



interface
comunicação, saúde, educação

2018; 22 Supl 2 ISSN 1807-5762

UNESP

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy, Arts and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la la Filosofia, las Artes y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITOR-CHEFE/CHIEF EDITOR/EDITOR JEFE
Antonio Python Cyrino, Unesp

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Denise Martin Coviello, Unifesp e UNISANTOS
Lilia Blima Schraiber, USP

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORES JUNIOR/JUNIOR EDITORS/EDITORES JUNIOR
Mariana Arantes Nasser, Unifesp
Tiago Rocha Pinto, UFRN

EDITORES ASSISTENTES/ASSISTANT EDITORS/EDITORES ASSISTENTES
Ana Flavia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASSOCIADOS

Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina
Aylene Emilia Moraes Bousquat, USP
Barbara Eleonora Bezerra Cabral, Univasf
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal
Cristina Larrea Killinger, Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha
Daniele Sacardo, Unicamp
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Fátima Corrêa Oliver, USP
Fernando Altair Pochay, UERJ
Francine Lube Guizardi, Fiocruz
Janine Miranda Cardoso, FioCruz
Joana Raquel Santos de Almeida, University of London, Inglaterra
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Lilian Koifman, UFF
Luciano Bezerra Gomes, UFPB
Marcelo Viana da Costa, UFRN
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Mônica Petracchi, UBA, Argentina
Patrícia Karina Natalia Schwartz, UBA, Argentina
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB
Rosana Teresa Onocko Campos - Unicamp
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Tiago Correia, CIES, Lisboa, Portugal
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITOR DE DEBATES/DEBATES EDITOR/EDITOR DE DEBATES
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti, Fiocruz

EDITORA DE RESENHAS/ REVIEWS EDITOR /EDITORA DE RESEÑAS
Lina Rodrigues de Faria, UFSB

EDITOR DE ENTREVISTAS/INTERVIEWS EDITOR/EDITOR DE ENTREVISTAS
Pedro Paulo Gomes Pereira, Unifesp

EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREACIÓN
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Juliana Araújo Silva, Unesp
Renata Monteiro Buelau, USP

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA
Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO
Adriana Ribeiro
Felipe Alves Peres
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL
Coordenação Editorial/Editorial Coordination/Coordenación Editorial
Juliana Freitas Oliveira
Renato Ribeiro
Normalização/Normalization/Normalización
Luciana Pizzani
Rinaldo José Ortiz
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potuguês)
Liane Christine L. P. Pilon (Português/Portuguese/Potuguês)
Carolina S. M. Ventura (Inglês/English/Inglés)
Caroline Luiza Alberoni (Inglês/English/Inglés)
Maria Jesus Carbajal Rodriguez (Espanhol/Spanish/Español)
Web design
Ester Campos Mello de Andrade
Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio
Bruna Pereira Godoi

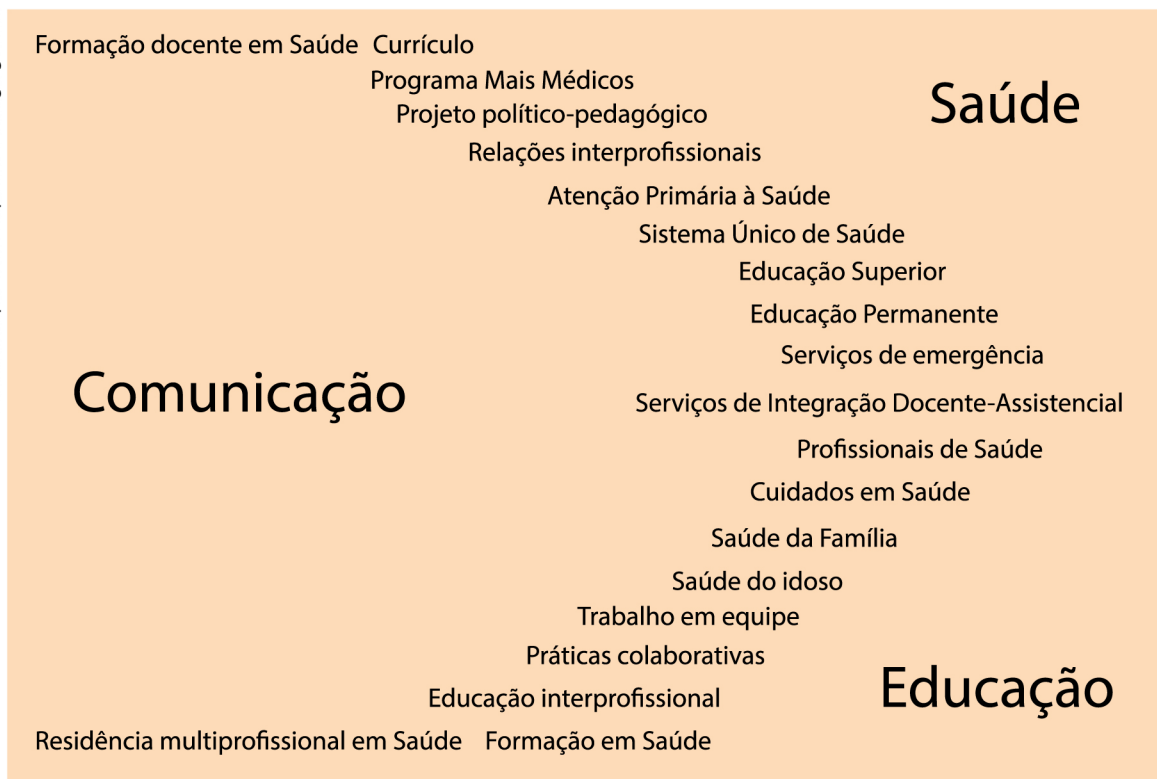
**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alcindo Ferla, UFRGS
Alejandra López Gómez, Universidad de la Republica
Uruguai, Uruguai
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
Angelica Maria Bicudo, Unicamp
Anne Christine Damasio, UFRN
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma
Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de
Colombia, Colômbia
Charles Briggs, UCSD, USA
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Daniel Catalan Matamoros, Universidad Carlos III de Madrid,
Espanha
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Ednalva Maciel Neves, UFPB
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Fernando Peñaranda Correa, UFPr
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
Gastão Wagner de Sousa Campos, Unicamp
George Dantas de Azevedo, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
Jesús Arroyave, Universidad del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Luis Terrón Blanco, Universitat Autònoma de Barcelona,
Espanha
José Miguel Rasia, UFPr
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leila Sollberger Jeolás, UEL
Leonor Graciela Natansohn, UFBA
Lia Geraldo da Silva Batista, UFPE

Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguai, Uruguai
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp
Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid,
Espanha
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBA
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marco Akerman, USP
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima
Margareth Aparecida Santini de Almeida, Unesp
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica
Portuguesa, Portugal
Maria Antônia Ramos Azevedo, Unesp
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad
Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBA
Maricela Perera Pérez, Universidad de la Habana, Cuba
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Maximiliano Lioi Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPB
Naomar de Almeida Filho, UFBA
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Raquel Rigotto, UFCE
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Ricardo Sparapan Pena, UFF
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de
México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha
Rogério Miranda Gomes, UFPR
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Sergio Tavares de Almeida Rego, Fiocruz
Soraya Fleischer, UnB
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Túlio Batista Franco, UFF



Elaborada a partir de: Felipe Alves (design-gráfico)



editorial

- 1507 A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)
Marcelo Viana da Costa; José Rodrigues Freire Filho; Cláudia Brandão; Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

artigos

- 1511 Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP): narrativas em foco
Rosana Aparecida Salvador Rossit; Carlos Francisco dos Santos Junior; Nara Maria Holanda de Medeiros; Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros; Cristiano Gil Regis; Sylvania Helena Souza da Silva Batista
- 1525 Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde
Marina Peduzzi; Heloíse Fernandes Agreli
- 1535 A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde
Giselle Fernanda Previato; Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
- 1549 Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional
Valéria Vernaschi Lima; Eliana Claudia de Otero Ribeiro; Roberto de Queiroz Padilha; Carlos Alberto Mourthé Júnior
- 1563 Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação
Luciane Ines Ely; Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
- 1577 Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem
César Augusto Paro; Roseni Pinheiro
- 1589 Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional
Geovannia Mendonça Santos; Sylvania Helena Souza da Silva Batista
- 1601 A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes
Lucas Cardoso dos Santos; Janete Pessuto Simonetti; Antonio Python Cyrino
- 1613 Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional
José Rodrigues Freire Filho; Carinne Magnago; Marcelo Viana da Costa; Aldaísa Cassanho Forster
- 1625 A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional
Luana Pinho de Mesquita Lago; Sílvia Matumoto; Simone Santana da Silva; Soraya Fernandes Mestriner; Silvana Martins Mishima
- 1635 Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade
Cristiane Trivisio Arnemann; Maria Henriqueta Luce Kruse; Denise Gastaldo; Alan Cristian Rodrigues Jorge; André Luís da Silva; Ane Glauce Freitas Margarites; Cássio Lamas Pires; Nádia Mora Kuplich; Maite Telles dos Santos; Robledo Leal Condessa
- 1647 Educação Interprofissional na pós-graduação *stricto sensu*: o olhar dos egressos
Maria Aparecida de Oliveira Freitas; Gabriela Souza dos Santos Demarchi; Rosana Aparecida Salvador Rossit
- 1661 A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima; Rosana Lúcia Alves de Vilar; Janete Lima de Castro; Kenio Costa de Lima
- 1675 Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência
Angela Aparecida Capozzolo; Sidnei José Casetto; Stella Maris Nicolau; Virgínia Junqueira; Daniela Caetano Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino
- 1685 Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas
Ruth Ester Assayag Batista; Marina Peduzzi
- 1697 Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil
Wilton Nascimento Figueredo; Renata Meira Veras; Gilberto Tadeu Reis da Silva; Gustavo Marques Porto Cardoso
- 1705 Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil
Nildo Alves Batista; Rosana Aparecida Salvador Rossit; Sylvania Helena Souza da Silva Batista; Carla Cilene Baptista da Silva; Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo; Patricia Rios Poletto
- 1717 Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família
Patrícia Escalda; Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
- 1729 Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial
Christine Wetzel; Eglê Rejane Kohlrausch; Fabiane Machado Pavani; Franciele Savian Batistella; Leandro Barbosa de Pinho

