S. C. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades

de João Pessoa, PB. **Saúde Soc.** v. 21, n. 4, p.1087-100, 2012.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2009.

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

RODRIGUES, A. M. M. et. al. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 2, p. 106-12, 2014.

MARINS, J. J. N. Formação de preceptores para área de saúde. In: VICTORIA, B. (Org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** Juiz de Fora: UFJF, 2011. 126p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

OLIVEIRA, M. L. et. al. PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online]. v. 36, n. 1 (supl. 2), p. 105-11, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5022012000300016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 jun. 2016.

REGO, S. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. In: VICTORIA, B. (Org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** Juiz de Fora: UFJF; 2011. 126p.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto [UERJ].** v. 11, n. 1 (supl. 1), p. 77-81, 2012.

SOUSA, L. B. S. et. al. Capacitação de agentes comunitários de saúde em pequenas urgências: compartilhando experiências. *Sanare. Sobral*, v. 13, n. 2, p.57-62, 2014. VIEIRA, E. M.; XIMENES, V. M. Atividade comunitária e conscientização: uma investigação a partir da participação social. **Barbarói [online].** v.36, n. 1, p. 91-112, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jun. 2016

As oficinas terapêuticas como estratégia de cuidado à saúde mental na atenção básica

09

Valéria Baccharin Ianiski
Roseli Mai

Camila Fabiana Lemos Francescato

Karla Renata de Oliveira

Adriane Cristine Oss Emer Soares Alpe

Elisiane Bisognin

Introdução

A construção da loucura como doença mental, bem como formas de tratamento humanizadas, demandou transformações sociais e, sobretudo, a compreensão do sofrimento psíquico e seus determinantes sociais¹. Antes do advento da psiquiatria o indivíduo diagnosticado como psicótico era isolado da sociedade juntamente com os demais excluídos. Assim, infratores, leprosos e prostitutas eram internados por constituírem o grupo de desregrados ou desviados das normas sociais vigentes (NUNES; TORRES; ZANOTTI, 2015).

Após o surgimento da psiquiatria, a loucura passou a ser compreendida como uma doença apropriada pelo discurso médico, de forma que o paciente recebia uma classificação e posteriormente era isolado em um manicômio. A partir de então foram inseridas atividades com objetivos terapêuticos nas instituições psiquiátricas. Em um primeiro momento foram incorporadas atividades relacionadas ao trabalho, como por exemplo, a laborterapia, que também possuía a finalidade de disciplinar o indivíduo e o adequar a rotina da instituição (GUIMARÃES; GUAZZELLI, [2016]).

A partir da Reforma Psiquiátrica os profissionais de saúde e os serviços substitutos estabelecidos substituíram o enfoque no atendimento individual e o transtorno mental como centro do cuidado, passando a trabalhar na integração do in-

1 - Determinantes sociais podem ser compreendidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população.

divíduo na sociedade. Nesta perspectiva, atualmente os serviços de saúde mental possuem como proposta ações e atividades voltadas à reintegração social do usuário e de sua família (NUNES; TORRES; ZANOTTI, 2015).

Durante a década de 40, no Brasil, a psiquiatra Nise da Silveira protagonizou uma nova perspectiva de cuidado no campo da psiquiatria ao utilizar as oficinas como um recurso terapêutico. Ela destacou a importância do convite para participar das oficinas, uma oferta sem caráter obrigatório. As atividades propostas compreendiam trabalhos manuais, atividades de expressão, recreativas e culturais, possibilitando que os doentes restabelecessem o contato com a realidade através da criatividade (GUIMARÃES; GUAZZELLI, [2016]).

Com uma perspectiva de cuidado humanizado e com vistas à integração social dos indivíduos com sofrimento psíquico a sociedade, o Ministério da Saúde propôs políticas públicas e metodologias de trabalho que inserissem este público ao convívio social, vislumbrando a não estigmatização destes sofrimentos e a retomada da vida em sociedade. O Ministério da Saúde, a partir de diferentes publicações e instrumentos, com destaque ao caderno dirigido especialmente a organização da Saúde Mental na Atenção Básica (AB) publicado em 2013, propõe diferentes perspectivas de cuidado visando sempre um trabalho conjunto e articulado, onde as diferentes esferas de cuidado e níveis de atenção possam auxiliar no manejo e organização da atenção ao indivíduo com sofrimento mental, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Dentre as propostas de trabalho sugeridas pela esfera federal, está à realização de trabalhos dentre os quais destacamos as oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas podem ser definidas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Com vistas a este constructo de reintegração dos indivíduos a sociedade e com base nos pressupostos Atenção Básica (AB) que integram a oferta do primeiro contato com o sistema público de saúde, à proximidade com a comunidade, o território, e a oferta de cuidado às demandas diárias dos usuários, as demandas em saúde mental também se adequam a este rol de cuidado que pode ser ofertado inicialmente pelas equipes da AB com apoio matricial dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (BRASIL, 2013).

Na AB o profissional de saúde tem a possibilidade de estabelecer vínculos com usuários, conhecer sua história, particularidades e elementos do contexto de vida, pois o território é delimitado e geograficamente conhecido, além do alto grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2013). Neste contexto, o

presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de profissionais de saúde residentes de uma equipe multiprofissional em saúde da família com o trabalho em saúde mental realizado através de oficinas terapêuticas em uma Unidade Saúde da Família (USF).

○ Metodologia:

Este trabalho caracteriza-se como um relato de experiência a partir da vivência de profissionais de saúde residentes das áreas da enfermagem, nutrição e psicologia com um grupo de saúde mental, através de oficinas terapêuticas, em uma Unidade Saúde da Família (USF), localizada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/BR.

Foram respeitados todos os preceitos éticos que regem uma pesquisa com seres humanos de acordo com o preconizado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde.

○ Resultado e discussão:

As oficinas terapêuticas integram um dos dispositivos previstos pela Política Nacional de Saúde Mental, visando sensibilizar e ofertar o cuidado integral proposto na Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Através da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, pode-se perceber que a produção de saúde é inseparável quanto à produção de subjetividade, tendo por objetivo inovar nas práticas de produção de saúde, onde humanização compreende-se por valorização dos diferentes sujeitos, sendo valores desta política o protagonismo do sujeito, a corresponsabilização, os vínculos bem como a participação da coletividade nas práticas de saúde (BRASIL, 2009).

O grupo de oficina terapêutica teve início na USF no ano de 2013 a partir de um projeto construído por um profissional de saúde, psicólogo residente. Seu público alvo foram usuários (homens e mulheres) em sofrimento psíquico, seja por transtornos de humor, isolamento social ou vulnerabilidade emocional. A coordenação da oficina terapêutica é de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e conta com a colaboração dos profissionais de saúde residentes e demais profissionais da equipe da USF.

O objetivo inicial da oficina terapêutica foi de criar um espaço de reabilitação psicossocial e promoção de saúde através da intervenção grupal, onde a arte pudesse ser utilizada como ferramenta para facilitar a expressão dos sentimentos. A oficina se constitui em um grupo aberto, com encontros semanais e oferta a possibilidade de diálogo e expressão dos sentimentos durante a con-

fecção de artesanato, constituindo um momento para compartilhar experiências, emoções e sentimentos com os outros participantes do grupo, alcançando deste modo o objetivo terapêutico.

Visando estabelecer vínculo entre profissionais de saúde e usuários assim como entre os próprios usuários, foram ampliadas as atividades desenvolvidas na oficina, objetivando aumentar o espaço de fala e escuta entre as participantes. Para tanto foram utilizadas dinâmicas de grupo com disparadores temáticos, músicas, passeios, vídeos e leitura de mensagens para momentos de reflexão.

Além disso, a programação das atividades da oficina contava com a colaboração dos usuários que participavam, de modo que lhes foi possibilitado sugerir atividades. A partir dessas discussões foi construído um cronograma onde alguns usuários se prontificaram a propor uma atividade/artesanato para desenvolver com os demais. Esta experiência permitiu que os mesmos compartilhassem seus saberes, suas histórias e experiências.

O trabalho de nortear/guiar a oficina terapêutica revelou-se um desafio, pois havia uma problemática frente ao recurso disponível para a aquisição dos materiais necessários a sua manutenção. Desta forma os usuários foram convidados a pensar e propor estratégias para a busca de recursos extras para a compra de novos materiais para a sistemática do artesanato. Estabelecido que uma parte da produção da oficina fosse comercializada, deste modo houve a alternância entre momentos de aprendizagem em que os usuários poderiam ficar com suas produções e a confecção de artesanatos para a venda livre na comunidade. Neste momento, fez-se necessário destacar o engajamento dos usuários na comercialização dos artesanatos produzidos e o posterior repasse dos valores recebidos. Uma importante experiência de interlocução e inserção-social para esses sujeitos.

Trabalhar a manutenção da oficina não se restringiu a uma que são financeira, mas envolveu o reconhecimento social do trabalho dos usuários. A possibilidade de participar das discussões, o momento de confecção do artesanato e sua comercialização convocaram os mesmos a assumirem uma postura mais ativa na gestão do processo de trabalho, questões muito importantes, pois acompanhando a história de alguns foi possível identificar dificuldades em gerir a própria vida.

É possível identificar um componente de sofrimento psíquico em diferentes patologias, o qual pode interferir na adesão ao tratamento ou às práticas preventivas. Pode-se concluir que todo problema de saúde também constitui um problema de saúde mental, e a saúde mental é também/sempre produção de saúde, visto ser impossível à dicotomia entre corpo e psíquico (BRASIL, 2005).

Entre os diversos instrumentos de intervenção psicossocial na AB destacam-se os grupos, por propiciarem a troca de experiências e movimentos que não seriam viáveis no atendimento individual em virtude da diversidade que o grupo proporciona (BRASIL, 2013). As oficinas terapêuticas ofertam a possibilidade de produção e interação social, da qual muitos sujeitos estão privados em decorrência do sofrimento mental e intolerância familiar (NUNES; TORRES; ZANOTTI, 2015).

Inserir novamente este público ao convívio social e as dinâmicas de vida de suas famílias e, também, da sociedade, faz com que os mesmos não se sintam desvalorizados e um “peso” para suas famílias e grupos sociais. Atualmente a cidadania constitui um dos princípios das práticas de cuidado e assistência ao sujeito em sofrimento psíquico, um dos frutos das lutas em defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental. Costa e Figueiredo (2008 apud NUNES; TORRES; ZANOTTI, 2015) destacam o caráter transformador das oficinas terapêuticas, transformações que abrangem tanto os materiais utilizados quanto os próprios participantes.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades, modificando, qualificando e organizando as condições e modos de vida, orientando-se para a produção de vida e de saúde e não apenas a cura das doenças. A partir deste pressuposto, podemos acreditar que a vida pode e tem várias formas de ser vivida, experimentada e percebida por si próprio e pelos outros, onde o sujeito possui múltiplas dimensões, no que refere a desejos, anseios bem como também aos seus valores e escolhas. (BRASIL, 2013).

Participar da oficina terapêutica possibilitou identificar pontos comuns nos relatos dos usuários como, histórias de perdas, abandono, conflitos, adoecimento, sofrimento e muitas vezes de solidão. Em alguns casos, a oficina constituiu-se um dos poucos (ou o único) espaços que permitia se falar sobre estas questões.

O fortalecimento do trabalho em equipe no atendimento em saúde mental constituiu-se uma ferramenta de cuidado de suma importância no planejamento do cuidado aos usuários. Ampliar a responsabilização da equipe pelo planejamento das ações e estratégias de fluxos de atendimento geraram impacto significativo na rotina de trabalho da equipe de saúde e no acesso ao serviço pelos usuários, sua família e comunidade.

Medicações? Alguns utilizavam várias. As quais se propunham a aliviar um mal estar, um sentimento de melancolia, sofrimento ou dor, no entanto, na maior parte das vezes, está dor estava do lado de fora do corpo, e ainda não inventaram algo que dê conta das questões do sujeito.

Em seu trabalho *O Mal-Estar na Civilização* (1930) Freud reflete acerca da condição humana, afirmando que os homens procuram, concomitantemente, em

sua vida, evitar a dor e o desprazer e ter experiências que proporcionam prazer. O princípio do prazer rege o funcionamento do aparelho psíquico, porém não há possibilidades dele ser executado: as regras do universo lhe são contrárias. Aquilo que designamos como felicidade provém da satisfação das necessidades repressadas, porém elas são apenas possíveis episodicamente. “Quando qualquer situação desejada pelo princípio do prazer se prolonga, ela produz tão somente um sentimento de contentamento muito tênue” (FREUD, 2006, p. 84).

As possibilidades de felicidade são restringidas pela nossa própria constituição. Inversamente, a infelicidade é muito mais fácil de experimentar. Segundo Freud (2006), são três as origens do sofrimento humano: a fragilidade e finitude do corpo, a incapacidade de dominar a força da natureza e o relacionamento com os outros homens. As duas primeiras fontes de sofrimento são inevitáveis: nunca conseguiremos dominar completamente a natureza, nem o nosso próprio organismo, pois ele também parte dessa natureza, constituindo uma estrutura passageira com uma capacidade limitada para se adaptar.

Em relação à terceira fonte, é o sofrimento causado pelos relacionamentos com os outros que consomem mais energia dos homens. Essas vivências de sofrimento se referem às dificuldades de adequação às normas que conduzem as relações sociais cotidianas, tanto na família como nas outras organizações sociais. Para evitar o sofrimento os homens utilizam diversos meios, como a ingestão de substâncias químicas, rompem com a realidade, além de deslocar a libido para atividades intelectuais, artísticas ou religiosas (FREUD, 2006).

Quanto a essa origem do sofrimento, social, o homem tem dificuldade em compreender por que as normas estabelecidas por ele próprio não o protegem e nem o beneficiam. Porém, quando consideramos que fomos mal sucedidos na prevenção desta fonte de sofrimento, surge a suspeita de que há nesse fato a contribuição de nossa constituição psíquica. “Como uma última técnica de vida, pelo que menos lhe trará satisfações substitutivas, é-lhe oferecida a fuga para a enfermidade neurótica (...)” (FREUD, 2006, p. 91-92).

(...) O neurótico cria em seus sintomas satisfações substitutivas para si, e estas ou lhe causam sofrimento em si próprias, ou lhe tornam fontes de sofrimento pela criação de dificuldades em seus relacionamentos com o meio ambiente e a sociedade a que pertence. Este último fato é fácil de compreender; o primeiro nos apresenta um novo problema. A civilização, porém, exige outros sacrifícios, além do da satisfação sexual (FREUD, 2006, p. 113).

O autor ainda aborda a questão do sofrimento e do desamparo como algo que faz parte da vida do ser humano. O homem sofreria psiquicamente quando estivesse impossibilitado para amar e trabalhar. O processo civilizatório impôs uma

série de sacrifícios ao homem. “O homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança” (FREUD, 2006, p. 119). A criação do sentimento de culpa constitui o principal problema desenvolvido pela civilização, de modo que pagamos pelo nosso avanço civilizatório o preço da perda da felicidade em razão da intensificação do sentimento de culpa.

O mundo moderno reduziu os espaços discursivos, de modo que os sujeitos permanecem em silêncio. Estes espaços são necessários para que o homem atribua sentido ou ressignifique suas experiências através da fala. Por ter perdido o seu espaço de simbolização, o corpo se torna o único meio de denunciar o sofrimento psíquico, e é considerada a principal forma de denúncia do sofrimento feminino (KEHL, 2009).

De acordo com Figueiredo (1997) as USF e/ou Estratégia Saúde da Família recebem uma clientela que sofre do corpo e da vida. Ao concluir que ele, o usuário, “padece dos acontecimentos da vida com uma intensidade incapacitante”, também se pode concluir que “lhe capacitar para enfrentar a vida” já seria um resultado satisfatório, uma solução prática já apontada por Freud e Lacan.

A oficina procura proporcionar um espaço de fala e escuta, a fim de que as usuárias possam minimamente se colocar em alguma situação. Se colocar em movimento para algo diferente. Acredita-se que os relatos dos usuários forneçam subsídios para que o outro se transforme, abrindo espaço para que algo do sujeito possa surgir/se manifestar. Algo desconhecido às vezes para ele próprio, não somente a queixa e a repetição.

Trabalhar o cuidado à saúde mental nos diferentes espaços que a AB dispõe, possibilitou aos residentes estimular a empatia, a humanização na assistência e uma reflexão sobre as condutas e possibilidades de tratamento e disponibilidades de cuidados e práticas alternativas que não apenas a medicalização da doença. A prática do cuidado em saúde mental acontece o tempo todo, desde o momento da escuta do acolhimento até a atenção individual, perfazendo diversas formas, ocasiões e ambientes.

Conhecer o território de saúde, e imprimir nossa perspectiva de análise desses processos de trabalho e de produção de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de grande valia para a efetivação das ações propostas e de um trabalho resolutivo. Problematicar a oferta do cuidado e as ações dos trabalhadores do SUS ao realizarem seu trabalho, proporciona que se ofereça cada vez mais um trabalho de excelência e qualidade na busca de um cuidado que compreenda os indivíduos de maneira integral. Cada produção nesse sentido se faz como um além da informação técnica produzida e compartilhada. Com as

problematizações agrega-se uma virtualidade de possibilidades elucidativas e interventivas a partir de cada efeito capaz de ser mapeado pelos trabalhadores (SILVA; BRITO, 2015).

○ **Considerações finais:**

A arte constitui um recurso terapêutico ao possibilitar que o sujeito se coloque e expresse através dela seus sentimentos, angústias e emoções. As oficinas são terapêuticas na medida em que criam um espaço de convivência, ressocialização e produção de autonomia. Foi possível perceber que as oficinas se constituíram em um espaço de fala e de escuta, uma proposta de que através do fazer (trabalho, artesanato) e da fala/escuta seja possível minimamente desconstruir/construir algo, colocar os usuários em movimento com relação às suas queixas e sua vida.

As oficinas terapêuticas têm contribuído para a qualificação do cuidado em saúde mental democratizado e horizontalizado entre os profissionais e os usuários com manifestação satisfatória dos participantes. Como resultados observa-se maior vínculo dos participantes com a equipe e a comunidade, superação das dificuldades pela identificação com as histórias de vida comuns e formas de superação, redução das buscas por atendimentos individuais nas unidades de saúde, maior satisfação e empatia da equipe com os usuários, em função da articulação das oficinas com as demais práticas de saúde do município.

O trabalho de escuta tem auxiliado os usuários a se implicar e se reposicionar em relação ao seu adoecimento, e se deslocar da posição de vítima, caso este seja o seu desejo, além de possibilitar que os mesmos sensibilizem-se com o adoecimento do outro e construam uma rede de apoio mútuo. Desta forma, as oficinas terapêuticas constituem-se como um espaço privilegiado para acolher o sofrimento mental na atenção básica, evitando-se a cronificação dos sintomas psiquiátricos e a necessidade de o usuário percorrer outros pontos da rede de atenção psicossocial.

○ **Agradecimentos:**

Agradecemos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR e em nome dele as instituições Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - FUMSSAR, Núcleo de Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - NEP/FUMSSAR pelas possibilidades de prática, ensino e pesquisa vivenciadas e ao Ministério da Saúde/MS pela concessão das bolsas de estudo do programa de residência.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 30 ago. 2017.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília. nov., 2005. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 30 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em 28 ago. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 28 ago. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em 30 ago. 2017.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

GUIMARÃES, Saionara; GUAZZELLI, Carolina Torres. **Oficinas Terapêuticas**: formas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica [2016]. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Saionara-Guimar%C3%A3es.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde - Legislação Federal. Secretaria de assistência à saúde. **Portaria N° 189 de 19 de novembro de 1991**.

NUNES, Viviane Soares; TORRES, Marília de Albuquerque; ZANOTTI, Susane Vasconcelos. O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1649-7954-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em 16 jun. 2017.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [1]: 253-271, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>. Acesso em 02 set. 2017.

SILVA, Fábio Herbert da; BRITO, Janaina Madeira. As reflexões teórico metodológicas sobre saúde mental e Humanização na Atenção Primária no Município de Serra/ES. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 66-75

○ Tem que ter “pic”! Programa interdisciplinar comunitário: espaço de potência para a formação interprofissional em saúde

10

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas
Rúbia Mara Maia Feitosa
Wanderley Fernandes da Silva

○ Introdução

Há alguns anos, o ensino superior caminha na perspectiva de formar profissionais de saúde que estejam em consonância com os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) tem investido esforços para integrar as políticas públicas aos serviços de saúde, buscando também relacionar a prática na graduação com a assistência prestada à população, possibilitando que os acadêmicos possam vivenciar e problematizar o saber/fazer na área de Saúde Coletiva (MELLO; ALVES; LEMOS, 2015).

As mudanças dos modos de produção e reprodução social, engendradas pelo modelo neoliberal capitalista articulado ao acúmulo epidemiológico oriundo de modelos de saúde não resolutivos, têm impactado fortemente os perfis epidemiológicos dos grupos sociais homogêneos, o que gera necessidade de uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde do coletivo. Caminhar nessa perspectiva exige que novas formas de pensar, produzir, educar e formar em saúde sejam desenvolvidas pelos profissionais, pelos gestores, usuários e instituições de ensino, fortalecendo a qualidade do cuidado, resolubilidade dos serviços e efetividade da atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2013).

Além disso, as instituições de ensino passaram a buscar novas estratégias de ensinar/aprender a fim de que a formação dos trabalhadores - em especial de saúde - seja adequada à conformidade do modelo de atenção à saúde, pautada na prevenção e promoção dos determinantes e condicionantes de saúde/doença. Faz-se oportuno que o projeto político pedagógico dos cursos de graduação em saúde possa operar com concepções teóricas e metodológicas que insiram, desde

cedo, os acadêmicos na comunidade atuando e aprendendo com outros profissionais, buscando estratégias para uma formação pautada na educação interprofissional, intersetorial e interdisciplinar (COSTA et al., 2014).

Desse modo, o processo de formação em saúde busca romper a tendência dos profissionais de cada área trabalhar de forma isolada e independente dos demais saberes/práticas, reflexo de longa e intensa formação também isolada e circunscrita à sua própria área de atuação, pautado no modelo de ensino cartesiano, por disciplinas, e na racionalidade biomédica, referida à ênfase na dimensão biológica e no substrato anatomopatológico do processo saúde-doença (FRENCK et al., 2010).

Sabe-se que a formação em saúde e suas práticas acabam por ser orientadas e carregadas de intensa fragmentação do cuidado, de modo que os acadêmicos são formados para ter o domínio dos saberes técnico-científico. A superação desse modelo tem sido apontada nos estudos sobre a interface entre a educação e a área da saúde, surgindo a proposta da educação interprofissional, com caráter interdisciplinar e intersetorial.

A interprofissionalidade caminha no sentido de fazer com que os diversos atores/atrizes com diferentes formações na saúde, articulem seu saber com o dos outros para a organização do trabalho, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, compartilhando ações e delegando atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa e interdisciplinar. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos, e ampliar o reconhecimento da multiplicidade de saberes e sua relação com a interdisciplinaridade (PEDUZZI et al., 2013).

Segundo o referencial de D'Amour (2008), o trabalho interprofissional possui dimensões e indicadores que permitem aos sujeitos desenvolverem uma prática colaborativa e relacional. A primeira dimensão relacional é ter Objetivos e Visão Compartilhados, que se refere à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de divergências, de fidelidades múltiplas, e a diversidade de percepções e expectativas para a colaboração.

A segunda dimensão relacional é a Internalização, que se refere a uma tomada de consciência pelos trabalhadores de suas interdependências e da importância de gerenciá-las, e que se traduz num sentimento de pertença, no conhecimento mútuo dos valores e disciplinas e na confiança.

Além das dimensões relacionais, enfatiza-se duas dimensões organizacionais, que é a Formalização, pois, a medida em que os procedimentos são documentados é que se comunicam comportamentos e resultados desejados. A For-

malização esclarece as expectativas e responsabilidades dos parceiros. A outra dimensão organizacional é a Governança, que implica a liderança no processo de colaboração; a clareza da direção do processo; a permanente comunicação entre os participantes para colaboração; e o suporte às inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais (D'AMOUR, 2005; 2008).

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforçou a importância da educação interprofissional para reorientar os processos formativos dos trabalhadores de saúde. A OMS, através de documentos de caráter técnico-político, vem propondo mudanças nos níveis educacionais e organizacionais, bem como, influenciando organismos reguladores e políticos para incorporar ao debate da formação dos profissionais de saúde a educação interprofissional, principalmente, no Canadá, EUA, Reino Unido e Austrália (REEVES, 2016; WHO, 2010).

Desse modo, torna-se importante que o processo de formação possa ofertar situações de aprendizagem colaborativa entre os acadêmicos dos diversos cursos de graduação em saúde. Com isso, possibilita-os que conheçam os papéis, os saberes e a construção de competências junto aos demais profissionais, compreendendo os processos de trabalho específicos de cada ator/atriz em saúde, ao mesmo tempo que reconheçam os processos de trabalho coletivos em saúde.

Pensando nesse contexto da formação em saúde, a Universidade Potiguar - UnP, oferta em sua proposta curricular dos cursos de graduação em saúde a disciplina Programa Interdisciplinar Comunitário (PIC). Constitui-se num importante espaço para o exercício da interdisciplinaridade e interprofissionalidade na formação, atuando junto a Estratégia de Saúde da Família, a partir da colaboração entre os futuros profissionais de Saúde.

Assim, objetiva-se relatar as experiências de docentes de enfermagem na disciplina PIC, acerca do processo de ensino-aprendizagem interprofissional que se estabeleceu com os acadêmicos dos diferentes cursos da área da saúde na construção das intervenções comunitárias realizadas numa das 64 equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró - RN, ressaltando as potencialidades e desafios da disciplina para a formação interprofissional em saúde.

○ Conhecendo o Programa Interdisciplinar Comunitário:

O estudo é resultado do relato de experiência realizado por docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Potiguar, Campus Mossoró (RN). O relato envolve os cinco anos de experiências da disciplina intitulada "Programa Interdisciplinar Comunitário" (PIC), ofertada durante o 6º período do curso de enfermagem, e 5º período dos cursos de nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social.