debates

- 1739 Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação
Ricardo Burg Ceccim
- 1750 Inquietudes, da minha parte
Emerson Elias Merhy
- 1753 Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação
Márcio Florentino Pereira
- 1757 Interprofissionalidade e ousadia: sobre "Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação"
Hugo Mercer
- 1760 Réplica:
Sobre adaptação, resistência e competência ética na interprofissionalidade
Ricardo Burg Ceccim

espaço aberto

- 1763 Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde
Edson Arpini Miguel; Adriana Lenita Meyer Albiero; Rozilda Neves Alves; Angélica Maria Bicudo
- 1777 A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde
Patricia Rios Poletto; Andrea Perosa Saigh Jurdi
- 1787 Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil
Vitória Ferreira do Amaral; Ana Suelen Pedroza Cavalcante; Quitéria Larissa Teodoro Farias; Marcos Aguiar Ribeiro; David Gomes Araújo Júnior; Diógenes Farias Gomes
- 1799 Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde
Ana Paula Griggio; Vivian Aline Mininel; Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

editorial

- 1507 Education and interprofessional practice in line with the historical commitment to strengthen and consolidate the Brazilian National Health System (SUS)
Marcelo Viana da Costa; José Rodrigues Freire Filho; Cláudia Brandão; Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

articles

- 1511 The research group as a learning scenario in/on Interprofessional Education: focus on narratives
Rosana Aparecida Salvador Rossit; Carlos Francisco dos Santos Junior; Nara Maria Holanda de Medeiros; Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros; Cristiano Gil Regis; Sylvia Helena Souza da Silva Batista
- 1525 Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care
Marina Peduzzi; Heloíse Fernandes Agreli
- 1535 Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in primary health care
Giselle Fernanda Previato; Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
- 1549 Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach
Valéria Vernaschi Lima; Eliana Claudia de Otero Ribeiro; Roberto de Queiroz Padilha; Carlos Alberto Mourthé Júnior
- 1563 Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses
Luciane Ines Ely; Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
- 1577 Interprofessionalism in undergraduate Collective Health courses: a study on different learning scenarios
César Augusto Paro; Roseni Pinheiro
- 1589 Teaching, Pro-Saude and PET-Saude: narratives of an interprofessional practice
Geovannia Mendonça Santos; Sylvia Helena Souza da Silva Batista
- 1601 Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective
Lucas Cardoso dos Santos; Janete Pessuto Simonetti; Antonio Python Cyrino
- 1613 Specialization courses offered in the scope of the More Doctors Program: documentary analysis from the perspective of Interprofessional Education
José Rodrigues Freire Filho; Carinne Magnago; Marcelo Viana da Costa; Aldaísa Cassanho Forster
- 1625 Analysis of professional practices as a multiprofessional residency education tool
Luana Pinho de Mesquita Lago; Silvia Matumoto; Simone Santana da Silva; Soraya Fernandes Mestriner; Silvana Martins Mishima
- 1635 Preceptor's best practices in a multiprofessional residency: interface with interprofessionalism
Cristiane Trivisoli Arnemann; Maria Henriqueta Luce Kruse; Denise Gastaldo; Alan Cristian Rodrigues Jorge; André Luis da Silva; Ane Glauce Freitas Margarites; Cássio Lamas Pires; Nádia Mora Kuplich; Maite Telles dos Santos; Robledo Leal Condessa
- 1647 Interprofessional Education in Master's and Doctoral programs: postgraduate students' perception
Maria Aparecida de Oliveira Freitas; Gabriela Souza dos Santos Demarchi; Rosana Aparecida Salvador Rossit
- 1661 Interprofessional education and aging: analysis of pedagogical health projects
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima; Rosana Lúcia Alves de Vilar; Janete Lima de Castro; Kenio Costa de Lima
- 1675 Interprofessional education and provision of care: analysis of an experience
Angela Aparecida Capozzolo; Sidnei José Casetto; Stella Maris Nicolau; Virgínia Junqueira; Daniela Caetano Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino
- 1685 Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists
Ruth Ester Assayag Batista; Marina Peduzzi
- 1697 Collaborative practices in emergency services in Health: the interprofessionalism of the "PermanecerSUS" Program, Health Department of the State of Bahia, Brazil
Wilton Nascimento Figueredo; Renata Meira Veras; Gilberto Tadeu Reis da Silva; Gustavo Marques Porto Cardoso
- 1705 Interprofessional health education: the experience of the Federal University of Sao Paulo, Baixada Santista *campus*, Santos, Brazil
Nildo Alves Batista; Rosana Aparecida Salvador Rossit; Sylvia Helena Souza da Silva Batista; Carla Cilene Baptista da Silva; Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo; Patricia Rios Poletto
- 1717 Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team
Patrícia Escalda; Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
- 1729 Analysis of interprofessional in-service education in a Psychosocial Care Center
Christine Wetzel; Eglê Rejane Kohrausch; Fabiane Machado Pavani; Franciele Savian Batistella; Leandro Barbosa de Pinho

debates

- 1739 Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation
Ricardo Burg Ceccim
- 1750 Concerns, on my part
Emerson Elias Merhy
- 1753 Interprofessionality and health: connections and changing borders
Márcio Florentino Pereira
- 1757 Interprofessionality and daring: on "Connections and boundaries of interprofessionality: form and form-giving"
Hugo Mercer
- 1760 Reply:
On adaption, resistance and ethical competence in interprofessionality
Ricardo Burg Ceccim

open space

- 1763 Path and Implementation of Interprofessional Discipline in Health Courses
Edson Arpini Miguel; Adriana Lenita Meyer Albiero; Rozilda Neves Alves; Angélica Maria Bicudo
- 1777 Revising curricular matrices in an innovative pedagogical project: ways of strengthening interprofessional health education
Patricia Rios Poletto; Andrea Perosa Saigh Jurdi
- 1787 Mobilizing students in Brazilian National Health System (SUS) defense: interprofessional experiences of VER-SUS - Sobral, CE, Brazil
Vitória Ferreira do Amaral; Ana Suelen Pedroza Cavalcante; Quitéria Larissa Teodoro Farias; Marcos Aguiar Ribeiro; David Gomes Araújo Júnior; Diógenes Farias Gomes
- 1799 Planning an interprofessional education activity for healthcare professions
Ana Paula Griggio; Vivian Aline Mininel; Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

editorial

- 1507 La Educación y el trabajo interprofesional alineados al compromiso histórico de fortalecimiento y consolidación del Sistema Brasileño de Salud (SUS) Marcelo Viana da Costa; José Rodrigues Freire Filho; Cláudia Brandão; Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

artículos

- 1511 Grupo de investigación como espacio de aprendizaje en/sobre Educación Interprofesional (EIP): narrativas en enfoque Rosana Aparecida Salvador Rossit; Carlos Francisco dos Santos Junior; Nara Maria Holanda de Medeiros; Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros; Cristiano Gil Regis; Sylvania Helena Souza da Silva Batista
- 1525 Trabajo en equipo y práctica colaborativa en la Atención Primaria de la Salud Marina Peduzzi; Heloíse Fernandes Agreli
- 1535 La comunicación en la perspectiva dialógica de la práctica interprofesional colaborativa en salud en la Atención Primaria de la Salud Giselle Fernanda Previato; Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
- 1549 Desafíos en la educación de profesionales de salud: un abordaje interdisciplinario e interprofesional Valéria Vernaschi Lima; Eliana Claudia de Otero Ribeiro; Roberto de Queiroz Padilha; Carlos Alberto Mourthé Júnior
- 1563 Integración entre currículos en la educación de profesionales de Salud: la potencia para educación interprofesional en la graduación Luciane Ines Ely; Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
- 1577 Inter-profesionalidad en la graduación en Salud Colectiva: miradas a partir de los escenarios diversificados de aprendizaje César Augusto Paro; Roseni Pinheiro
- 1589 Docencia, Pro-Salud y PET-Salud: narrativas de un quehacer interprofesional Geovannia Mendonça Santos; Sylvania Helena Souza da Silva Batista
- 1601 La educación interprofesional en la graduación de Medicina y Enfermería en práctica en la atención primaria de la salud: la perspectiva de los estudiantes Lucas Cardoso dos Santos; Janete Pessuto Simonetti; Antonio Python Cyrino
- 1613 Cursos de especialización ofrecidos en el ámbito del Más Médicos: análisis documental de la perspectiva de la Educación Interprofesional José Rodrigues Freire Filho; Carinne Magnago; Marcelo Viana da Costa; Aldaísa Cassanho Forster
- 1625 El análisis de prácticas profesionales como dispositivo para la formación en la residencia multiprofesional Luana Pinho de Mesquita Lago; Silvia Matumoto; Simone Santana da Silva; Soraya Fernandes Mestriner; Silvana Martins Mishima
- 1635 Prácticas exitosas de los preceptores de una residencia multiprofesional: interfaz con la inter-profesionalidad Cristiane Trivisio Arnemann; Maria Henriqueta Luce Kruse; Denise Gastaldo; Alan Cristian Rodrigues Jorge; André Luis da Silva; Ane Glauce Freitas Margarites; Cássio Lamas Pires; Nádia Mora Kuplich; Maite Telles dos Santos; Robledo Leal Condessa
- 1647 Educación interprofesional en el postgrado *stricto sensu*: la mirada de los egresados Maria Aparecida de Oliveira Freitas; Gabriela Souza dos Santos Demarchi; Rosana Aparecida Salvador Rossit
- 1661 La educación interprofesional y la temática sobre el envejecimiento: un análisis de proyectos pedagógicos en el área de la Salud Rafael Rodolfo Tomaz de Lima; Rosana Lúcia Alves de Vilar; Janete Lima de Castro; Kenio Costa de Lima
- 1675 Educación interprofesional y producción del cuidado: análisis de una experiencia Angela Aparecida Capozzolo; Sidnei José Casetto; Stella Maris Nicolau; Virgínia Junqueira; Daniela Caetano Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino
- 1685 Práctica interprofesional colaborativa en el servicio de emergencia: atribuciones privativas y compartidas de los fisioterapeutas Ruth Ester Assayag Batista; Marina Peduzzi
- 1697 Prácticas colaborativas en las urgencias en Salud: la interprofesionalidad del Programa "PermanecerSUS", Secretaría Estadual de Salud de Bahia, Brasil Wilton Nascimento Figueredo; Renata Meira Veras; Gilberto Tadeu Reis da Silva; Gustavo Marques Porto Cardoso
- 1705 Educación interprofesional en la formación en Salud: la experiencia de la Universidad Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil Nildo Alves Batista; Rosana Aparecida Salvador Rossit; Sylvania Helena Souza da Silva Batista; Carla Cilene Baptista da Silva; Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo; Patricia Rios Poletto
- 1717 Dimensiones del trabajo interprofesional y prácticas colaborativas desarrolladas en una unidad básica de salud, por equipo de Salud de la Familia Patrícia Escalda; Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
- 1729 Análisis sobre la formación interprofesional en servicio en un Centro de Atención Psicosocial Christine Wetzel; Eglê Rejane Kohrausch; Fabiane Machado Pavani; Franciele Savian Batistella; Leandro Barbosa de Pinho

debates

- 1739 Conexiones y fronteras de la interprofesionalidad: forma y formación
Ricardo Burg Ceccim
- 1750 Inquietudes, por mi parte
Emerson Elias Merhy
- 1753 Interprofesionalidad y salud: conexiones y fronteras en transformación
Márcio Florentino Pereira
- 1757 Interprofesionalidad y osadía: sobre "Conexiones y fronteras de la interprofesionalidad: forma y formación"
Hugo Mercer
- 1760 Replica:
Sobre adaptación, resistencia y competencia ética en la interprofesionalidad
Ricardo Burg Ceccim

espacio abierto

- 1763 Trayectoria e implementación de disciplina interprofesional para cursos en el área de la Salud
Edson Arpini Miguel; Adriana Lenita Meyer Albiero; Rozilda Neves Alves; Angélica Maria Bicudo
- 1777 La experiencia de revisión de las matrices curriculares en un proyecto pedagógico innovador: caminos para fortalecer la educación interprofesional en Salud
Patrícia Rios Poletto; Andrea Perosa Saigh Jurdi
- 1787 Movilizando estudiantes en defensa del Sistema Brasileño de Salud (SUS): experiencias interprofesionales del VER-SUS - Sobral, Estado de Ceará, Brasil
Vitória Ferreira do Amaral; Ana Suelen Pedroza Cavalcante; Quitéria Larissa Teodoro Farias; Marcos Aguiar Ribeiro; David Gomes Araújo Júnior; Diógenes Farias Gomes
- 1799 Planificación de una actividad de educación interprofesional para las profesiones de la Salud
Ana Paula Griggio; Vivian Aline Mininel; Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Historicamente o SUS é palco de lutas permanentes no intuito de implementar os princípios de integralidade, universalidade e equidade, comprometidos com direitos sociais democráticos. O movimento pelo fortalecimento e consolidação de um sistema de saúde ancorado nessas bases constitui um projeto político comprometido não apenas com a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas, mas também com a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e humana.

Com esse compromisso, sujeitos sociais de todo o país lutam diariamente pela reorientação da formação e do trabalho em saúde, considerando as singularidades loco regionais do território, dos usuários e das comunidades. Tal militância pauta-se na resistência às forças hegemônicas - que valorizam princípios opostos ao projeto de uma sociedade voltada ao bem-estar social - buscando a redução das iniquidades, orientando-se pelas complexas e dinâmicas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidades na organização do processo de produção dos serviços de saúde e da formação em saúde.

No cenário atual convivemos com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, o retorno de doenças antes controladas e uma conjuntura social e econômica com grandes implicações no aumento das desigualdades sociais, além da crescente complexidade das necessidades e dos problemas de saúde das pessoas. Nesse sentido, as mudanças das demandas do sistema de saúde implicam em transformações necessárias na formação de trabalhadores para o SUS.

Este editorial do Suplemento sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, busca ressaltar que a construção da Educação interprofissional em Saúde (EIP) e do trabalho não estão dissociados da luta histórica pelo fortalecimento do nosso SUS. Embora esta temática incorpore palavras relativamente novas, fortalece princípios fundamentais para essa conjuntura: a centralidade do usuário na reordenação dos serviços de saúde, o alinhamento dos perfis profissionais a essas complexas necessidades de saúde e a formação de profissionais mais implicados com as transformações necessárias à sociedade.

O SUS é mundialmente reconhecido como um sistema universal que garante o acesso a saúde como direito inalienável e apresenta avanços significativos, tais como o programa HIV/Aids, a imunização, os transplantes, o combate ao tabagismo e o crescimento exponencial da atenção básica e do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, que evidenciam a importância da continuidade da luta por sua consolidação e fortalecimento. Apesar desses avanços, a realidade evidencia a necessidade de avançar na perspectiva da formação para o efetivo trabalho em equipe como instrumento potente no enfrentamento dessa complexa conjuntura e na produção de um sistema de saúde equânime.

A formação em saúde no Brasil, legitimada pela lógica uniprofissional, precisa ser revista, pois contribuiu para a reprodução da fragmentação das relações profissionais no mundo do trabalho. Na educação das profissões da saúde ainda são priorizadas abordagens pedagógicas que não possibilitam o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas indispensáveis para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e pelo fortalecimento do princípio da integralidade dos cuidados.

Viabilizar oportunidades educacionais nas quais membros de duas ou mais profissões aprendam juntos, de forma interativa, com o propósito explícito

de avançar na perspectiva da colaboração como prerrogativa para a melhoria na qualidade da atenção¹ além do movimento da EIP, constitui o horizonte apresentado na coletânea de artigos, relatos de experiência e debates deste Suplemento.

Todas as propostas submetidas representam a aspiração pelo fortalecimento do SUS, que passa também pela reorientação das práticas e da formação, reforçando o compromisso com os princípios da colaboração interprofissional na produção dos serviços de saúde e no desenvolvimento de profissionais mais aptos e implicados com o efetivo trabalho em equipe, comprometidos com as necessidades de saúde já referidas.

O conjunto de artigos submetidos mostra a diversidade da produção sobre o tema, mas principalmente a capacidade inventiva, de luta e de transformação. Vale ressaltar que não existe um modelo pronto de EIP, as experiências bem-sucedidas em todo o mundo se consolidaram por sucessivos movimentos, erros e acertos. As diferentes realidades coexistentes no país, com necessidades muito específicas, implicam a importância de adequar as iniciativas de EIP aos aspectos facilitadores, mas que também apresentam novas possibilidades. Essa foi a grande característica percebida em todos os manuscritos apresentados neste fascículo.

Foram recebidas 160 submissões de grande relevância para o cenário do trabalho e da formação em saúde no Brasil. Considerando o escopo e as diretrizes da revista Interface, foram selecionados 19 artigos originais, quatro relatos de experiência e um debate. A maioria das submissões abordou temas e realidades do processo de formação interprofissional em Saúde, mas também foi marcante o número de produções relacionadas ao trabalho e às práticas em Saúde.

A chamada pública para o Suplemento buscou encorajar a submissão de trabalhos em eixos-chave para o debate da Educação e do trabalho interprofissional em Saúde, na perspectiva de estimular o diálogo com referenciais nacionais e internacionais e apresentar a potência desse debate na luta histórica pela reorientação da formação e do trabalho em Saúde no Brasil.

Assim é que, no eixo sobre os aspectos teórico-conceituais, um dos artigos discute esses aspectos teóricos da educação baseados na interdisciplinaridade e interprofissionalidade, a partir dos desafios de combinar métodos e estratégias educacionais do contexto da formação dos profissionais de saúde.

Sobre as políticas de reorientação da formação e do trabalho em Saúde enquanto espaços potentes para a adoção da interprofissionalidade, os trabalhos expressam importantes produções que contribuem para analisar experiências da interprofissionalidade, ou possibilidades de sua incorporação, em políticas estratégicas do SUS: PRÓ-Saúde, PET-Saúde, Programa Mais Médicos e Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS). Os artigos sobre PRÓ-Saúde e PET-Saúde, enquanto cenários para o redimensionamento de propostas de formação de professores da área da Saúde, apresentaram forte valorização da aprendizagem colaborativa e interprofissional. Em relação ao Programa Mais Médicos foram analisados os projetos político-pedagógicos dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito dessa política, como possibilidade para adoção dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP). Sobre o VER-SUS apresenta-se uma experiência interessante de aprendizagem compartilhada e interprofissional, vivenciada no projeto VER-SUS, em Sobral, Ceará, reiterando a importância de fortalecer a efetiva comunicação na dinâmica do processo de formação e do trabalho em Saúde.

A maioria dos artigos do Suplemento focaliza o eixo das Iniciativas de Educação Interprofissional em Saúde. São artigos que discutem a incorporação

dos pressupostos da EIP em diversos cenários da formação em Saúde: grupos de pesquisa como espaços para o exercício da Educação Interprofissional; a realidade de serviços de saúde enquanto cenário para a Educação Interprofissional; experiências exitosas de EIP no âmbito das residências multiprofissionais em saúde; a EIP em cenários diversificados na graduação em Saúde Coletiva; o envelhecimento como tema capaz de viabilizar estratégias de EIP em diferentes cursos de graduação em Saúde e a formação interprofissional em cursos de pós-graduação *stricto sensu*.