Presente na proposta do Projeto Pedagógico dos diversos Cursos da Escola da Saúde, este componente curricular se caracteriza enquanto práticas interdisciplinares de diagnóstico e sistematização das necessidades de saúde das comunidades. Espaço para o planejamento e desenvolvimento de metodologias de intervenção em atenção primária à saúde (UNIVERSIDADE POTIGUAR, 2010).

Esta tem o objetivo de trabalhar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde na perspectiva da Atenção Primária em Saúde (APS), fortalecendo as ações de promoção e prevenção dos riscos e agravos a qual a comunidade está submetida. Para isso, os alunos precisam construir, por meio de aprendizagem colaborativa, estratégias de diagnóstico comunitário, análise territorial, a fim de intervir nos problemas encontrados no território vivo das comunidades.

O componente curricular conta com dois professores por curso para serem tutores/facilitadores do processo de aprendizagem, que ocorre em momentos presenciais e de atividades no território. Os encontros presenciais são realizados em conjunto com todas as turmas do 5º e 6º período dos cursos da saúde da instituição e servem para a discussão de conceitos importantes como interprofissionalidade, trabalho em equipe, territorialização, sala de situação em saúde, epidemiologia crítica, planejamento estratégico situacional, necessidades sociais e intervenções em saúde. Esse embasamento teórico se faz importante para que o aluno possa compreender seu papel ativo no desenvolvimento da disciplina.

As atividades são planejadas a partir do referencial teórico proposto pelo Arco do diagrama, do Método do Arco de Maguerez, apresentado por Bordene e Pereira (1991) e da Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), construída por Egry (1996). Nesse sentido, as estratégias metodológicas da disciplina seguem os seguintes movimentos: observação da realidade nas três dimensões (Estrutural, Particular e Singular), interpretação da realidade objetiva, pontos-chave, teorização, reinterpretação da realidade, hipótese de solução e aplicabilidade. Pautados nestas estratégias, os alunos quando se inserirem na área adscrita da Estratégia de Saúde da Família vão a partir da observação de uma dada realidade, identificar as necessidades sociais e de saúde da comunidade para posteriormente, elencar quais delas irão guiar o desenvolvimento da investigação.

A segunda etapa consiste em refletir sobre os possíveis determinantes e condicionantes que permeiam o problema eleito, traçando os principais pontos-chave do estudo. A terceira etapa refere-se ao momento de análise dos pontos-chave elencados na perspectiva de responder a situação-problema, compondo assim o processo de teorização. Por fim, a quarta etapa destina-se à elaboração das hipóteses de solução ou reinterpretação da realidade para construção de

uma proposta de intervenção no problema e, em seguida, a aplicação de uma ou mais das hipóteses de solução, como um retorno do estudo à realidade investigada. Dessa forma, vivencia-se um momento de construção crítica que possibilita aos alunos a captação das relações sociopolíticas, econômicas e ambientais no processo de formação (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Para operacionalizar as atividades, são realizados a priori a formação de grupos tendo um professor orientador para interpelar durante todas as etapas a serem aplicadas no território da Estratégia de Saúde da Família. Os momentos de orientação são processuais e ocorrem no decorrer do semestre letivo, conforme cronograma de trabalho pré-estabelecido entre as partes. Ressalta-se que cada subgrupo é formado por alunos dos diferentes cursos, de modo que estes possam desenvolver os saberes e habilidades do trabalho coletivo em saúde, dando base para as ações interprofissionais.

Dessa forma, munidos de um roteiro norteador, os alunos são instigados a identificar as necessidades sociais de saúde presentes na comunidade, com a finalidade de elaborar estratégias para intervir no problema encontrado na realidade.

O roteiro norteador é composto por duas etapas. A primeira delas destina-se para a busca nas bases de dados do Ministério da Saúde e procura de dados e informações acerca das condições de saúde a nível nacional, estadual, municipal. Os dados coletados auxiliam na reflexão do processo de territorialização em saúde, possibilitando aos alunos correlacionarem os principais dados de morbimortalidade a nível nacional e municipal, dados da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, conforme aponta a estratégia de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC (NICHATA et al., 2012). Ainda no primeiro momento, inicia-se a inserção dos alunos na comunidade a fim de identificarem no território barreiras de acesso, áreas de concentração de grupos, equipamentos sociais, áreas de risco presentes na comunidade. Os dados coletados são analisados e subsidiam a construção do projeto de intervenção comunitária.

O território de investigação compreende aos locais de atuação das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró - RN. Destaca-se as Unidades de Saúde da Família do bairro Nova Betânia, Abolição II, Ouro Negro e Liberdade por serem campos de estágio de alunos da instituição. Sendo assim, esses bairros são prioridades para receber atividades da disciplina, visto a possibilidade de integrar ações com alunos de outras séries, cursos e disciplinas.

A compreensão de território no PIC é de que este é um lugar vivo, dinâmico, em movimento constante de construção, desconstrução e reconstrução, de

um território no qual as relações que se estabelecem, em cada momento histórico e em cada contexto, também corroboram para a produção do lugar, onde as teias de valores, sentidos, subjetividades, política e economia vão tecendo relações, pessoas, grupos, comportamentos, sentimentos, sejam individuais e/ou coletivos (SILVA, 2017).

Para efeitos do trabalho no PIC, como técnica, o processo de territorialização nos permite uma análise social do território e desta feita contribui para a identificação de dados e informações significativas e relevantes para o planejamento das ações e serviços em saúde, para operacionalização da tomada de decisões e definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo saúde-doença (SILVA, 2017).

A segunda etapa do roteiro consiste na elaboração e execução dos projetos de intervenção a partir dos problemas identificados nas três primeiras etapas do Método do Arco de Magueréz. Assim, o quarto e o quinto passo apontam a construção de projetos de intervenção bem como sua aplicabilidade no território.

Diversos temas já surgiram e marcaram esses cinco anos de desenvolvimento da disciplina, tendo sido realizado ações sobre meio ambiente, violência, saúde mental, doenças crônicas, direito à saúde, família, trabalho em equipe, saúde do homem, discussões de gênero entre outros. As ações contam com metodologias diversas e com a colaboração dos alunos do grupo, desenvolvendo na prática competências específicas de cada curso, bem como competências interprofissionais.

Há uma preocupação de que as intervenções realizadas não sejam pontuais, sendo que de um semestre para o outro, os ex-alunos da disciplinam apresentam seus projetos na nova turma, para que sirva de base para a construção das novas intervenções. Além disso, nos momentos de orientação, os professores estimulam e discutem entre os grupos o uso de estratégias de educação em saúde, que sejam inovadoras e criativas, que levem em consideração a educação popular, por acreditarmos que essas ações pautadas no saber popular possibilitam a emancipação dos sujeitos envolvidos, construindo conhecimento para as coletividades e o desenvolvimento da autonomia.

Por fim, como forma de avaliação proposta, os alunos realizam uma "Amostra do Programa Interdisciplinar Comunitário", onde eles expõem para a comunidade acadêmica da UnP, por meio de fotos e vídeos, os materiais desenvolvidos durante toda a disciplina. Esse momento é importante para a materialização do trabalho que foi desenvolvido durante todo o período da disciplina na comunidade além de difundir o conhecimento produzido.

○ **Potencialidades e desafios do PIC para uma formação interprofissional:**

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família é um espaço profícuo para a integração de saberes e práticas necessárias à transformação dos perfis epidemiológicos do coletivo, além de fornecer subsídios para o trabalho em equipe com vistas a integralidade da atenção. É nesse universo que os estudantes dos cursos da Escola da Saúde se inserem para o desenvolvimento das atividades do PIC, visando uma prática compartilhada e colaborativa.

Pode-se pensar que o PIC é um espaço de potência que constitui estratégias para promover a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, a partir da formação de grupos de trabalho que envolvem docentes, estudantes de diferentes cursos de graduação, profissionais de saúde e gestores no intuito de assegurar maior resolutividade aos serviços prestados e qualidade à atenção à saúde (CAMARA et. al. 2016).

Os meios/instrumentos didático/pedagógicos utilizados no PIC permitem que os acadêmicos vivenciem dialeticamente, momentos de desconstrução e (re) construção dos saberes e fazeres específicos de cada área de atuação. Além disso, a formação das equipes interprofissionais propõe o exercício, individual e coletivo, de elaborar competências comuns para o trabalho coletivo em saúde, expresso na atuação na Atenção Primária em Saúde.

Por meio das metodologias ativas, os processos pedagógicos relacionam-se com a resolução de problemas de forma crítica e reflexiva, no intuito de promover a interação entre os atores, com foco não só no aspecto cognitivo do conhecimento, mas, também, assumindo a necessidade do desenvolvimento de outras habilidades interpessoais e atitudes para o trabalho em equipe, compreendendo o processo de trabalho em saúde em grupo e a interprofissionalidade. Assim, os sujeitos problematizam sua práxis, tornando-se capazes de transformá-la, e, ao mesmo tempo, transformarem a si mesmos (ARAÚJO et al., 2017).

Enquanto docentes da disciplina, estamos constantemente problematizando para que os estudantes consigam desenvolver tais competências. Porém, temos em mente que nem sempre conseguimos tal feito, e a clareza de que cada período em que a disciplina ocorre, ela acontece com uma dinâmica diferente, abrindo um novo universo de possibilidades. Além disso, essas dificuldades aparecem entre os próprios professores, que possuem saberes diversos, oriundos de projetos pedagógicos e formativos diversos.

Sabe-se que o trabalho e a educação interdisciplinar realizado com participação de diferentes sujeitos, mediante o entrelaçar de diferentes saberes profis-

sionais e educacionais contribui para renovação dos processos de trabalho nos serviços e no ensino, potencializando as estratégias de aproximação de processos inovadores e do cuidado compartilhado (BOLLELA et al., 2014).

A articulação no cuidado possibilita que o acadêmico conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática. Para avançar na prática compartilhada, Silva et al., (2015) menciona que é fundamental que os acadêmicos vivenciem a importância de aprender a trabalhar juntos, durante o curso de graduação através da construção de planos terapêuticos. Destaca-se, porém, que trabalhar no mesmo ambiente e estar junto em uma atividade ou ação não significa efetivar a educação interprofissional. Assim, é muito importante adotar a interprofissionalidade como estratégia de trabalho e de formação, vislumbrando aonde se quer chegar – e de outra feita, entendendo inclusive, que a finalidade do trabalho coletivo em saúde deve ser o mesmo – e propondo passos a serem dados (ARAÚJO et al., 2017).

No entanto, e ao nos depararmos com a própria organização do sistema de saúde, tanto em nível nacional como local, podemos vivenciar alguns desafios. Durante a pesquisa nas bases de dados do Ministério da Saúde, para a produção de dados e informações a respeito do território foco de nossa intervenção e, para a subsequente montagem da sala de situação de saúde, muitas vezes os alunos não se veem como parte daquele processo, acreditando que aquela atividade deva ser realizada por algum administrador. Não se compreende que se trata de um processo de investigação que também faz parte da formação dos profissionais de saúde.

Esse momento é oportuno para orientar aos alunos sobre a importância da coleta dos dados e a sua articulação com as políticas públicas em saúde e as estratégias e programas implantados a nível local. Nas orientações questionamos aos alunos para gerar discussões: Como estes dados estariam relacionados ao processo de investigação/reflexão sobre as práticas de saúde? Como a construção desses saberes influenciam nas estratégias locais sobre as necessidades sociais e de saúde da comunidade? Este exercício de discussão fez-se necessário, na medida em que os acadêmicos associavam a coleta de dados a uma mera atividade burocrática, sem correlação com as etapas do processo de Territorialização em Saúde e as intervenções comunitárias, e sem correlação com seu processo de formação.

Os grupos interprofissionais passam a trazer nas orientações subsequentes reflexões sobre a prática, elaborando articulações entre os saberes dos diferentes cursos envolvidos e, acima de tudo, exercitando o trabalho coletivo em saúde: o que fazer, como fazer e para que fazer.

Já nas etapas para do processo de Territorialização em Saúde, esta possibilita aos grupos a formulação de novos desafios, na medida em que as toma-

das de decisões precisam ser agora de forma interprofissional e interdisciplinar. Que elementos identificados a partir das condições socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas da população deveriam ser elencadas para o processo de planejamento e a elaboração das ações comunitárias? Como promover uma intervenção comunitária de modo interprofissional? Novamente os alunos passam a ser lançados em campos férteis da prática interprofissional em saúde. Todavia, ainda temos como desafio nesse sentido, construir nos discente e em docentes de outras áreas da saúde, um olhar e uma prática voltados às demais dimensões da realidade do território que não se restrinjam a um pensamento unidirecional da doença, focada no indivíduo, fato que ainda predomina.

Não por acaso, durante esta segunda parte da atividade, o discurso de grande parte dos acadêmicos gira em torno da necessidade de todos apreenderem o espaço da escuta e da fala, pois a comunicação entre os membros, em vários momentos, tornava-se obstáculo para operacionalização das atividades. Segundo Silva et al., (2015) numa educação interprofissional em saúde algumas atitudes passam a ser necessárias para o aprendizado durante o trabalho em equipe, como a escuta e a valorização do conhecimento do outro.

Mediar conflitos e traçar objetivos e planos em comuns tornou-se desafio até a finalização do trabalho da disciplina. No processo final e avaliação das atividades, os acadêmicos reconhecem que a comunicação se torna uma ferramenta de troca de saberes, na medida em que passam a reconhecer o saber especializado da outra área como forma de agregar nas decisões e planejamento das intervenções comunitárias. Os alunos apontam ainda que a comunicação possibilita a complementaridade das ações, condição necessária para atenção ao usuário e formação interprofissional. A colaboração, o trabalhar juntos executando ações cuja lógica envolva a busca de respostas às necessidades dos usuários, remete à esfera das interações sociais e comunicação entre profissionais e com os usuários (ARAÚJO et al., 2017).

Esta realidade trata-se de uma das características das equipes integradas, cujos atributos são: respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações (D'AMOUR, 2008).

Superar todas estas inquietações, dúvidas e desafios são importantes para que os acadêmicos consigam efetuar intervenções comunitárias que extrapolem as ações restritas aos saberes específicos de cada curso. O resultado destas culminam com a percepção dos alunos sobre a importância de práticas de cuidado interdisciplinares na Atenção Primária em Saúde e apoiada na integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Dessa forma, ao refletir sobre as experiências durante a disciplina podemos pensar o PIC como um espaço potente para a formação interdisciplinar e interprofissional, que favorece o desenvolvimento de profissionais com habilidades para o trabalho em equipe, pretendendo fomentar uma formação libertadora, pautada no trabalho vivo, vinculado às tecnologias leves que envolvem a saúde. Porém, é um espaço que não é livre de conflitos e desafios que perpassam a formação em saúde com a multiplicidade de sujeitos envolvidos nesse processo.

Muitas vezes os alunos e os docentes da disciplina relatam as dificuldades durante os encontros com os grupos, evidenciando os conflitos, desejos divergentes, falta de afinidade entre os componentes do grupo de trabalho. Essa interação e troca de afetos também perpassa por questões subjetivas dos sujeitos envolvidos, pontos de tensão durante a disciplina. Somos estimulados a trabalhar em conjunto para aprimorar nossas ações, ao mesmo tempo, porém, temos nossos próprios interesses e queremos por vezes manter certo grau de autonomia e independência. Para Ellery (2012) sem a mobilização dos afetos, dos desejos e dos micropoderes de cada sujeito, não há interprofissionalidade possível.

Além disso, inicialmente há uma dificuldade de compreensão dos objetivos e as metodologias utilizadas na disciplina por parte de alunos e professores, questionando a necessidade de unir alunos de outros cursos, bem como o porquê dos encontros não seguirem um modelo tradicional de aula.

Outro ponto de conflito está nos projetos pedagógicos dos diferentes cursos. O curso de enfermagem conta com saberes e referenciais da saúde coletiva em todo seu processo de formação. Assim, os alunos ao chegarem no 6º período já possuem uma fundamentação teórica do que seja políticas públicas de saúde, epidemiologia crítica, educação em saúde entre outros. O mesmo não acontece nos demais cursos de fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. A falta de base teórica/prática dificulta o processo durante as atividades na comunidade, tanto para os alunos, como entre os docentes.

Esse modelo tradicional de ensino ainda permeia os espaços de formação na área da saúde, sendo fragilizada no tocante à provocação de análise crítica e reflexiva sobre o processo vivenciado, ao deslocamento obtido e aos domínios e competências que precisam ser mais bem desenvolvidos pelos sujeitos envolvidos. A formação ainda respalda um saber biologicista, fragmentador, que impede o desenvolvimento de uma ação integral (ARAÚJO et al., 2017).

Além disso, entre os docentes da disciplina, a Interprofissionalidade entra em confronto com a lógica profissional. Conforme Ellery (2012) a lógica profissional é o espaço onde há limites bem estabelecidos para a atuação de cada

trabalhador de uma categoria específica, regulamentada por leis, e fiscalizada por conselhos de classe.

A fim de superar essas dificuldades, apontamos a educação permanente como uma importante estratégia. Os grupos de professores realizam encontros para a leitura e discussão de textos, construção de objetivos, metodologias ativas a serem desenvolvidas. Assim a disciplina também proporciona o aprendizado interprofissional dos professores, com vistas de proporcionar uma disciplina que seja significativa para os sujeitos.

Porém, o que é apontado como dificuldade também pode ser entendido como um ponto de conflito necessário, visto que os alunos e professores buscam superar as deficiências de seus processos de formação, aprendendo colaborativamente com os demais. Essa troca é importante para que os mesmos compreendam e visualizem na prática a necessidade da interprofissionalidade como eixo da formação.

Visar à promoção da efetivação da educação interprofissional é favorecer um espaço de aprendizado coletivo para todos os envolvidos, incentivando a interação entre as disciplinas, mediadas pelo diálogo e pela cooperação entre os profissionais da saúde.

○ Considerações Finais:

Compreende-se que a disciplina Programa Interdisciplinar Comunitário constitui um espaço potente para a formação interprofissional em saúde, bem como para a (re)construção de conhecimento e de transformação de práticas concebidas de forma articulada às demandas do SUS.

É fundamental que a partir de trabalhos com objetivos comuns claramente estabelecidos, práticas colaborativas, e construção de competências e habilidades interprofissionais, os sujeitos envolvidos no saber/fazer saúde possam atender aos problemas dos usuários a partir de abordagens mais abrangentes, para além das dimensões biológicas.

Reafirma-se que a disciplina PIC é um exercício, onde professores e alunos desenvolvem estratégias pensadas para a superação do modelo tradicional de ensino em saúde - ainda focado no tecnicismo, biologicismo e especialização de saberes isolados - bem como de ações ancoradas pelo princípio da integralidade, da equidade, do trabalho em equipe e da justiça social tendo a interprofissionalidade como eixo norteador. Espera-se que a mesma possibilite modificar o processo de ensino-aprendizagem, consequentemente, a formação de diferentes sujeitos profissionais de saúde. Ela encontra-se em permanente construção, sendo modificada

a cada período para dar conta das necessidades que surgem dos alunos, usuários do serviço e professores.

Entendemos que ainda temos muito a avançar. Aponta-se como limitação o fato de a discussão interprofissional ficar restrita à disciplina e a alguns momentos de simulação interprofissional, em especial durante o Estágio Supervisionado Obrigatório na Clínica Integrada de Saúde da IES, evidenciando a necessidade da construção de currículos integrados interprofissionais para os cursos da área da saúde e aprofundamentos na discussão em saúde coletiva. Com este movimento, busca-se superar os modelos dominantes de educação e prática uniprofissional e práticas dicotomizadas, que já não respondem mais aos desafios e à complexidade das necessidades sociais de saúde.

○ Referências:

ARAÚJO, T.A.M.; VASCONCELOS, A.C.C.P.; PESSOA, T.R.R.F.; FORTE, F.D.S. Multi-professionalism and interprofessionalism in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(62):601-13.

BOLLELA, Valdes R.; GERMANI, Ana C.C.G.; CAMPOS, Henry H.; AMARAL, Eliana (Orgs). **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira**. - Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2014.

BORDENAVE, Juan D.; PEREIRA, Adair M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 12ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

CAMARA, Ana M.C.S.; et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 5-8, Mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em 14 Jun 2017.

COSTA, M.V.; VILAR, M.J.; AZEVEDO, G.D.; REEVES, S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. **J Interprof Care**. 2014; 28(4):379-80.

D'AMOUR, D., M. FERRADA-VIDELA, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**. v.19, n.2, p. 17, 2005.

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

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São

Paulo: Ícone, 1996

ELLERY, Ana Ecilda Lima. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional.** Tese (doutorado) Universidade Federal do Ceará - UFC. Pós-graduação em saúde comunitária. 2012

FRENCK, J.; CHEN, L.; BHUA, Z.A.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet.** 2010; 376(9756):1923-57

MELLO, Carolina de C.B.; ALVES, Renato O.; LEMOS, Stela M.A. METODOLOGIAS DE ENSINO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: revisão de literatura. **Rev. CEFAC.** 2014 Nov-Dez; 16(6):2015-2028

NICHIATA, Lúcia Y. I.; et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 766-771, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jun 2017

PEDUZZI, Marina; NORMAN, Ian J.; GERMANI, Ana C.C.G.; SILVA, Jaqueline A.M.; SOUZA, Geisa C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP.** 2013; 47(4):977-8

REEVES, Scott. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 185-197, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 Jun 2017

SILVA, Jaqueline 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. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jun 2017

SILVA, W. F. **Determinantes e Condicionantes sociais da violência por Homicídio no Município de Mossoró-RN.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). - Universidade Internacional três Fronteiras - UNINTER. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2017.

UNIVERSIDADE POTIGUAR. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem.** Mossoró, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice.** Geneva: WHO; 2010. Disponível em <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/>. Acesso em 24 jun. 2017.

Unindo preceptores e tutores das residências médica e multiprofissional em um curso de formação pedagógica

11

Edna Regina Silva Pereira

Sebastião Benício da Costa Neto

Lúcia Inês de Araújo

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Alessandra Vitorino Naghettini

Maria Goretti Queiroz

○ Caracterização do problema:

Nas duas últimas décadas, principalmente após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação da área da saúde, tem sido discutida a mudança da formação de profissionais da saúde que contemple um perfil mais generalista, crítico e reflexivo, bem como ser capaz de atuar em diversos níveis de atenção à saúde e pautado em princípios éticos e humanísticos. Tal perspectiva tem favorecido uma análise crítica da educação nas instituições de ensino superior no que diz respeito ao setor da saúde, em especial a formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Neste contexto de reorientação da formação a pós-graduação se torna um cenário formativo que deve ser pensado a partir destas diretrizes.

A pós-graduação, no modelo residência, foi instituída oficialmente no Brasil no ano de 1977, sendo considerada o “padrão ouro” das especializações médicas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017). Em 2005 o Governo Federal instituiu a Residência Profissional e criou a Residência Multiprofissional determinando ainda, que sua organização e funcionamento fossem disciplinados em ato conjunto dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (BRASIL, 2005); esse padrão de residência veio com o intuito de alterar o modelo de formação profissional vigente nas diferentes áreas da saúde, cujo centro é o modelo biomédico, fragmentado e especializado (NEVES; FAVARO; GONÇALVES, 2017).

Em Goiás, o Hospital das Clínicas (HC), vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), iniciou a residência médica em 1967, com os programas de anesthesiologia e cirurgia geral, atualmente desenvolve 35 programas (NETO; COSTA, 2012; HC-UFG/EBSERH, 2017). No que se refere à residência multiprofissional, o início ocorreu em 2010 como Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área de concentração Urgência e Emergência; hoje possui cinco programas, sendo quatro multiprofissionais e um profissional (HC-UFG/EBSERH, 2017).

Os profissionais que se encarregam da formação profissional nas residências médicas e multiprofissionais recebem diferentes denominações, entre as quais a de preceptor, supervisor, tutor e mentor (BOTTI, 2008). A Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, define a função de tutor como atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo (CNRMS, 2012). Essa mesma resolução refere que a função de preceptor é caracterizada por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora (CNRMS, 2012).

A partir do pressuposto que o papel de tutor e do preceptor não é inerente à sua formação profissional e que, para o seu exercício, é necessária uma formação específica para a área, o HC vem propondo, desde 2014, um programa de formação pedagógica dos atores por meio de metodologias e recursos de ensino-aprendizagem para adultos.

O primeiro curso, realizado para 50 preceptores e tutores dos programas multiprofissionais e profissionais na área da saúde, organizado pela coordenação dos programas desenvolvidos pelo HC/UFG, teve uma carga horária de 40 horas presenciais e seu objetivo foi discutir os projetos pedagógicos e iniciar uma revisão dos mesmos.

Em 2015, o segundo curso denominado “Formação Pedagógica para Tutores e Preceptores” foi direcionado à residência multiprofissional e em área profissional da saúde, com participação de profissionais do HC/UFG e de outras unidades de saúde parceiras. A carga horária foi 120 presenciais e 60 horas de Ensino a Distância - EaD, sendo organizado em três módulos: o módulo I tratou das políticas do SUS de atenção e formação; o módulo II discutiu o trabalho em equipe e, o módulo III foi dedicado às diversas metodologias de ensino e contou com a participação de docentes das faculdades de Enfermagem, Medicina e Nutrição da UFG. Após cada módulo foi

realizada avaliação pelos discentes, por meio de questionário eletrônico. Esse curso foi coordenado pela Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência na Área Profissional da Saúde da Universidade Federal de Goiás (COREMU-UFG).

Considerando que as duas versões anteriores do curso de preceptoria e tutoria envolveram apenas os profissionais da residência multiprofissional de saúde, houve uma mudança na concepção original do curso, que incluiu os preceptores médicos, incentivando a aproximação entre todos os programas de residências do HC-UFG/EBSERH. Desta forma, a nova proposta de formação envolvia a integração interprofissional, uma vez que, todas as categorias profissionais estavam representadas. Portanto, o objetivo desse estudo é apresentar a experiência de um curso de formação pedagógica voltados aos profissionais que atuam nos programas de residência médica e multiprofissional no hospital de ensino da Universidade Federal de Goiás/Goiânia e de unidades de saúde parceiras.