No eixo sobre métodos de ensino-aprendizagem na Educação Interprofissional em Saúde as contribuições envolvem a reflexão sobre a relevância da diversificação de cenários de aprendizagem e a potência da integração de diferentes currículos de cursos de graduação em Saúde para o exercício da EIP.

Sobre as Iniciativas de Trabalho Interprofissional e Práticas Colaborativas nos diversos cenários de produção dos serviços de Saúde também são significativas as contribuições dos artigos apresentados neste Suplemento, envolvendo reflexões sobre as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas na Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família; discussão da prática colaborativa nos serviços de urgência; a comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa na Atenção Primária à Saúde; o debate sobre trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.

No eixo das implicações da Interprofissionalidade nos processos de mudanças da formação e do trabalho em Saúde os artigos trazem um debate consistente sobre experiências de formação interprofissional em instituições de ensino superior no Brasil, como na UNIFESP – campus Baixada Santista e na Universidade Estadual de Maringá; e a educação interprofissional nos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, na perspectiva dos estudantes.

O eixo da avaliação das iniciativas de educação e trabalho interprofissional em Saúde apresenta uma experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador, como forma de discutir possibilidades para o fortalecimento da interprofissionalidade na formação em Saúde.

Finalmente, sobre o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas em Saúde no processo de fortalecimento e consolidação do SUS e a centralidade dos usuários e suas necessidades, como fundamento para a educação e o trabalho interprofissional em Saúde, o Suplemento inclui uma análise consistente sobre a formação interprofissional e a produção do cuidado.

Ressalta-se, ainda, que este Suplemento integra as atividades previstas no Plano de Ação para o fortalecimento da EIP no Brasil, elaborado em 2017 pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC), universidades e pesquisadores que compõem a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS).

Publicações dessa natureza expressam o interesse pelo tema da EIP e da prática interprofissional e revelam os caminhos da incorporação desse movimento na formação e no trabalho em Saúde. Também sinalizam lacunas do conhecimento para futuras pesquisas, promovem maior debate e diálogo com a literatura nacional e internacional, além de ressaltar o compromisso de fortalecer e consolidar ativamente o SUS.

Na leitura dos artigos que integram o Suplemento fortalece-se a perspectiva apresentada por Hobsbawm²:

Não sabemos para onde estamos indo. Só sabemos que a história nos trouxe até este ponto [...] contudo, uma coisa é clara. Se a humanidade quer ter um futuro reconhecível, não pode ser pelo prolongamento do passado ou do presente. Se tentarmos construir o terceiro milênio nessa base, vamos fracassar. (p. 562)

Que essa leitura encoraje novos projetos, novas formas de trabalhar e formar em Saúde, sem perder de vista o projeto de uma sociedade melhor e encorajados pelos acúmulos e ganhos das lutas históricas.

Marcelo Viana da Costa^(a)

José Rodrigues Freire Filho^(b)

Cláudia Brandão^(c)

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva^(d)

^(a) Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Coronel Martiniano, 541, centro. Caicó, RN, Brasil. 59300-000. marcelo.viana@emcm.ufrn.br

^(b) Organização Pan-americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde. Washington, EEUA. rodrigujos@paho.org

^(c) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. claudia.brandao@saude.gov.br

^(d) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. jaqueline.alc@gmail.com

Referências

1. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide N° 39. Med Teach. 2016; 38(7):656-68. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663.
2. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX. 1914-1991. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

Education and interprofessional practice in line with the historical commitment to strengthen and consolidate the Brazilian National Health System (SUS)

Historically, the Brazilian National Health System (SUS) is a scenario of permanent fights to implement the principles of comprehensive care, universality and equity committed with democratic social rights. The movement to strengthen and consolidate a health system based on these foundations is a political project that is committed not only to improving people's quality of life and of health but also to building a fair, equal and human society.

With this commitment in mind, social subjects throughout Brazil fight every day to reorient health education and practice, taking into consideration the local and regional singularities of the territory, users and communities. This militancy is based on the resistance to hegemonic practices, which value principles opposed to the project of a society focused on social wellbeing. It aims at reducing inequalities based on the complex and dynamic health needs of users, families and communities in the organization of the process to provide health education and services.

In the current scenario, the population's demographic and epidemiological profile is changing, diseases that were already under control are returning, and there is a social and economic conjuncture with great implications in the increase of social inequalities, as well as a growing complexity of people's health needs and problems. In this sense, changes in the health system's demands imply in necessary transformations in the education of workers according to SUS needs.

This editorial of the Supplement on Interprofessional Health Education and Practice aims at highlighting that the construction of interprofessional health education and practice is associated with the historical fight to strengthen SUS. Although it incorporates relatively new words, this topic provides essential principles to this conjuncture: focus on users in the reorganization of health services, professional profiles in line with these complex health needs and education of professionals who are more involved in the society's necessary transformations.

SUS is worldwide known as a universal system that ensures health access as an inalienable right and shows significant advances, such as the HIV/Aids program, immunization, transplants, fight against smoking and exponential growth of primary care and teamwork in the Family Health Strategy. These advances evidence the importance to continue fighting for its consolidation and strengthening. Despite these advances, reality evidences the need to advance towards the perspective of education for an effective teamwork as a powerful instrument to face this complex conjuncture and to provide an equal health system.

Legitimized by the uniprofessional logic, health education in Brazil needs to be revisited, since it contributed to reproducing the fragmentation of professional relationships in the scenario of practice. Pedagogical approaches that do not enable the development of collaborative professional competencies that are indispensable to improve the healthcare quality and strengthen the comprehensive care principle are still prioritized in the education of health professions.

Providing educational opportunities in which members of two or more professions interactively learn together with the explicit purpose of advancing towards the perspective of collaboration as a prerogative to improve the quality of care¹, as well as the interprofessional education movement, is the horizon presented in the collection of articles, experience reports and debates of this Supplement.

All proposals submitted represent the aspiration to strengthen SUS. This process also goes through the reorientation of education and practice, reinforcing the

commitment with interprofessional collaboration principles in the provision of health services and in the development of professionals who are more prepared and involved in an effective teamwork, committed with the previously mentioned health needs.

The group of submitted articles shows the diversity of production on the topic, particularly the ability to be inventive, fight and transform. There is no predefined interprofessional education model. Successful experiences throughout the world were consolidated by successive movements, rights and wrongs. The different realities that coexist in the country, each with their own specific needs, result in the importance of adapting interprofessional education initiatives to facilitating aspects, but they also present new possibilities. This was the major characteristics noticed in all manuscripts presented in this issue.

A total of 160 proposals of great relevance to the scenario of health education and practice in Brazil were submitted. Considering Interface's scope and guidelines, 19 original articles, four experience reports and one debate were selected. Most of the submissions covered topics and realities of the interprofessional health education process. However, the number of productions related to health work and practice was also remarkable.

The Supplement's public call aimed at encouraging the submission of works on key axes to the debate on interprofessional health education and practice. The objective was to foster dialogs with national and international references and show the power of this debate to the historical fight for the reorientation of health education and practice in Brazil.

In this line, under the axis related to theoretical and conceptual aspects, one of the articles discusses the theoretical aspects of education based on interdisciplinarity and interprofessionality. It takes into consideration the challenges of combining educational methods and strategies in the education of health professionals.

Regarding policies to reorient health education and practice as powerful spaces to adopt interprofessionality, the works are important productions that contribute to analyzing interprofessionality experiences or possibilities of incorporating it into SUS' strategic policies: Pró-Saúde, PET-Saúde, the More Doctors Program and the Project of Experience and Internship in the SUS Reality (VER-SUS). Articles related to Pró-Saúde and PET-Saúde as scenarios to resize proposals of education of teachers in health strongly advocate for collaborative and interprofessional learning. Regarding the More Doctors Program, the Political-Pedagogical Projects of Family Health specialization courses offered under this policy were analyzed as to the possibility of adopting theoretical and methodological elements of interprofessional education. VER-SUS, in turn, is an interesting experience of shared and interprofessional learning in Sobral, Ceará, Brazil. It reiterates the importance of strengthening an effective communication in the dynamics of the health education and practice process.

Most of the Supplement's articles focus on the Interprofessional Health Education Initiatives axis. These articles discuss the incorporation of interprofessional education's presuppositions in different scenarios of health education: research groups as spaces to practice interprofessional education; the reality of health services as a scenario of interprofessional education; successful interprofessional education experiences under the scope of multiprofessional health residencies; interprofessional education in different scenarios of undergraduate Collective Health courses; aging as a topic capable of providing interprofessional education strategies in different undergraduate health courses and in *stricto sensu* postgraduate courses.

In the axis related to teaching and learning methods in interprofessional health education, contributions involve reflection about the importance of diversifying learning scenarios and the power of integrating different curricula of undergraduate health courses to practice interprofessional education.

Regarding interprofessional and collaborative practice initiatives in different scenarios of provision of health services, the contributions of this Supplement's articles are also significant. They involve reflections on the dimensions of interprofessional work and collaborative practices in the Family Health Strategy's Primary Care Unit (UBS); discussion on collaborative practice in urgency services; communication under the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in primary healthcare; and debate on teamwork and collaborative practice in primary healthcare.

In the axis related to the interprofessionality's implications in the changing process of health education and practice, the articles foster a consistent debate on interprofessional education experiences in higher education institutions in Brazil, such as Unifesp, Baixada Santista campus, and Universidade Estadual de Maringá, and in undergraduate medical and nursing courses under the students' perspective.

The axis related to the assessment of interprofessional health education and practice initiatives presents an experience of revision of the curricular matrices of an innovative pedagogical project. This revision was a way of discussing possibilities to strengthen interprofessionality in health education.

Finally, regarding interprofessional and collaborative practices in health in the process of strengthening and consolidating SUS, and focusing on users and their needs as the foundation of interprofessional health education and practice, the Supplement includes a consistent analysis of interprofessional education and the provision of care.

This Supplement also integrates the activities provided for in the Action Plan to strengthen interprofessional education in Brazil. This plan was created in 2017 by the Division of Health Education Management (DEGES), of the Management Department for Work and Education in Health (SGTES), of the Brazilian Ministry of Health, in partnership with the Directorate of Health Education Development (DDES), of the Higher Education Department (Sesu), of the Ministry of Education, universities and researchers of the Brazilian Network of Interprofessional Health Education and Work (ReBETIS), supported by the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO).

Publications of this nature show an interest on the interprofessional education and practice topic and reveal paths to incorporate this movement into health education and practice. They also signal knowledge gaps for future researches, promote a larger debate and dialog with national and international literature, and highlight the commitment to actively strengthen and consolidate SUS.

The Supplement's articles strengthen the perspective presented by Hobsbawm²:

We do not know where we are going. We only know that history has brought us to this point [...] however, one thing is plain. If humanity is to have a recognizable future, it cannot be by prolonging the past or the present. If we try to build the third millennium on that basis, we shall fail.
(p. 562)

May this reading encourage new projects and ways of working and teaching in health without losing sight of the project of a better society and upheld by the accumulations and gains of historical fights.

Marcelo Viana da Costa^(a)

José Rodrigues Freire Filho^(b)

Cláudia Brandão^(c)

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva^(d)

^(a) Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Coronel Martiniano, 541, centro. Caicó, RN, Brasil. 59300-000.

marcelo.viana@emcm.ufrn.br

^(b) Organização Pan-americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde. Washington, EEUA. rodrigujos@paho.org

^(c) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. claudia.brandao@saude.gov.br

^(d) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. jaqueline.alc@gmail.com

References

1. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide N° 39. *Med Teach*. 2016; 38(7):656-68. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663.
2. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX. 1914-1991. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP):

narrativas em foco

Rosana Aparecida Salvador Rossit^(a)
 Carlos Francisco dos Santos Junior^(b)
 Nara Maria Holanda de Medeiros^(c)
 Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros^(d)
 Cristiano Gil Regis^(e)
 Sylvia Helena Souza da Silva Batista^(f)

Rossit RAS, Santos Junior CF, Medeiros NMH, Medeiros LMOP, Regis CG, Batista SHSS. The research group as a learning scenario in/on Interprofessional Education: focus on narratives. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1511-23.

This study aimed to analyse the contribution of groups as a space of study, research and development of competencies in/on Interprofessional Education. It has nuances of the case study and was based on the qualitative approach. Fourteen narratives led to the field of experiences and representations, which is the object of understanding, analysis and interpretation of this research. Three categories emerged from the thematic analysis: motivations, which express search, admission, and permanence movements; the group as a shared learning and collaborative practice space, with intersubjective, personal, and institutional dimensions; and the group as a process of permanent consolidation and reconstruction, with challenges in building knowledge, forming groups, and publicizing. The group is characterized as a privileged locus for knowledge sharing and production, as well as for the construction of learning.

Keywords: Interprofessional education. Collaborative practice. Interprofessional relations. Cooperative behavior.

Este trabalho se propôs a analisar as contribuições do grupo como um espaço de estudo, pesquisa e desenvolvimento de competências em/sobre a Educação Interprofissional. Apresenta nuances do estudo de caso e ancorou-se na abordagem qualitativa. As 14 narrativas conduziram ao campo das experiências e representações, objeto de compreensão, análise e interpretação da pesquisa. Da análise temática emergiram três eixos de categoria: motivações, expressando os movimentos de busca, ingresso e permanência; grupo como espaço de aprendizagem compartilhada e prática colaborativa, com dimensões intersubjetiva, pessoal, institucional; e grupo como processo de consolidação e reconstrução permanentes, com desafios na construção das aprendizagens, no processo grupal e na publicização. O grupo caracteriza-se como locus privilegiado para o compartilhamento de saberes, produção de conhecimentos e construção de aprendizagens.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Prática colaborativa. Relações interprofissionais. Comportamento cooperativo.

^(a, f) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim 136, Vila Mathias, campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11015-020. rorossit.unifesp@gmail.com; sylvia.batista@unifesp.br

^(b, c) Doutorando(a) do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. cazuza.unifesp@gmail.com; nm.holanda.medeiros@uol.com.br

^(d) Universidade Metropolitana de Santos (Unimes). Santos, SP, Brasil. lu21ortiz@gmail.com

^(e) Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Acre. Cruzeiro do Sul, AC, Brasil. cristiano.regis@ymail.com

Introdução

Na perspectiva de “grupos”, entende-se que o trabalho coletivo deriva da união, em um mesmo espaço físico ou virtual, de diferentes pessoas com interesses comuns. A oportunidade da convivência, de estar junto, aprender junto e de fazer junto, da aprendizagem compartilhada, do conhecimento de uns com os outros, das interações e das intenções de cada integrante do grupo, quando liderada com princípios norteadores e ancorada em conhecimento científico sólido, tem o potencial de se transformar em um espaço de desenvolvimento pessoal e profissional.

Maximino e Liberman¹ destacam que o grupo é um espaço privilegiado de aprendizagem e que aprender neste contexto significa “abrir-se para a construção coletiva e a leitura crítica da realidade – o grupo cria uma interdependência no compartilhamento de tarefas e passa a aprender a planejar e colaborar” (p. 44).

Samea² descreve o grupo como um “espaço potencializador de encontros e contato com o outro, de questionamentos e indagações, de elaboração e trocas, de identificações e de confrontos” (p. 86). Um espaço com essas características torna-se um convite ao exercício do trabalho em equipe e da prática colaborativa, na perspectiva da Educação Interprofissional.

A EIP³ é definida como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre si, para melhorar a prática colaborativa e a qualidade do cuidado” (p. 5)⁴.

Barr et al.⁵ defendem que oportunidades de EIP contribuem para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação.

Nesse contexto, equipes interprofissionais são constituídas por duas ou mais categorias profissionais que compartilham conhecimentos e experiências para o planejamento e execução de projetos e atividades no seu contexto de trabalho⁶.

Reeves et al.⁷ definem o trabalho em equipe interprofissional como uma intervenção que envolve diferentes profissões de saúde e/ou sociais que compartilham uma identidade de equipe e trabalham em conjunto de maneira integrada e interdependente para resolver problemas e prestar serviços.

A EIP em Saúde e as práticas interprofissionais colaborativas (PIC) se configuram em grandes desafios tanto para as instituições do ensino superior (IES) quanto para os espaços formativos, pois para o profissional de saúde se tornar um bom profissional “não basta mais ser profissional. No atual contexto global, o profissional de saúde também precisa ser interprofissional” (p. 36)⁴.

Nesse contexto, entende-se que os grupos de pesquisa são espaços de construção de conhecimentos que contribuem com a qualificação do ensino em saúde, sob o ponto de vista da interprofissionalidade, bem como possibilitam a reflexão quanto ao papel e importância da EIP na formação e na educação permanente em saúde para o estabelecimento das PIC.

As práticas colaborativas ocorrem quando “[...] profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços⁴” (p. 13).

A EIP é um passo importante da força de trabalho em saúde colaborativa e preparada para a prática, para que esteja pronta para agir e responder às demandas de saúde⁴. Para Batista⁸, a: “EIP apresenta-se como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde” (p. 26).

Em estudos sobre o desenvolvimento da EIP, Reeves^{7,9} argumenta que há uma série de lacunas empíricas e teóricas fundamentais sobre a EIP e a PIC que precisam ser preenchidas, a fim de avançar nos estudos desses dois campos.

Apesar de reconhecer e indicar os avanços referentes à EIP e a PIC, Reeves⁹ afirma a necessidade de novas investigações a partir de pontos essenciais: os processos interativos vivenciados pelos estudantes durante as atividades de EIP; as atividades de EIP e a aprendizagem da prática colaborativa e da atenção ao paciente; e as atividades de EIP e PIC, analisando evidências e potencialidades.

Nesse contexto, emerge como relevante a necessidade de compreender como os processos de aprendizagem compartilhada, trabalho em equipe e prática colaborativa são engendrados em um

grupo de pesquisa que se constitui como espaço de estudo, investigação e produção de saberes, a partir de objetos relacionados à temática da EIP.

A formação e consolidação de grupos de pesquisa têm sido uma das diretrizes das políticas das IES que tem se constituído como espaço formativo de construção de conhecimento que, ao longo do tempo, transformam-se em núcleos de excelência tanto para a IES quanto para a própria sociedade. As atividades desenvolvidas em equipe são essenciais e propiciam a troca de experiências entre os envolvidos¹⁰.

Farias e Antunes¹¹ destacam que os grupos de pesquisa: “[...] possuem, em sua essência, o objetivo de colocar em convívio pessoas diferentes, pensamentos divergentes, realidades distintas, histórias de vida singulares, no sentido de que estas diferenças resultem no crescimento dos indivíduos enquanto grupo” (p. 5).

De acordo com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹², o grupo de pesquisa envolve pesquisadores, estudantes e pessoal de apoio técnico que está organizado em torno à execução de linhas de pesquisa, segundo uma regra hierárquica fundada na experiência e na competência técnico-científica de líderes.

O Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde é constituído por pesquisadores, coordenadores, educadores, estudantes de graduação e de pós-graduação, profissionais com afinidade na área, oriundos de oito profissões ligadas ao binômio Saúde e Educação.