○ Descrição da Experiência

A UFG fez adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2014, e adotou uma nova estrutura organizacional que inclui uma Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP (HC-UFG/EBSERH, 2017). Em 2016, a GEP propôs o III Curso de Formação Pedagógica para Tutores e Preceptores em parceria com as Unidades Acadêmicas da UFG: enfermagem, medicina, nutrição e odontologia. Para o desenho atual, a GEP buscou contemplar as sugestões contidas na avaliação do segundo curso, executou reuniões semanais de planejamento e convidou docentes com expertise em educação de diversos cursos da área da saúde. Como consequência foram realizadas modificações nos módulos, revisão de conteúdos e inovações na metodologia de ensino que favorecessem o ensino e a aprendizagem interprofissional.

Portanto, este curso teve como objetivos desenvolver competências pedagógicas para o trabalho interprofissional, aplicar métodos de ensino e avaliação adequados ao local de ensino e trabalho, e aprofundar conhecimentos que possam favorecer a formação de recursos humanos mais adequados às necessidades do SUS.

a) Formato do curso:

Foi realizado no formato modular, com a carga horária total de 120h, distribuída em três módulos, sendo 64h presenciais e 56h com a metodologia de Ensino a Distância (EaD) utilizando a Plataforma Moodle (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos temas por módulos e carga horária do III Curso de Formação Pedagógica para Tutores e Preceptores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia - GO, 2017

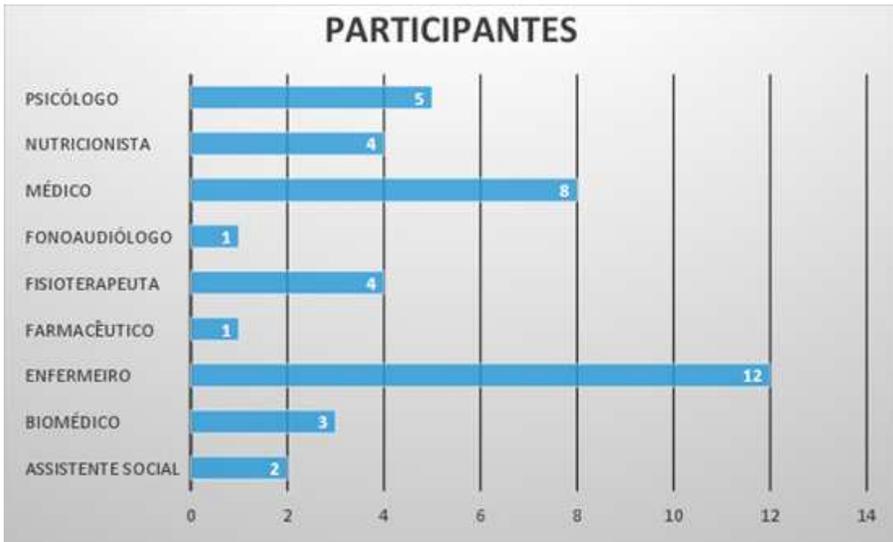
Temas	CH Presencial	CH EaD	Total
Módulo I - Hospital Universitário como Formação de Recursos Humanos	16	14	30
SUS como ordenador da formação Hospital Universitário como cenário de prática Residência médica e multiprofissional Sujeitos do cuidado em saúde e ética na assistência e a assistência com ética			
Módulo II - Metodologia de Ensino e Avaliação em Saúde	32	28	60
Modelos de ensino-aprendizagem Ensino no cenário do Hospital de Ensino Metodologias de ensino: problematização, ensino simulado e caso clínico. Avaliação Formativa Desenvolvendo de habilidades de comunicação e profissionalismo			
Módulo III - Trabalho Interprofissional em Saúde	16	14	30
Trabalho em equipe Lideranças e empreendedorismo Gerenciamento de conflitos Relação tutor-preceptor-docente-aluno-paciente-família			
TOTAL	64	56	120

Fonte: Os Autores. Obs.: CH = Carga Horária, EaD = Ensino a Distância.

b) Participantes do curso

A formação profissional dos discentes teve como característica principal a multiprofissionalidade, predominando a profissão enfermeiro, seguida por médico e psicólogo (Figura 1). No total foram 40 concluintes que representaram nove profissões, configurando assim o percentual: Enfermeiro 30%, Médico 20%, Psicólogo 13%, Fisioterapeuta 10%, Nutricionista 10%, Biomédico 8%, Assistente Social 5%, Farmacêutico 3% e Fonoaudiólogo 3%. Tais participantes eram procedentes do HC-UFG/EBSERH e de quatro hospitais parceiros.

Figura 1 - Profissão dos participantes do III Curso de Formação Pedagógica para Tutores e Preceptores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017 (n=40)



Fonte: Os Autores

c) Desenho dos módulos

MÓDULO I:

O objetivo do módulo I foi reconhecer o hospital de ensino como cenário de formação do profissional e ambiente interprofissional, no contexto da rede de atenção à saúde e na perspectiva das necessidades de saúde da população. O eixo norteador foi a interface entre os campos da saúde e educação. Segundo Moreira e Dias (2015), o “campo da saúde” expressa um espaço onde atuam diferentes atores, com diversas práticas, lutas, produção de saberes e de relação de poder. Neste sentido, o hospital de ensino é um importante ator onde as práticas de saúde e de ensino devem ser desenvolvidas visando alcançar os objetivos expressos, tanto na Constituição Brasileira, quanto nas DCNs para a graduação em saúde e nas orientações da formação no nível da pós-graduação.

O módulo foi subdividido em quatro encontros presenciais, precedidos por atividades em EaD. Estimulou-se uma reflexão do papel dos preceptores, assim

como da atuação interprofissional no contexto do campo da saúde, da educação e das políticas indutoras da formação do profissional da saúde. As aulas foram ministradas com diferentes metodologias, mas todas com a perspectiva de ampliar a participação dos preceptores. Nas discussões em sala de aula e nos fóruns EaD apareceram falas que refletiam um desvelar da complexidade da função de preceptor na interface entre saúde e educação, sendo essa última menos percebida no contexto das DCNS, apesar dos muitos anos de experiência em preceptoria de alguns participantes. A preceptoria não era identificada como uma função docente.

A discussão do hospital de ensino como cenário de prática e regulação teve como objetivos contextualizar e identificar os elementos básicos dos processos de contratualização e certificação e compreender a regulação da rede de atenção à saúde no cenário de formação. As leituras recomendadas permitiram aos preceptores confrontar a realidade local com a normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde, bem como discutir acerca do papel do preceptor (BRASIL, 2015; 2013).

O último tema do módulo I teve como objetivo discutir a constituição do sujeito do cuidado e o cuidado humanizado. Neste momento, discutiu-se a Política de Humanização e como aplicá-la no contexto interprofissional.

Os temas deste módulo foram construídos no sentido de contemplar a aprendizagem do adulto. Adicionalmente, as atividades EaD foram concebidas para que os participantes do curso pudessem refletir sobre a sua prática, significar as suas experiências cotidianas e desnaturalizá-las. Neste sentido, as estratégias de ensino visavam resgatar o conhecimento prévio, a motivação para aprender, explorar a pro-atividade e permitir a reexposição de conteúdos em diferentes formatos (IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014, p.262).

MÓDULO II

Considerando a proposta de aprendizagem já descrita anteriormente, o segundo módulo teve por objetivo qualificar os participantes para utilização de metodologias ativas de ensino e avaliação formativa por meio do desenvolvimento de competências pedagógicas.

Sua importância veio da necessidade de desenvolver os profissionais que trabalham com ensino na saúde quanto às metodologias ativas que possam ser executadas na sua prática diária, na ordenação do trabalho e das ações coletivas. O uso dessas metodologias no ensino é importante na construção de um sujeito

ativo no seu processo de aprendizagem, facilita a articulação ensino-serviço e promove o desenvolvimento da capacidade de observar a realidade e de detectar os recursos que possam ser utilizados (BORDENAVE, 1994).

Esse módulo foi desenvolvido em 8 semanas (Quadro 1), com uma proposta pedagógica onde os participantes vivenciavam, em cada encontro, diferentes métodos ativos de ensino. Durante esse módulo foram discutidos temas relacionados à aprendizagem em grupos como o uso do *Team-based-Learning* (Ensino Baseado na Equipe), problematização, *role-play* (Dramatização) associado à utilização da plataforma Moodle como ferramenta de ensino/aprendizagem.

As discussões iniciavam-se na plataforma *Moodle* pelo envio de material didático anterior à atividade presencial. Após, ocorria um segundo momento à distância no qual se realizavam exercícios que propiciavam a reflexão da teoria sobre a prática diária e, quando finalizado, recebiam um feedback dos facilitadores do módulo.

A escolha da plataforma *Moodle* decorreu por ser um programa de acesso livre utilizada dentro de uma proposta de aprendizado à distância e com maior familiaridade entre os facilitadores. Seu uso possibilita a gestão das atividades pedagógicas e administrativas de informação, materiais e conteúdos e de curso (DIAS; OSÓRIO, 2009).

Tendo em vista que a avaliação do estudante nas profissões da saúde desempenha um papel importante na sua formação, é necessário que preceptores e tutores realizem o planejamento e a execução da avaliação e considerem as suas múltiplas finalidades, entre as quais merece destaque o caráter formativo (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014).

Os encontros dedicados aos métodos de avaliação serviram para os discentes aprenderem a lidar com novos instrumentos de avaliação que pudessem ser aplicados no seu ambiente de trabalho, onde o ensino acontece, assim como desenvolverem a habilidade de prover *feedback* efetivo, frequente e de qualidade (SAMPAIO; PRICINOTE; PEREIRA, 2013). No final desse módulo os participantes produziram pôsteres referentes aos principais métodos de avaliação da prática aprendidos durante o curso, entre os quais: Objective Structured Clinical Examination (OSCE), Objective Structured Long Examination Record (OSLER), Mini-Clinical Exercise (Mini-CEx), Direct observation of procedural skills (DOPS), Portfólio e Conceito Global. Esses trabalhos foram apresentados, avaliados e premiados numa exposição no HC-UFG/EBSERH.

MÓDULO III

O terceiro e último módulo foi orientado para o trabalho interprofissional em saúde, no marco da Educação Interprofissional em Saúde – EIP. A EIP é compreendida como uma abordagem para o aprendizado colaborativo desenvolvido entre duas ou mais pessoas, no contexto da graduação, da pós-graduação e/ou da formação continuada, que aprendem juntos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos usuários do sistema de saúde (BATISTA; BATISTA, 2016; PEDUZZI, 2013; WHO, 1988).

Igualmente, o módulo III foi desenhado contemplando a aprendizagem de adulto e incluindo diversas atividades práticas e vivências para que os participantes pudessem lidar com situações de conflito, de tensão e/ou de desafio, e compreendessem as contribuições da colaboração interprofissional no enfrentamento de tais situações. Este módulo foi conduzido por um psicólogo com ampla experiência em terapia e dinâmica de grupo.

Os temas abordados por meio das atividades práticas foram: 1) Convivência em Grupo 2) Percepção interprofissional; 3) Comunicação; e, 4) Liderança.

Cada encontro iniciava com uma explicação das atividades a serem desenvolvidas no dia, diferentes ao contexto de cuidado em saúde. Propositamente, as atividades induziam os participantes a se verem em contextos diferentes dos de trabalho em saúde, em parte, para que ficassem menos controlados pelos conceitos e preconceitos inerentes à área. Uma das atividades desenvolvidas foi a produção coletiva de um objeto. Os participantes foram divididos em dois subgrupos, organizados em duas fileiras e foram fornecidas regras gerais de funcionamento (sobretudo o que não se podia fazer ao longo da atividade) e solicitado que produzissem “aviões de papel”. A tarefa tinha uma duração de cinco minutos, ao término a produção de cada subgrupo seria comparada. Tal atividade gerou uma competitividade entre os dois subgrupos.

Ao término da atividade, três observadores avaliaram a produtividade de cada subgrupo em quantidade e qualidade dos “aviões de papel”, e chegaram à conclusão do subgrupo mais produtivo e dos produtos de melhor qualidade. Na seqüência, o coordenador da atividade abriu espaço de diálogo entre os participantes e eles refletiram sobre o ocorrido. Desta reflexão, observou-se que os participantes não pediram mais informações além das oferecidas no início da atividade. Da mesma forma, não planejaram como iriam trabalhar na produção dos “aviões de papel” e nem mesmo discutiram formas alternativas ou criativas de funciona-

mento: a maior parte ficou estritamente ligada naquilo que não se podia fazer. Logo depois, os subgrupos foram orientados a se reunirem e a planejarem um novo ciclo de confecção de “aviões de papel”. Surpreendentemente, a nova produção foi marcada por igual produtividade, mas, maior qualidade dos produtos.