O objetivo deste artigo é analisar as contribuições do grupo como um espaço de estudo, pesquisa e desenvolvimento de competências para a aprendizagem compartilhada, trabalho em equipe e prática colaborativa.

Percurso metodológico

A investigação realizada ancorou-se na abordagem qualitativa, valorizando o campo das vivências, percepções dos participantes e a potência dos saberes em diálogo.

Nesse contexto, apresenta nuances do estudo de caso, compreendendo-o como um delineamento de pesquisa que permite a descrição e o aprofundamento sobre uma dada realidade social. De acordo com Gil¹³, o estudo de caso é caracterizado pelo estudo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. O caso em foco abrange o Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS) de uma universidade pública federal¹⁴.

O acesso ao campo das experiências e representações dos participantes desta investigação configurou-se a partir de narrativas: possibilidade de tomar a experiência humana como objeto de conhecimento, análise e interpretação. A pesquisa com narrativas tem como propósito dar vez e voz aos participantes da investigação, oportunizando aprender, crescer e se desenvolver a partir de suas experiências pessoais, profissionais e formativas¹⁴. É uma estratégia que permite ao indivíduo tornar-se ator de seu processo de formação, por meio da apropriação retrospectiva e refletida daquilo que foi realmente formador em seu percurso de vida¹⁴⁻¹⁶.

A investigação aqui apresentada faz parte de um projeto de pesquisa contemplado no Edital Universal CNPq-2017 e aprovado pelo CEP-UNIFESP (Parecer nº 2179358/2017) e foi desenvolvida por meio de narrativas produzidas sobre a vivência no Grupo como um espaço de estudo, pesquisa e

¹⁴ Na seção Resultados, será descrito o Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS), em seus objetivos, dinâmica e constituição.

desenvolvimento de competências relacionadas à interprofissionalidade. O estudo foi realizado no período de julho a outubro de 2017.

O material empírico foi constituído por 14 narrativas produzidas por integrantes do GPEIS. Oito profissões relacionadas ao binômio Saúde e Educação integram o grupo, mas somente sete foram representadas por narrativas: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Os procedimentos metodológicos envolveram a elaboração de um formulário eletrônico contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dados de caracterização dos participantes, instruções para a produção das narrativas e espaço para inserir o texto elaborado.

Os integrantes do GPEIS foram convidados a produzir uma narrativa escrita a partir da instrução: “Considerando que o GPEIS é constituído por integrantes de oito profissões ligadas ao binômio Saúde e Educação, e que se propõe a ser um espaço de estudo, pesquisa e desenvolvimento de competências/habilidades relacionadas à interprofissionalidade (aprendizagem compartilhada, trabalho em equipe e prática colaborativa), você está sendo convidado a elaborar uma narrativa (máximo de duas páginas) sobre a vivência neste espaço, tomando como direcionadores as dimensões em destaque”. Um banco de dados foi automaticamente construído.

As narrativas postadas foram analisadas por um pesquisador para verificar as contribuições e clareza do texto, com possibilidade de fornecer *feedback* ao narrador, no sentido de solicitar complementações e/ou aprofundamento de aspectos que não estavam claros.

As 14 produções foram organizadas em um conjunto de narrativas não identificadas, tratadas com a técnica da análise de conteúdo, na modalidade temática. Essa técnica permite descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Na análise temática, o tema é o juízo central, que pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo^{17,18}.

As narrativas foram lidas na perspectiva de uma compreensão de totalidade, buscando empreender possível seleção de quais materiais fariam parte da análise e identificação dos primeiros sentidos. Nenhuma narrativa foi excluída do escopo após essa fase. Na trajetória analítica, realizou-se uma leitura aprofundada das narrativas, itinerário que permitiu categorizar, compreender e interpretar.

Resultados e discussão

O grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS): uma descrição

Este é um grupo composto por pesquisadores, educadores, estudantes de graduação e de pós-graduação e profissionais com afinidade na área, dispostos a incentivar, realizar e divulgar estudos e pesquisas, aglutinados em torno da EIP em Saúde. A partir de 2007, o GPEIS se constituiu como um grupo de pesquisa que se debruçou em estudos avaliativos de um projeto pedagógico inovador em saúde, na perspectiva da EIP. Houve um período de transitoriedade dos integrantes e em 2008 o grupo foi cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq e certificado pela instituição de origem. Tem uma linha de pesquisa “Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde”, que agrega atualmente 11 pesquisadores, nove estudantes em diferentes níveis de formação e tem parceria com três IES.

O grupo tem por objetivos desenvolver estudos e pesquisas na área de EIP em saúde; incentivar a produção e divulgação científica; desenvolver atividades de caráter didático-pedagógico, cultural, técnico-científico e de interação com a comunidade acadêmica e com a sociedade; e estimular e estabelecer a cooperação mútua com centros nacionais e internacionais, tendo como princípios a ética em todas as suas atividades e o compromisso social.

O grupo se organiza em torno da realização de projetos temáticos, matriciais, grupais e individuais. As atividades são desenvolvidas em uma dinâmica de interdependência e complementariedade, buscando qualidade na produção do conhecimento na área de EIP e PIC em Saúde.

Entre as principais atividades deste grupo, destacam-se o aprofundamento dos estudos relacionados à temática da EIP, proporcionando o conhecimento das principais correntes teóricas; a organização e

execução de trabalhos em campo; a aprendizagem compartilhada a partir das trocas de saberes por meio de apresentações de resultados das pesquisas; estímulo à responsabilidade com os projetos de pesquisa individuais e coletivos; interlocução com outros grupos de pesquisadores e estudiosos da EIP (nacional e internacional); organização de eventos científicos; e estímulo à criação e fortalecimento de redes colaborativas para avanços na perspectiva da EIP.

Narrativas e saberes: o grupo de pesquisa pelos seus participantes

Os participantes do estudo são oriundos de sete profissões vinculadas ao binômio Saúde e Educação: quatro terapeutas ocupacionais, três enfermeiros, duas fisioterapeutas, dois psicólogos, um médico, um educador físico e um assistente social. Com diferentes trajetórias, são sujeitos com histórias na universidade (sete participantes têm entre 23 e 44 anos de idade e sete têm entre cinquenta e setenta anos) e de estudo da EIP (enquanto seis participantes têm mais de dez anos de estudo e experiência de pesquisa, os demais têm de dois a cinco anos, no campo da investigação em EIP).

Com esses percursos, os participantes produziram narrativas que expressaram saberes, desejos e questionamentos: a análise temática das narrativas permitiu identificar 186 unidades de contexto, contendo 253 unidades de registro, das quais emergiram três categorias: Motivações de busca, ingresso e permanência; Grupo de pesquisa: espaço de aprendizagem compartilhada e prática colaborativa; e Grupo de pesquisa: processos permanentes de consolidação e de reconstrução.

A categoria “Motivações de busca, ingresso e permanência” expressa os movimentos que levaram os participantes a buscarem, ingressarem e permanecerem no grupo. O aprofundamento no estudo sobre EIP foi o motivo mais apontado para ingresso:

Esta busca foi para saciar minhas inquietações pessoais sobre o que era a educação interprofissional. Além disso, o trabalho em equipe e as práticas colaborativas sempre se apresentaram como desafios para mim, no meu dia a dia enquanto profissional de saúde. (S1)

Minha aproximação e ingresso no grupo se deu pelo fato de ter me interessado por estudar e conhecer em maior profundidade formas de efetivar a educação interprofissional. (S6)

Apreendeu-se, também, a busca por troca de saberes e de experiências com outros pesquisadores:

[...] participei da primeira composição do grupo, que ainda não se constituía formalmente como grupo de pesquisa sobre EIP, com alunos de pós-graduação e diversas pesquisas acontecendo como é hoje. (S2)

Faço parte do grupo desde a sua origem, tendo participado dos diferentes momentos de criação, planejamento e realização de inúmeras atividades de estudo, elaboração de projetos, organização de eventos, reflexões aprofundadas sobre diferentes demandas. (S4)

Alguns integrantes ingressaram no grupo com o objetivo de desenvolver pesquisas e produzir conhecimento na área, e outros têm o grupo como uma atividade formativa da pós-graduação:

Meu ingresso no grupo se deu pelo convite de meu orientador a participar de um grupo que tem como objeto de estudo a educação interprofissional. (S3)

A melhoria do desenvolvimento das atividades profissionais, seja como docente ou trabalhador da rede de serviços de saúde, foi uma das motivações apontada.

Esta aprendizagem ancora-se, para mim, em um percurso de constituição do próprio grupo: a desafiadora construção da identidade de um grupo de pesquisa que nasce “junto” com o *campus* Baixada Santista da Unifesp. (S14)

Nesta categoria, apreende-se entrelaçamentos de motivações e desejos, parecendo configurar o grupo de pesquisa como um espaço indutor de redes colaborativas no processo de produção de conhecimento e comunicação científica¹⁹⁻²¹.

No GPEIS foram apreendidos, a partir das motivações, dois movimentos singulares: educação permanente e formação pós-graduada. Ao assumir educação como prática social²² e formação como processo dialético e historicamente construído na intersubjetividade²³, delinea-se a potência deste grupo como *locus* de troca, de reflexão e transformação das próprias práticas na convivência e construção de relações interprofissionais e interdisciplinares^{24,25}.

A categoria “Grupo de Pesquisa: espaço de aprendizagem compartilhada e prática colaborativa” revela os lugares deste grupo no olhar de seus participantes. Esses lugares remetem a três dimensões: a “dimensão intersubjetiva” que abrange as possibilidades de: (1) compartilhamento de experiências; (2) troca de saberes sobre a EIP; (3) colaboração em projetos coletivos de pesquisa; (4) aprendizagem do trabalho em equipe no desempenho de atividades acadêmicas; e (5) transformação das práticas profissionais.