Atividades similares à acima descrita foram desenvolvidas ao longo do módulo III, sendo que, ao final de cada encontro os principais aspectos trabalhados ou refletidos eram associados às condições mais frequentes observadas nas funções de tutor/preceptor. Também, foi interessante observar que a natureza das atividades propostas deixava sem sentido quaisquer hierarquias entre os participantes: no coletivo, estavam ali para concluir uma tarefa executada de forma colaborativa. Colocar os profissionais em atividades pouco usuais e fora de seus referenciais teóricos e técnicos cotidianos favoreceu que o enfrentamento da tarefa proposta “em si” ficasse em maior evidência do que os estereótipos trazidos por cada um deles. Esta perspectiva pedagógica em nada desconsidera as especificidades de cada profissão, mas privilegia aspectos da formação voltados às atividades colaborativas e comuns a todas as profissões, tal como Peduzzi (2013) havia problematizado. A ideia trabalhada transversalmente em todas as atividades práticas realizadas no módulo III era a de fornecer subsídios vivenciais para que a consciência pluridisciplinar expandisse para outra interdisciplinar, como classicamente foi ensinado por Palmade (1979) e resgatado por Pombo, Guimarães e Levy (1994).

○ Efeitos Alcançados do ponto de vista do discente:

Considerando que a qualidade de toda intervenção educacional necessita de uma avaliação de programa, aqui compreendida como “*um processo de obtenção de informações sobre um programa educacional para posterior julgamento e tomada de decisão*” Bollela; Castro (2014). Foi elaborado e aplicado um questionário online por meio da plataforma Formulários Google contendo questões fechadas em respostas na forma de escala Likert (1-5) e questões abertas, respondido pelos discentes ao final de cada aula e no término de cada módulo com o intuito de avaliar a satisfação com o curso.

A avaliação realizada pelos discentes dos três módulos quanto à relevância dos temas para sua formação, ao cumprimento dos objetivos, ao uso produtivo do tempo, ao conteúdo desenvolvido, à preparação e supervisão dos docentes, à discussão em grupo e aos exercícios de simulação, evidenciou uma aprovação acima da média em todos os itens avaliados, sendo a menor avaliação, no módulo I, para exercícios de simulação e nos módulos II e III o uso produtivo do tempo, itens que

precisam ser reavaliados pelos coordenadores nas próximas edições do curso. Outrossim, as melhores avaliações foram para preparação do instrutor nos módulos I e III e relevância do tema e conteúdos desenvolvidos no módulo II.

Quanto à percepção de aprendizagem nos módulos, utilizando uma escala Likert de cinco pontos, os participantes dos módulos I e II responderam em média que aprenderam “mais do que esperavam”, enquanto no módulo III responderam, em média, que aprenderam “o que esperavam”. Em concordância com a nota de auto-avaliação obtida por meio de uma escala de 0 a 10, que no módulo I foi 8,83 (desvio padrão 0,99), no módulo II, 9,08 (desvio padrão 0,62) e no módulo III, 8,17 (desvio padrão 1,76). A estratégia utilizada para avaliar a aprendizagem no curso foi a auto-avaliação que representa um método importante o qual prepara o aluno para refletir sobre o seu aprendizado e comparar os conhecimentos obtidos no curso com conhecimentos prévios (DOMINGUES; AMARAL; ZEFERINO, 2007).

Na análise qualitativa de conteúdo das respostas às perguntas abertas os participantes do módulo I destacaram alguns pontos, tais como: “Conteúdo adequado e aplicável, excelente tema e exercícios bem formulados em relação ao conteúdo”; “Aplicabilidade do conteúdo na prática profissional”; “Temas de suma importância para a contextualização da residência”. Neste sentido, ressalta-se que, na perspectiva do aprendizado do adulto, o fato do curso ter sido planejado a partir das necessidades de aprendizado de tutores e preceptores, ele foi considerado factível e aplicável.

Em relação aos aspectos negativos do módulo I, os participantes destacaram o pouco tempo disponibilizado para as discussões e a falta de objetividade nas mesmas. Outro aspecto se relacionou com a parte EaD, uma vez que nos locais de trabalho não havia acesso ao ambiente virtual do curso, embora seja previsto na legislação (BRASIL, 2015).

Na análise do módulo II, os aspectos positivos destacados pelos participantes foram: ser dinâmico, uso produtivo do tempo, ter apresentado “novidades” nos métodos de ensino sendo realçado o uso do TBL, e o potencial de aplicabilidade do conhecimento aprendido. Durante os encontros presenciais o uso da metodologia de ensino que estava sendo aplicada pelo docente, como o TBL e a problematização com o Arco de Magueréz, possibilitou vivenciar o próprio método, tornando a aprendizagem significativa (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Quanto aos aspectos negativos do módulo II que precisam ser melhorados, sugere-se reformular algumas aulas tornando-as mais dinâmicas e rever as ativida-

des em EaD, pois algumas foram consideradas muito extensas. Esse foi o módulo com mais professores convidados, logo houve mais diversidade nos métodos de ensino aplicados a cada encontro gerando mais comparações entre as metodologias utilizadas pelos docentes. Silva (2015), revisando o EaD na educação permanente em saúde, reconhece o potencial de aplicação na educação contínua dos profissionais da saúde e as limitações referem-se ao tempo dedicado à atividades, preparo para o uso de tecnologias e do facilitador da aprendizagem.

Na avaliação qualitativa do módulo III destacou-se, dentre os fatores positivos, que houve uma grande sensibilização para a necessidade do trabalho em equipe, aumentando o campo de percepção dos participantes para as contribuições que observar e se colocar no lugar do “outro” trazem ao desenvolvimento da própria equipe de saúde. As atividades, por vezes consideradas repetitivas, tinham a intenção de reafirmar ideias básicas de colaboração entre os profissionais, por meio de estratégias de ensino que estimulavam a expressão plástica e criativa.

Adicionalmente, alguns participantes conseguiram observar a relação entre as atividades presenciais e as atividades de EaD. Por outro lado, o uso da plataforma Moodle foi avaliado pelos participantes abaixo da média de satisfação indicando, de um lado, a pouca familiaridade dos tutores/preceptores com uso de ferramentas virtuais de ensino. Observou-se, também, que os participantes demandaram uma devolutiva de suas atividades de EaD de forma particular, ou seja, as devoluções das atividades realizadas por meio de comentários que alinhavam três ou mais ideias produzidas pelos participantes fizeram pouco sentido e dificultaram a compreensão de que se tratava de uma devolutiva da evolução do grupo e não do desempenho individual.

Os participantes, ainda, como atividade de EaD, relataram a complexidade em propor inovações nas ações formativas desenvolvidas no contexto das residências em saúde, em parte dada a sua pouca familiaridade com o tema e, em outra parte, possivelmente, em função da presença de atitudes defensivas das formas clássicas de ensino-aprendizagem, ainda que compreendessem a necessidade de mudança de tais atitudes. Assim, houve uma expectativa, percebida como frustrada, de que o módulo III trouxesse mais conteúdos técnicos aos participantes, dificultando a compreensão de que a proposta do mesmo era, também, atingir mudanças de postura e/ou reafirmar atitudes facilitadoras do trabalho colaborativo, de maior comportamento pró-social e de melhor comunicação entre os membros do grupo. Tais habilidades são apreendidas pela vivência, ainda que suportadas por construções teóricas.

Ao se indagar sobre a aplicabilidade do módulo III nas atividades de tutoria e de preceptoria, as avaliações variaram em amplitude, indo daqueles que viram grande e potencial de aplicabilidade dos conteúdos, passando por aqueles que avaliaram parcial ou de média aplicabilidade, até aqueles que viram pouca aplicabilidade dos conteúdos.

○ **Considerações Finais:**

Os Módulos estimularam a discussão em grupo e a articulação entre conhecimentos e habilidades para resolução crítica-reflexiva de problemas relativos à experiência de cada um, qualidades que são fundamentais na formação dos futuros profissionais da saúde. Enquanto as atividades de EaD precisam ser reorganizadas facilitando aos participantes maior identificação das relações existentes entre conteúdos presenciais e de EaD, o que, poderia incentivar o maior envolvimento com as atividades propostas e favorecer um maior aprendizado.

As avaliações do curso sugerem que o foco deve ser na articulação entre os conteúdos e as vivências como recursos de ensino-aprendizagem. Deve-se levar em consideração que características arraigadas na formação e nos cuidados em saúde necessitam ser mais articuladas (valorizadas, confrontadas e integradas) em propostas e ações regulares de mudanças de atitudes facilitadoras da maior colaboração possível entre os membros da equipe de saúde.

A realidade da formação de recursos humanos em saúde no Brasil ainda tem pouco privilegiado o trabalho colaborativo e mais tem fomentado a individualidade, o corporativismo e a competitividade. Nenhuma dessas posturas tem agregado e atendido as necessidades de saúde e de cuidados das pessoas enfermas, como também não tem garantido maior proteção do usuário do sistema de saúde. Assim sendo, as propostas de formação continuada de tutores e preceptores devem articular aquilo que é de cada profissão, aquilo que é de uma determinada área de atuação e aquilo que é da colaboração entre os diferentes atores, numa trilogia indissociável. Potenciais transmissores de uma perspectiva de ensino mais dialógica, colaborativa e fundamentada em conhecimentos sobre o sistema de saúde público, em suas vicissitudes e em melhores dispositivos pedagógicos ora conhecidos, tutores e preceptores podem aprender continuamente a como estabelecer relações efetivas com seus pares e com os conhecimentos que seus pares trazem e, conseqüentemente, transmitir a seus residentes tais conhecimentos e posturas que consolidam, cada vez mais, o compromisso com os usuários do SUS. Atribui-se a um provérbio africano a ideia de que "Se você quer ir rápido vá

sozinho. Se você quiser ir longe, vá acompanhado”, independentemente de sua origem, tal provérbio traz uma verdade tocante. Esse foi o espírito que ligou os diversos módulos ao longo do curso; esse é o espírito que pautará o planejamento das próximas edições de formação.

Referências:

BATISTA, N. A.; BATISTA, S.H.S.S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, Mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100202&lng=en&nrm=i-so>. Acesso em 10 Apr. 2017.

BOLLELA, V.R. e CASTRO, M. Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: conceitos básicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, 2014;47(3):332-42. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/12_Avaliacao-de-programas-educacionais-nas-profissoes-da-saude-conceitos-basicos.pdf. Acesso em 26/07/2017.

BORDENAVE, Juan D. **Alguns fatores pedagógicos**. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde - Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS]. Brasília, 1994.

BOTTI, S.H.O. e REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (3): 363-373; 2008.

BRASIL. Lei Nº 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 nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em 17/07/2017.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/mais-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>

_____. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Resolução N° 2 de 13 de abril de 2012**. Brasília, CNRMS, 2012.

_____. **Residências em Saúde**. 2017, Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em 04/07/2017 às 15h50min.

_____. **Portaria Interministerial n° 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação Hospitais de Ensino (HE). Diário Oficial, República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF, 25 de março de 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17253-port-interministerial-mec-n285-2015&category_slug=abril-2015-pdf&Itemid=30192. Acesso em 30 jul. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 3.410, de 24 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em 30 jul. 2017.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

COLOMBO, A.A. e BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

DIAS, P.; OSÓRIO, A. J., (org). "Challenges 2009: actas da Conferência Internacional de TIC na Educação, 6, Braga, Portugal, 2009". **Braga: Centro de Competência da Universidade do Minho**, 2009. ISBN 978-972-98456-6-6. p. 985-1001.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Auto-Avaliação e Avaliação por Pares -Estratégias para o Desenvolvimento Profissional do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (12): 173-175; 2007.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospital das Clínicas, UFG**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/nossa-historia>. Acesso em 29/06/2017 às 09h55min.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospital das Clínicas, UFG, Residência Médica.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/residencia-medica1>

HOSPITAL DAS CLÍNICAS; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospital das Clínicas, UFG, Residência Multiprofissional.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/residencia-multiprofissional-em-saude1>

HOSPITAL DAS CLÍNICAS; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Projeto do Curso Formação Pedagógica para Tutores e Preceptores. **Gerência de Ensino e Pesquisa**, 2016.

IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Aprendizado de adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, 2014;47(3):256-63

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e educação. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 40, n. 3, p. 300 - 305, 2015.

NETO, O. A.; COSTA, M.B. **Residência Médica.** COREME HC-UFG, 2012. Disponível em: https://centrodeselecao.ufg.br/2011/coreme2012_1/edital/Manual_COREME_web.pdf. Acesso em 12/07/2017.

NEVES, D.C.A.; FAVARO, T.C.P. e GONÇALVES, C.A. Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social. **Revista Kátálysis. Florianópolis**, v. 20, n. 2, p. 225-233, maio/ago. 2017 ISSN 1982-0259.

PALMADE, Guy. **Interdisciplinaridade e Ideologia.** Madrid: Narcea, 1979.

PANUNCIO-PINTO, M. P.; TRONCON, L. E. A. Avaliação do Estudante - aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2014;47(3): 314-23. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86684/89705>

PEDUZZI, M.et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem.** USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Agosto, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 10 Apr. 2017.

POMBO, OLGA; GUIMARÃES, HENRIQUE M.; LEVY, TERESA. **A Interdisciplinaridade: reflexão e experiência**. Lisboa: Texto Editora, (2ª Edição, 1994).