No princípio tudo era muito novo, o que exigia sair de uma postura advinda de uma formação disciplinar para partilhar e aprender juntos, com diferentes profissionais, saberes comuns e específicos, buscando o real trabalho em equipe interprofissional. (S2)

O que se enriquece no grupo de estudo é a possibilidade de vivenciar no coletivo discussões relevantes a partir do olhar de outras profissões, o compartilhamento de experiências exitosas de profissionais, professores e pesquisadores que concretizam a prática interprofissional em seus processos de trabalho. (S8)

No grupo temos espaço para estas trocas, estas discussões, fazendo paralelo entre o campo teórico e o campo prático, e com isso, caminhamos em busca de uma educação interprofissional centrada na realidade e nas possibilidades de fazermos a diferença. (S9)

[...] vejo o grupo como um espaço que tem proporcionado uma importante formação de pesquisadores e ajuda mútua entre eles [...] eu não teria conseguido realizar algumas etapas da minha pesquisa se não tivesse a ajuda de vários membros do grupo. (S3)

Este achado demonstra a relevância destas experiências no que tange à atividade acadêmica, tanto na graduação quanto na pós-graduação, e na sua prática profissional em diferentes cenários. Maximino e Liberman¹ afirmam que o espaço do grupo possibilita que os integrantes:

[...] se expressem, troquem impressões, considerem a opinião do outro e posicionem-se de modo mais articulado e argumentativo, exercitando a reflexão sobre as próprias atitudes e as relações dialógicas. (p. 243)

Aprender a trabalhar em equipe emergiu como uma possibilidade efetiva para os participantes do grupo de pesquisa e, nesse sentido, implica reconhecer o valor profissional, a importância dos próprios conhecimentos e o lugar do campo de atuação; e compreender como fundamental que o profissional se reconheça dentro de uma equipe para compreender seus limites e potencialidades²⁶.

Como indicam Batista e Batista²⁷: “[...] aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP, ensinando e refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos” (p. 203).

A segunda dimensão que compõe essa categoria – “dimensão pessoal” – compreende processos de ressignificação da própria trajetória: participação e colaboração no sentido de ampliar conhecimentos e experiências nos trabalhos, aprofundamento e novo olhar sobre o campo teórico da EIP, e traçar trajetórias singulares que englobam práticas profissionais, teorias, pesquisas e publicações:

[...] participar do grupo de pesquisa me fortalece no desenvolvimento crescente das competências e habilidades necessárias para o trabalho em equipe, coletivo e colaborativo [...] dá respaldo teórico, oportunidade de aprendizagem constante e de compartilhar, com os colegas do grupo, experiências diferentes que nos retroalimentam no cotidiano acadêmico. (S2)

Estar com profissionais que faziam parte desse modelo de educação levou-me a uma compreensão melhor do que é a EIP [...] a partir de estudos e discussões com base em diversos textos referentes ao assunto, fui moldando a minha forma de interagir com os alunos, preparar as aulas e me encantando com o mundo da pesquisa. (S11)

O espaço de convivência com os demais colegas do Grupo expandiu a minha visão sobre o trabalho coletivo, tendo como pano de fundo a literatura que permitiu maior aprofundamento e compreensão do papel de cada um em espaços colaborativos. (S4)

Maximino e Liberman¹ relatam a importância das mudanças de atitudes dos integrantes a partir do seu engajamento em tarefas implícitas e explícitas e explicam que as tarefas demandadas, na lógica de grupos, não se resume à realização das atividades em si ou na concretização de um produto final palpável, mas, sobretudo, à aprendizagem e ao crescimento pessoal que esse “fazer junto” e esse “fazer com” possibilitam aos integrantes (p. 270).

As experiências de ensino e aprendizagem na perspectiva da EIP indicam que esse tipo de formação favorece mudanças no perfil dos profissionais e possibilitam o preparo de profissionais de saúde, de forma que se tornem críticos, reflexivos, proativos e prontos para atuar em equipe e no mundo do trabalho^{28,29}.

A “dimensão institucional” completa a tríade constituinte dessa categoria e sinaliza as imbricações da educação interprofissional com o campo das instituições e políticas:

Foi pelo grupo que pude conhecer o *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (Caipe) e me aprofundar nos meus estudos sobre o desenvolvimento de competências relacionadas à interprofissionalidade [...] a experiência como representante do Caipe tem feito eu refletir sobre organização e fidelidade ao cronograma proposto. (S1)

Hoje, participamos oficialmente da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Três membros do grupo têm atividades organizativas definidas e importantes na rede e o grupo como um todo é um grupo de notoriedade nacional. (S3)

Essa leitura das narrativas permitiu sublinhar que, na perspectiva dos participantes, durante o processo de desenvolvimento das atividades, um avanço relevante foi a participação do GPEIS em organizações de eventos interinstitucional, resultando em participações em organizações nacionais e internacionais. Essa participação fortaleceu o grupo no sentido de compreender os estudos que estão sendo desenvolvidos em várias partes do país e na Europa.

A riqueza desse avanço mostra-se de forma evidente nas discussões internas no que tange aos novos olhares sobre a EIP:

A organização do 3º Colóquio foi a atividade que mais mobilizou o grupo em prol da interprofissionalidade. Apesar de estarmos desempenhando uma função mais voltada para organização local como inscrições, logística, infraestrutura, divulgação, entre outras, sinto que foi um momento ímpar para que todos se envolvessem com a temática e percebessem a relação do GPEIS com os demais grupos e pesquisadores da área, em nível nacional e internacional. (S3)

A terceira categoria analítica – “Grupo de pesquisa: processos permanentes de consolidação e de reconstrução” – remete aos movimentos e arranjos da constituição grupal: dispositivos e analisadores

estão sendo apropriados ainda pelos participantes, com uma ênfase em atividades de planejamento e desenvolvimento de pesquisas:

Ainda temos muito a aprender para nos unirmos como grupo de pesquisa, para ampliar nossos estudos sobre o objeto que escolhemos e assim desenvolver pesquisas que ajudem na transformação da educação e da saúde em nosso país. (S6)

De maneira geral, somos um grupo amigável e com ótimas intenções, mas na minha visão falta organização dos papéis de cada membro e definição de atribuições para longo prazo. (S1)

Não realizamos, por exemplo, o estudo coletivo, estruturado e sequencial de um tema ou de um referencial teórico. Isso não permite que tenhamos produções do grupo, apenas de membros do grupo. (S3)

Quando em 2017 compreendemos que o grupo (alguns membros dialogando sobre isso) carecia de uma organização mais eficiente, começamos a elaboração e discussão de um regimento interno, sendo possível perceber que não temos tirado todo o potencial possível deste grupo. (S6)

É importante discutir as percepções que desvelam uma queixa/desejo: viver e estudar a interprofissionalidade de maneira mais permanente:

Gostaria que o grupo pudesse estudar mais as teorias e que pudéssemos publicar juntos sobre nossos trabalhos. (S1)

Nesse sentido, sinto que o grupo assume uma postura mais passiva quanto à discussão sobre a interprofissionalidade, ao invés de uma postura mais colaborativa. (S3)

Um grupo de pesquisa renova-se com o ingresso de novos integrantes, mas esta circulação exige dinamicidade e uma liderança sensível, que observe os movimentos e intencionalidades do grupo, para que todos possam se sentir aprendendo e crescendo e que estejam em sintonia nas reflexões, no conhecimento e nas participações, de modo a falarem a mesma linguagem.

[...] vejo com otimismo que podemos melhorar para que cada reunião seja produtiva para os membros e para quem quiser participar de atividades com o grupo. (S1)

Em pouco tempo de vivência no grupo, vejo que este tem um papel importante para fomentar pesquisas e discussões sobre a educação interprofissional, demonstrando ser exemplo para a formação em saúde. (S13)

Reconhecer as limitações de seu campo de atuação, ser respeitoso e identificar no outro as possibilidades para novas aprendizagens são aspectos fundamentais “no” e “para” o trabalho em equipe, reforçando a identidade profissional no ambiente interdisciplinar³⁰:

Neste grupo, composto por profissionais de diferentes profissões, mas com pelo menos um ponto em comum, o interesse pela educação, pesquisa e prática da educação interprofissional, há espaço para compartilhamento de experiências, de estudos, de levantamento de hipóteses e de tentativas de respondê-las. (S9)

Tivemos alguns momentos em que parecia que não conseguiríamos caminhar, mas então o grupo reunia forças e conseguia superar aqueles desafios e encontrava outras formas de seguir adiante, definindo metas e ações compartilhadas. (S14)

Os participantes identificam fluxos múltiplos no tocante à produção e publicação de pesquisas e relatos de práticas. As narrativas evidenciaram uma preocupação dos integrantes quanto à produção coletiva e publicação das pesquisas realizadas e experiências vivenciadas. Pesquisas e publicações são realizadas em âmbito individual como fruto dos processos formativos e atividades profissionais dos integrantes; porém, há baixa produção coletiva do grupo.

Em relação à pesquisa, percebo que este é a maior demanda do grupo e o que mais tem sido desenvolvido. Porém, podemos ainda melhorar do ponto de vista de organização e visibilidade de nossas pesquisas. (S6)

A abertura do Edital Universal do CNPq engajou alguns membros do grupo na escrita de um projeto guarda-chuva que permitisse realizar pesquisas coletivas. (S3)

Nos últimos 18 meses, eu percebi que nosso foco tinha mudado. Várias publicações foram feitas neste período sobre o assunto e não sentamos para discuti-las. (S1)

A teia dos processos grupais desvelam nuances estruturantes da Educação Inteprofissional e os desafios “para” e “na” sua aprendizagem, vivência e efetivação: trabalho em equipe e prática colaborativa demandam o enfrentamento de modos de funcionamento que ainda rimam com individualismo, disputa e rígida hierarquização:

Essas experiências trouxeram o desafio de compreender o outro e trabalhar de modo respeitoso as diferenças de cada profissão. (S2)

Ora parece haver trajetórias de complementação de uns com os outros e ora parece haver uma necessidade de se destacar, de se sobressair, o que dificulta as relações, criando momentos de desconforto pessoal e para o grupo. (S4)

Temos tido alguns episódios de disputa de poder, algumas situações de/com pouca atuação colaborativa, que me levam a questionar se temos adotado a maneira mais adequada de funcionamento como um grupo que se propõe a estudar e pesquisar a EIP, mas que pouco tem se olhado e praticado ela entre seus membros. (S6)

Agreli et al.³¹ indicam categorias que sugerem características comuns que poderiam fornecer elementos de uma estrutura que contribua para o clima organizacional da equipe para o trabalho colaborativo, tanto na perspectiva conceitual quanto em termos operacionais: interação e comunicação entre os membros da equipe; objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado; responsabilidade de realizar o trabalho com um alto padrão; e promoção da inovação nas práticas de trabalho.