SAMPAIO, A. M. B.; PRICINOTE, S. C. M. N.; PEREIRA, E. R. S. Avaliação Clínica Estruturada. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Vol.05, Nº. 02, Ano 2014 p.410-26

SILVA, N. S.; SANTOS, A. M. G.; CORTEZ, E. A.; CORDEIRO, B. C. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4):1099-1107, 2015

WHO - World Health Organization. (1988). **Learning together to work together for health. Report of a WHO study group on multiprofessional education for health personnel: The team approach**. (Technical report series 769, 1-72). Geneva: World Health Organization

Relato de experiência de um grupo tutorial do PET vigilância em saúde

12

Valeria de Carvalho Araújo Siqueira
Bruce Daniel de Queiroz
Jennifer Francielli de Sousa Alves
Lvia Alves da Silva
Ludmilla Campos Fernandes Silva
Rafaella Vila Moraes

○ Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET Saúde) é um programa de articulação entre os Ministérios da Saúde e Ministério da Educação e é desenvolvido pelas universidades em parceria com as secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A proposta visa a formação profissional do aluno através do trabalho no serviço de saúde, oferecendo a oportunidade de troca de saberes/experiências e conhecimentos entre os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), os alunos e os docentes da área de saúde além dos usuários do serviço (BRASIL, 2008).

O PET Vigilância em Saúde (VS) é um projeto idealizado a partir do PET Saúde, e tem por objetivo utilizar a vigilância em saúde para identificar, monitorar, reduzir danos à saúde e controlar as ações em saúde ampliando assim a integração entre serviço, ensino e comunidade. Dentre os subprojetos do PET VS, temos o da Rede Cegonha, o qual trata este relato de experiência.

A Rede Cegonha enquanto política ministerial instituída através da Portaria nº 1.459 de 2011 é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, e ainda traz como um dos princípios, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2011).

Assim, este relato é um produto concernente a atividade do PET VS subprojeto rede cegonha realizado em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) da periferia do município de Cuiabá-MT. Esta ESF foi o espaço de vivências dos discentes da

graduação dos cursos de Enfermagem, Psicologia, Biologia e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso sob a orientação da enfermeira preceptora da unidade e uma docente do curso de enfermagem desta instituição de ensino. Neste serviço de saúde, foi possível dialogar com os usuários e os profissionais da saúde possibilitando a observação da rotina do processo de trabalho, bem como, o conhecimento e experiências vividas por eles para o levantamento dos problemas existentes naquele local para entrar desenvolver o projeto de intervenção.

Objetivo:

Relatar a experiência de um grupo tutorial do PET Saúde Vigilância na atenção à mulher no âmbito da saúde sexual e reprodutiva por meio de um projeto de intervenção.

Metodologia:

Sendo um dos objetivos do PET Saúde a articulação entre ensino, serviço e comunidade, utilizamos para a construção do projeto de intervenção a metodologia de problematização, que de acordo com Berbel (1998), ocorre a partir dos problemas locais, extraídos da realidade que se inseri por meio da observação desta. Neste contexto, a integração proporciona troca de saberes e experiências visando a construção de conhecimentos a partir da reflexão desta realidade, possibilitando assim a formação de profissionais sensíveis quanto às necessidades sociais e em saúde.

A metodologia da problematização incorpora o método elaborado por Bordenave e Pereira (1989), que propõem um esquema chamado Arco de Magueres. Tal arco parte da realidade que após a observação, levantamento de problemas e possíveis soluções, retornando à realidade. As consequências deverão ser trazidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: (1) observação da realidade (levantamento do problema); (2) pontos chaves; (3) teorização; (4) hipóteses de solução e a (5) aplicação à realidade (prática).

Para Freire (1997), é a partir deste contexto concreto e vivenciado que se pode chegar ao contexto teórico, o que requer curiosidade dos atores envolvidos, problematização da realidade social, criatividade, o diálogo, a vivência das práxis e o protagonismo dos sujeitos na busca da transformação social.

O ESF em questão está localizado em um bairro periférico do município de Cuiabá capital do estado de Mato Grosso e esta foi inaugurada no ano de 2003. O PET Saúde VS neste local teve duração de 24 meses, durante os anos

de 2013 a 2015. A equipe atendia neste período uma população 1040 famílias, com cerca de 4 mil pessoas. A área abrangida pela ESF contava com 1419 mulheres em idade fértil (15-49 anos).

Permeamos então nossas observações e levantamento dos problemas tendo como referencial teórico as diretrizes da Política Ministerial da Rede Cegonha. É relevante que se olhe as questões levantadas a partir do foco da vigilância em saúde da mulher para melhor compreensão. Ao levantarmos os dados de atendimentos nos cadernos de saúde constatamos que no ano de 2013 foram realizadas 223 coletas de exame preventivo citológico do colo do útero (CCO), totalizando 15,71% das mulheres em idade fértil da área de abrangência. A ESF acompanhava neste período 46 gestantes no total, dentre essas, 01 gestante menor de 15 anos, 09 gestantes entre 15 e 18 anos e 06 gestantes entre 18 e 20 anos. Assim, foi possível constatar um índice considerável de mães adolescentes.

Foi possível observar que o programa de planejamento familiar realizado pela equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) era desenvolvido com o foco nos meios definitivos de contracepção como a laqueadura e vasectomia, e em alguns casos o uso do Dispositivo Intrauterino (DIU). Observamos ainda que nesse período tanto os profissionais como os usuários ainda não compreendiam que o planejamento familiar vai além de controlar a natalidade por meio de métodos contraceptivos, e sim em ações de regulação da fecundidade e na garantia do direito de se ter ou não filhos e no momento que isso se torna desejável e ideal para a mulher e seu companheiro, oferecendo preparo psicológico e fisiológico para isso.

Assim, levantamos alguns dos problemas reais da ESF em relação aos propósitos da rede cegonha, sendo eles essencialmente relacionado a: baixa adesão das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica (CCO); a partir do CCO diagnósticos por vezes tardios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) incluindo mulheres e gestantes, sendo este agravo não notificado no sistema de informação; casos de gravidez não planejada, muitas delas em adolescentes; ausência de atividades educativas voltadas para os adolescentes, mulheres e gestantes; e, programa de planejamento familiar com limitações.

Diante de tais problemas percebemos que existia uma falha nas ações de vigilância em saúde na atenção a mulher para redução de IST e gravidez não planejada. Com isso, percebemos que estas mulheres estavam mais propícias a engravidar, e com maior exposição a riscos durante a gestação, visto que diante de uma gravidez planejada poderíamos intervir visando evitar danos evitáveis.

A partir da vivência e observação da realidade local, foi possível levantar a problematização da situação de saúde e o diagnóstico do nó crítico em referên-

cia ao trabalho dos profissionais. Diante disso e sob o olhar da Política Nacional da Rede Cegonha elencamos os seguintes postos-chave: despreparo da ESF nas ações de saúde sexual e reprodutiva; baixa adesão das mulheres em idade fértil ao exame de CCO; subnotificação das IST na comunidade; ausência de atividades educativas de saúde da mulher; e, programa de planejamento familiar limitado.

Dessa forma, as atividades de educação permanente em saúde (EPS) foram desenvolvidas, fazendo uma articulação entre a academia e os serviços de saúde, onde o aprender e ensinar estão caminhando juntos no cotidiano de trabalho. Uma das características da política de educação permanente em saúde é a ênfase na educação popular, processo pelo qual há uma aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade, reduzindo assim a distância que temos entre a assistência (que comumente é feito sob a perspectiva da medicina curativa) e o cuidado (o qual deveria ser de forma integral e humanizada) (BRASIL, 2006).

Foi utilizada nestas atividades a metodologia flunar que busca ouvir os participantes, estimulando-os a falar sobre a temática em questão, socializando suas experiências e vivências. Assim, houve a possibilidade de realização de uma experiência concreta onde os sujeitos, seja na unidade de saúde, comunidade ou escola, não apenas desempenharam um papel previamente determinado por protocolos, mas que se tornaram protagonistas de suas ações (PULLITA, 2014). Dessa forma, as atividades foram divididas em três etapas, sendo elas:

1ª ETAPA - Oficina de sensibilização da equipe de saúde: inicialmente foram realizados três encontros sendo um encontro semanal com a equipe e o NASF para integrá-los no projeto e promover a realização das ações de vigilância em saúde da mulher, conforme os problemas já identificados. Posteriormente, foram realizadas oficinas com os profissionais da unidade sobre temáticas relacionadas ao projeto de intervenção, a qual os profissionais assumiram o papel de agentes transformadores da realidade, propondo ações visando a melhoria da situação de saúde da população, reforçando seu papel enquanto profissional para o alcance dos objetivos.

Essas oficinas foram espaços de ricas aprendizagens, tendo em vista que o ensino e os serviços aprendiam e ensinavam mutuamente, levando a um maior entendimento sobre como se dava a dinâmica dos serviços de saúde, identificando possíveis falhas e potencialidades de acordo com a realidade da equipe e do local de serviço. A partir do momento em que a equipe se sente parte do processo, ele se integra de forma mais efetiva as ações de melhorias a saúde da população. Os profissionais de saúde puderam expor suas dificuldades e buscar auxílio para desempenhar seu papel na comunidade de forma relevante para que o serviço de saúde prestado à comunidade seja o mais eficaz possível.

2ª ETAPA – Oficina de sexualidade na adolescência: Foram realizados encontros mensais na escola da área de abrangência a fim de realizar uma reflexão com esses adolescentes sobre saúde sexual e projetos de vida. Esses encontros eram realizados em forma de rodas de conversa, dialogando sobre diversos assuntos concernentes a essa fase da puberdade e adolescência, momento o qual era possível a troca de relatos de experiências, exposição de dúvidas e construção de novos conceitos dialogando com as demandas dos alunos sobre o que é saúde sexual e reprodutiva. Dessa forma havia a construção mútua de saberes de forma lúdica e que proporcionava a todos os envolvidos a oportunidade de falar assuntos que por vezes são restritos aos fatores biológicos, negligenciando outros fatores que estão intimamente ligados a esta temática. Durante a realização das rodas, foram realizadas as entregas das cadernetas do adolescente, reforçando o direito a saúde e o papel da ESF. Neste momento, os profissionais de saúde se apresentavam, tiravam as possíveis dúvidas sobre os serviços e dessa forma se aproximavam mais da comunidade escolar. As oficinas tinham caráter educativo e foram realizadas em forma de pequenas rodas. As salas eram divididas em grupos e cada acadêmico, Agente Comunitário de Saúde (ACS), e preceptor/orientador distribuíam-se para estarem presentes em todos os grupos. Posteriormente formava-se o grupo maior para realização de técnicas de dinamização que oportunizaram a integração e troca de saberes e experiência, e ainda promovia a educação em saúde. O destaque foi para a discussão acerca dos projetos de vida de cada adolescente.

3ª ETAPA - Grupo de mulheres na comunidade: o objetivo foi trabalhar sob a ótica de empoderamento dessa população, com enfoque sobre o planejamento familiar, saúde sexual e controle das IST. Os encontros eram realizados através de rodas de conversas semanais em um espaço na unidade ou no centro comunitário do bairro. Os convites eram previamente entregues pelo ACS comunicando a data, horário e a importância da temática. As primeiras rodas tiveram uma boa adesão da população, na qual foram realizadas atividades de educação em saúde, respeitando as crenças desta população, suas formas de cuidado em saúde, orientando-as sobre o direito a uma saúde sexual e reprodutiva de qualidade, dispondo de informações sobre o acesso ao planejamento familiar e sobre formas de contágio de IST. O grupo se caracterizou por ser composto por mulheres de qualquer faixa etária, gestantes ou não, adolescentes, adultas e idosas o que possibilitou mais ainda a trocas de experiências e vivências.

Concomitante ao desenvolvimento da etapa 2 e 3 e de forma contínua foi realizada outras ações como: reorientação do programa de planejamento familiar junto ao NASF, com intuito de garantir o acolhimento a todas as mulheres e companheiros que desejavam ou não engravidar. Para as que desejavam foram realizados exames de rotina e sorologias antes da gestação, suplementação com ácido fólico, atualização situação vacinal e suporte emocional. Para as que não desejavam foram

realizadas orientações sobre meios de prevenir ou se preparar para uma futura gestação, conforme a escolha da mulher e do seu companheiro. Ainda, foi realizada em parceria com os ACS, a busca a ativa das mulheres em idade fértil para a realização do CCO anual. Os resultados alterados foram identificados, notificados, tratados e acompanhados pela equipe de saúde da família.

○ Resultados e discussão:

A educação em nosso país é regida pela Constituição Federal e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) pela Lei no 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Encontra-se organizada em dois níveis, educação básica e educação superior e em duas modalidades, educação de jovens e adultos e educação especial, estabelecendo-se ainda e com a mesma classificação de modalidade, a educação profissional complementar à educação básica e que é tratada como um subsistema de ensino (BRASIL, 1996).

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pela LDB, confere às Instituições de Ensino Superior (IES) novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) representa um avanço pelo fato de induzir maior articulação das IES com a sociedade e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação profissional voltada ao trabalho no SUS. As DCN para os cursos de graduação na área da saúde estão descritas no Parecer CNE/CES no 1133 de agosto de 2001 que objetiva a formação dos profissionais de saúde voltados à atuação no SUS (BRASIL, 2001).

Para atender as necessidades de formação e capacitação dos profissionais de saúde, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um ponto de reflexão na concepção, organização e forma de atuação dos polos de EPS (BRASIL, 2006). A EPS prevê a construção de espaços locais, microrregionais e regionais formando as rodas de educação permanente em saúde. Propõe que a transformação de práticas profissionais deve estar focada na problematização in loco, nas necessidades dos trabalhadores, da população, da gestão setorial e do controle social (BRASIL, 2005; FEUERWERKER, 2004).

Segundo estes autores, as rodas de educação permanente vistas como articulações interinstitucionais, apoiadas pelo SUS, formam espaços de novos mecanismos de planejamento e gestão das instituições e serviços, e possuem como diretriz conceitual a integralidade do atendimento, a ampliação da clí-

nica, o conhecimento da realidade, a equipe multiprofissional, a ação interseccional e a humanização.

Atrelada ao entendimento de Educação Popular, que segundo Vasconcelos (2007) pode ser compreendida como um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas, o reconhecimento dos seus saberes como válidos e tendo como substrato o corpo teórico da Educação Popular formulada por Paulo Freire. Entende-se que a partir do observado, as ações perpetradas contam com fundamental importância do ACS, visto ele, ser o elo entre a comunidade e as ações requeridas pelo governo em prol da população, sendo o esclarecimento diante do vínculo, as vezes muito mais eficaz na promoção da saúde.

Conforme a Portaria Nº 2.761, DE 19 de novembro de 2013, que Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde traz os seguintes objetivos e eixos: promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação onde pessoas e grupos conquistam a superação, incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde, apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores sociais (BRASIL, 2013).

É importante salientar também que o planejamento familiar com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento profissional e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de discutir e conversar com essas mulheres a respeito da sexualidade (e tudo que a envolve) rompendo o silêncio cultural que envolve estes assuntos buscando a transformação social. Utilizando educação popular adequada à realidade social, econômica e cultural dessas mulheres dentro de suas comunidades. Multiplicar esta atitude nos diversos espaços de convívio das pessoas que fazem parte das comunidades dessas atividades educativas, com o objetivo de formar redes de conhecimento crítico em relação a estes problemas, é ter esperança na transformação da qualidade de vida de todos os envolvidos (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde, a ampliação do acesso de mulheres e homens à informação aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para

que possamos garantir os direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta desses métodos na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida. O planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens o direito de ter ou não filhos, e o momento certo para que isso aconteça (BRASIL, 2002).

○ Considerações Finais:

Conclui-se que a utilização da Metodologia da Problematização, possibilitou intervir de maneira eficaz de modo que se partiu dos pontos elencados pelos profissionais e comunidade como problemas reais da ESF e a teorização destes forneceu o suporte para que efetivassem as ações transformadoras. A contribuição deste estudo para a saúde, além de mudanças de práticas no local de estudo, também possibilita a reflexão dos acadêmicos e profissionais acerca do planejamento de suas ações em saúde, além de fortalecer a integração ensino, serviço e comunidade e estimular o olhar crítico dos docentes e profissionais a partir de problemas reais existentes na comunidade, levando não apenas a reflexão da temática, mas também a aplicação de estratégias e ações a realidade, visando a solução ou a minimização dos problemas elencados. De outra forma, conhecer a sistematização do SUS através da extensão universitária e de um trabalho em equipe multidisciplinar por meio da inserção prévia na realidade propiciou um estímulo ao crescimento pessoal/coletivo, singularmente proveitoso e válido.

Observamos que as oficinas EPS contribuem para o envolvimento de todos os atores envolvidos com resultados mais significativos do que capacitações tradicionais, pois parte de problemas reais, assim como valoriza o sujeito no processo educativo. Notamos também que nas oficinas EPS os profissionais da atenção primária tem a oportunidade de expor suas dúvidas e opiniões à cerca de problemas enfrentados na prática cotidiana da atenção primária, o que é de muita valia, pois ao expor suas dificuldades, o profissional tem a oportunidade de melhorar, superando suas limitações e de alguma forma ajudando outros colegas que possam ter dificuldades semelhantes às enfrentadas por ele na prática do serviço.

Essa vivência trouxe um enriquecimento único na formação do discente e um aprendizado para profissional da equipe de saúde, o que possibilitou melhorias significativas na atenção à saúde da mulher, além da aproximação da tríade ensino, serviço e comunidade, sendo o SUS espaço prioritário para que isso se efetive. As atividades propostas neste projeto incentivam e orientam para a continuidade das ações desenvolvidas no local.

Referências:

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed., 1989.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei no 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Parecer CNS/CES no 1133 de 07 de agosto de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher - 4a edição** - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET Saúde. Brasília: 2008.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, DE 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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, v.14, n. 1, p. 41- 65, jan/jun, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 1997.

PULLITA, E. J. A experiência e o flamar como categorias críticas na reflexão das interfaces entre Turismo e Educação. **Turismo & Sociedade**. Curitiba, v. 7, n. 4, p. 673-693. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 18-30

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

13

Organizadores:

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. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

GABRIEL CALAZANS BAPTISTA: Psicólogo, mestre em saúde coletiva (UFRGS), doutorando em psicologia (UFPA). E-mail: g.calazans.baptista@gmail.com

JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT: Doutor em História das Ciências, Cientista Social, Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, atuando no Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.limd@gmail.com

RICARDO BURG CECCIM: Sanitarista, pós-doutor em Antropologia Médica. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: burgceccim@gmail.com

Autores e Autoras:

ADRIANE CRISTINE OSS EMER SOARES ALPE: Psicóloga, preceptora de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa – FUMSSAR. E-mail: adriane_cs@yahoo.com.br

ALAN GOULARTE KNUTH: Professor de Educação Física e Dr. em Epidemiologia. Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. E-mail: alan_knuth@yahoo.com.br

ALESSANDRA VITORINO NAGHETTINI: Doutora, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. E-mail: anaghattini@gmail.com

BIANCA BORGES DA SILVA LEANDRO: Sanitarista. Bacharela em Saúde Coletiva e Mestre em Vigilância em Saúde. Laboratório de Educação Profissional em

Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Lires/EPSJV). E-mail: biancaborges@fiocruz.br

BRUCE DANIEL DE QUEIROZ: Acadêmico da Faculdade de Psicologia, Bolsista PET-Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

CAMILA FABIANA LEMOS FRANCESCATO: Enfermeira, Especialista em Saúde da Família egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. E-mail: camilaf.lemos@bol.com.br

CARLA SANTOS GROSSKOPF: Acadêmica do curso de Fisioterapia da UNIVALI. E-mail: carlasaantos2011@hotmail.com

CHAIANE DOS SANTOS: Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI. E-mail: chaiane_s@hotmail.com

CRISTINA CAMELO DE AZEVEDO: Professora Doutora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: cris.camelo@gmail.com

EDNA REGINA SILVA PEREIRA: Doutora, Hospital das Clínicas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade Federal de Goiás. E-mail: ersp13@gmail.com

ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA: Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral-CE. E-mail: eliany@hotmail.com

ELISIANE BISOGNIN: Enfermeira, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - FUMSSAR. E-mail: elisbisognin@yahoo.com.br

FABÍOLA HERMES CHESANI: Docente do curso de Fisioterapia da UNIVALI. E-mail: fabiola.chesani@univali.br

FLÁVIO ASTOLPHO VIEIRA SOUTO REZENDE: Médico e Mestre em Engenharia Biomédica. Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Lires/EPSJV). E-mail: flavioastolpho@fiocruz.br

GEANNE MARIA COSTA TORRES: Enfermeira. Secretária de Saúde de Salitre. Ceará. Mestre em Saúde da Família, Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva e do Grupo de Pesquisa da Universidade Estadual do

Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará. E-mail: gmctorres@hotmail.com

IDA HELENA CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES: Doutora, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás. E-mail: idahelenamenezes@gmail.com

INÊS DOLORES TELES FIGUEIREDO: Enfermeira. Secretária de Saúde de Maracanaú. Ceará. Mestre em Saúde da Família, Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva e do Grupo de Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará. E-mail: ines_dolores@hotmail.com

JENNIFFER FRANCIELLI DE SOUSA ALVES: Acadêmica do Instituto Saúde Coletiva, Bolsista PET-Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

JOSÉ AURICÉLIO BERNARDO CÂNDIDO: Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família, Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva e do Grupo de Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará. E-mail: jabcauricelio60@hotmail.com

JOSÉ GUTEMBERGUE DE VASCONCELOS BEZERRA: Terapeuta Ocupacional do CER PAM Salgadinho e HUPPA-UFAL, mestrando em ensino na saúde da Faculdade de Medicina da UFAL. E-mail: zebergue@hotmail.com

JOSINEIDE FRANCISCO SAMPAIO: Professora Doutora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: josineide.sampaio@famed.ufal.br

KARLA RENATA DE OLIVEIRA: Farmacêutica, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. E-mail: karla@unijui.edu.br

LARISSA FADEL: Acadêmica do curso de Fisioterapia da UNIVALI. E-mail: larifadde@hotmail.com

LETÍCIA CORRÊA FERREIRA: Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI. E-mail: leticia.correa002@hotmail.com

LÚCIA HELENA GONÇALVES MARTINS: Psicóloga. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretária de Saúde de Maracanaú. Ceará. Especialista em dinâmicas grupais. E-mail: luciahelena@hotmail.com

LÚCIA INÊS DE ARAÚJO: Mestre, Hospital das Clínicas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade Federal de Goiás. E-mail: liaufg@gmail.com

Ludmilla Campos Fernandes Silva: Acadêmica da Faculdade de Biologia, Bolsista PET-Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

LIVIA ALVES DA SILVA: Preceptora do PET-Saúde e Enfermeira SMS - PSF - João Bosco Pinheiro. E-mail: livia_fef@hotmail.com

MARCIA APARECIDA MIRANDA DE OLIVEIRA: Docente do curso de Psicologia da UNIVALI. E-mail: marciaoliveira3@terra.com.br

MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DIAS: Enfermeira. Pós Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral-CE. E-mail: socorroad@gmail.com

MARIA GORETTI QUEIROZ: Doutora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás. E-mail: mgoretti@gmail.com

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA: Enfermeira. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva Associação Ampla UECE-UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rocinei-deferreira@gmail.com

MONICA 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

NARA CAVALCANTE SERPA: Acadêmica do curso de Psicologia da UNIVALI. E-mail: naracserpa@gmail.com

NATHALIA CORRÊA VIEIRA: Acadêmica do curso de Nutrição da UNIVALI. E-mail: nathcvieiraa@gmail.com

PYETRA PRESTES NEGRETTI: Acadêmica do curso de Fisioterapia da UNIVALI. E-mail: pyetranegretti@hotmail.com

RAFAELLA VILA MORAES: Acadêmica da Faculdade de Enfermagem, Bolsista PET-Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

RODRIGO JÁCOB MOREIRA DE FREITAS: Mestre e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE. Docente da Universidade Potiguar - UNP. Docente substituto da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: rodrigojmf@gmail.com.br

ROSELI MAI: Psicóloga, Especialista em Saúde da Família egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. E-mail: roseli_mai@yahoo.com.br

RÚBIA MARA MAIA FEITOSA: Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE. Docente da Universidade de Potiguar - UNP. E-mail: rubinhafeitosa@hotmail.com

SEBASTIÃO BENÍCIO DA COSTA NETO: Doutor, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. E-mail: sebastiaobenicio@gmail.com

TAMIRES ALEXANDRE FÉLIX: Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Professora Substituta na Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: tamiresafelix@gmail.com

VALÉRIA BACCARIN IANISKI: Nutricionista, Especialista em Saúde da Família egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. E-mail: valeriaianiski@yahoo.com.br

VALERIA DE CARVALHO ARAÚJO SIQUEIRA: Tutora do PET-Saúde e docente Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

WANDERLEY FERNANDES DA SILVA: Doutor em Saúde Pública pela Universidade Internacional três Fronteiras - UNINTER. Coordenador do curso de enfermagem da Universidade Potiguar - UNP. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. E-mail: cacowfs@hotmail.com

○ Avaliadores/Revisores:

Esta publicação teve os originais submetidos à revisão de pares. Os avaliadores dos manuscritos foram: **Alcindo Antônio Ferla, Denise Bueno, Erica Rosalba Mallmann Duarte, Gabriel Calazans Bartista, Julio Cesar Schweickardt, Luciano Bezzerra Gomes, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Ricardo Burg Ceccim, Odete Torres Messa.**



A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha “e-livro, e-livre”, de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).

editora



redeunida

editora.redeunida.org.br

Os capítulos que compõe este livro foram selecionados numa convocatória sobre o tema da interprofissionalidade no cotidiano. Nesta coletânea foram reunidos 49 autores entre profissionais de ciências sociais, educação física, enfermagem, estudos sociais, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva e terapia ocupacional. Dentre os autores, também estudantes, estes das áreas de biologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e saúde coletiva. A coletânea contempla 4 regiões geopolíticas nacionais, envolvendo 08 estados da federação. A obra articula o atuar em parceria no interior do ensino e da saúde, implicando formadores, gestores e trabalhadores. Aponta as organizações de saúde e as instituições formadoras em redes de trocas, consoante a qualificação da atenção/cuidado e da gestão de sistemas e serviços, atividades de extensão universitária, inclusive a extensão comunitária, a formação de preceptores e tutores de residência, inclusive a qualificação da gestão da residência, e o destaque aos grupos tutoriais no ensino de graduação com o exemplo da vigilância em saúde.



ISBN 978-658718007-6



9

786587

180076