Dialeticamente, a análise das narrativas permite inferir que mesmo sendo desafiador realizar um trabalho em equipe com profissionais tão diferentes, é, sim, possível implementá-lo^{9,31} e o GPEIS situa-se como uma experiência/evidência singular: a interprofissionalidade não se configura como um produto acabado, mas, antes, desvela um lado processual que demanda dispositivos, arranjos grupais e institucionais, modos de funcionamento de grupos e equipes que se fundamentam na troca, no respeito e na negociação de saberes e fazeres, o que são fundamentais para a vivência da EIP^{9,32}.

Apesar de toda a riqueza que é o trabalho com grupos, operar com eles não significa ausência de conflitos, tampouco que o percurso metodológico descrito não tenha limitações aos objetivos estabelecidos e traçados. Para Maximino e Liberman¹ “seria ingênuo negá-los [...] o fato é que as limitações existem.” (p. 44).

Considerações finais

A análise dos resultados permitiu identificar a potência do grupo de pesquisa como um espaço de aprendizagem em/sobre EIP que contribui para a discussão do espaço grupal como um *locus* profícuo para estudo, pesquisa e desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Esse espaço, representado neste estudo por sete diferentes profissões do binômio Saúde e Educação, revelou três eixos de categoria: “Motivações de busca, ingresso e permanência”, o “Grupo como espaço de aprendizagem compartilhada e prática colaborativa”, com dimensões intersubjetiva, pessoal e institucional, e o “Grupo como processo permanente de consolidação e de reconstrução”, com desafios na construção das aprendizagens, no processo grupal e na publicização.

Os motivos que conduziram os integrantes a buscar, ingressar e permanecer no grupo foram: o aprofundamento no estudo sobre EIP; a busca por troca de saberes e de experiências com outros pesquisadores; o desenvolvimento de pesquisas e a produção de conhecimentos na área; e o ato de ter o grupo como uma atividade formativa da pós-graduação e para a melhoria do desenvolvimento das atividades profissionais, seja como docente ou como trabalhador da rede de serviços de saúde.

Na categoria “Grupo como espaço de aprendizagem compartilhada e prática colaborativa”, destacam-se o impacto das aprendizagens vivenciadas no grupo como disparadores de transformação das práticas profissionais; a oportunidade de compreender e aprofundar o referencial teórico-conceitual da EIP, compartilhando saberes e fazeres para os avanços na área em estudo; a importância do caráter interdisciplinar e interprofissional na confluência das ações, envolvendo diferentes profissões na construção coletiva rumo à consolidação do trabalho em equipe e da prática colaborativa; e a possibilidade de ampliar os conhecimentos sobre o outro e sobre o trabalho em equipe no desempenho de atividades acadêmicas, na elaboração coletiva de projetos de pesquisa, na construção do clima organizacional da equipe e na inserção progressiva do grupo no cenário nacional e internacional da EIP.

A categoria “Grupo como processo permanente de consolidação e de reconstrução” remete aos movimentos e arranjos de constituição grupal: dispositivos e analisadores estão sendo apropriados ainda pelos participantes, com ênfase em atividades de planejamento e desenvolvimento de pesquisas. As percepções desvelam uma queixa/desejo de viver e estudar a interprofissionalidade de maneira mais permanente e uma renovação com o ingresso de novos integrantes, sendo que essa transitoriedade exige dinamicidade para que todos possam se sentir aprendendo e crescendo; os participantes reconhecem-se no percurso de criação/ampliação/consolidação do grupo e expectativas quanto à produção coletiva e publicação das pesquisas realizadas e experiências vivenciadas.

Os participantes relatam que dificuldades vivenciadas por equipes interprofissionais na prática cotidiana dos serviços de saúde surgem de modo similar dentro do grupo. Algumas dessas dificuldades são hierarquização e obstáculos na construção dos relacionamentos interpessoais; carência de oportunidades para o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional no contexto da atenção à saúde; e organização interna, planejamento e implementação de ações.

Os aspectos sinalizados como dificuldades enfrentadas no espaço do grupo de pesquisa são similares àquelas enfrentadas em outros espaços de convívio coletivo e que a EIP pode se configurar como principal estratégia para formar profissionais, desde a graduação até a educação permanente, aptos para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Destaca-se que muitas são as potencialidades apontadas e que o grupo, ao empreender olhares autoavaliativos, possa direcionar ações no sentido de consolidar princípios, objetivos, modos de funcionamento e a própria estrutura organizacional.

A análise das narrativas permitiu desvelar a metáfora do grupo de pesquisa como incubadora: criação de ambiências favoráveis ao desenvolvimento de competências colaborativas e ao pensamento crítico e reflexivo, envolvendo os integrantes em movimento permanente de ação-reflexão-ação. O grupo de pesquisa como incubadora caracteriza-se como *locus* privilegiado para o compartilhamento de saberes, produção de conhecimentos e construção de aprendizagens, ancorando-se na interprofissionalidade como disparadora de modos de funcionamento colaborativos, relações horizontais e autorias em rede.

Contribuições dos autores

Rosana Aparecida Salvador Rossit e Sylvia Helena Souza da Silva Batista participaram da concepção do projeto de pesquisa, análise, interpretação, discussão dos dados e redação. Carlos Francisco dos Santos Junior e Cristiano Gil Regis participaram ativamente da análise e discussão dos resultados. Nara Maria Holanda de Medeiros e Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros participaram ativamente da redação e discussão dos dados. Todos participaram da formatação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Maximino V, Liberman F. Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus Editorial; 2015.
2. Samea M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup.* 2008; 19(2):85-90.
3. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Interprofessional education guidelines 2016 [Internet]. Fareham: CAIPE; 2016 [citado 15 Set 2017]. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/barr-h-gray-r-helme-m-low-h-reeves-s-2016-interprofessional-education-guidelines>.
4. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [citado 30 Set 2017]. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/fnepas/oms_traduzido_2010.pdf.
5. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
6. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care.* 2005; 19(1):8-20.
7. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, et al. The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *J Interprof Care.* 2010; 24(3):230-41.
8. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad Fnepas* [Internet]. 2012 [citado 15 Set 2017]; 2(1):25-8. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
9. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: an update. *J Interprof Care.* 2016; 30(4):405-7.
10. Valentim MLP, Garcia CLS, Jorge CFP, Silva E. Grupos de pesquisa como espaço de construção e compartilhamento de conhecimento. In: Anais do 12o Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação; 2011; Brasília. Brasília: Enancib; 2011 [citado 10 Out 2017]. p. 1545-61. Disponível em: <http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/1658/Grupos%20-%20Valentim.pdf?sequence=1>.
11. Farias GF, Antunes HS. A constituição de grupos de pesquisa e a figura feminina: a trajetória do grupo de estudos e pesquisa sobre formação inicial, continuada e alfabetização (GEPFICA) no cenário social. *Travessia.* 2009; 3(3):1-19.
12. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (BR). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Grupos de pesquisa [Internet]. Brasília; 2011 [citado 15 Set 2017]. Disponível em: <http://plsqli1.cnpq.br/diretorioc/html/faq.html#g1>.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
14. Muylaerta CJ, Júnior VS, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(Esp 2):193-9.

15. Oliveria IBO, Filho AV, Collares C, Souza EC, Geraldi JW, Cortesão L, et al. Narrativas: outros conhecimentos, outras formas de expressão. Petrópolis: DP ET Alii, Rio de Janeiro: FAPERJ; 2010.
16. Nóvoa A. Vidas de professores. Porto: Porto; 2000.
17. Minayo MC, Deslandes R, Gomes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29a ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
18. Franco ML. Análise de conteúdo. 4a ed. Brasília: Liber Livro; 2012.
19. Pereira GRM, Andrade MCL. Aprendizagem científica: experiência com grupo de pesquisa. In: Bianchetti L, Meksenas P, organizadores. A trama do conhecimento: teoria, método e escrita em ciência e pesquisa. São Paulo: Papirus; 2008. p. 153-68.
20. Perucchi V, Garcia JCR. Indicadores de produção dos grupos de pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba. Rev Bras Bibl Doc [Internet]. 2012 [citado 13 Out 2017]; 8(1):50-64. Disponível em: <http://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/193/221>.
21. Bauer MW, Gaskell G, Allum NC. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. Evitando confusões. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 17-36.
22. Freie P. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
23. Batista SH, Rossit RA. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: Batista NA, Batista SH, organizadores. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac; 2014. p. 51-68.
24. Medeiros NMH. Educação permanente em saúde gestão e ensino na concepção dos trabalhadores. São Paulo: Editora FAP-Unifesp; 2015.
25. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saude Publica. 2014; 48(1):170-85.
26. Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):977-83.
27. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):202-4.
28. Barreto IC, Loiola FA, Andrade LO, Moreira AE, Cavalcanti CG, Arruda CA. Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). Interface (Botucatu). 2011; 15(36):199-212.
29. Flores LM, Trindade AL, Loreto DR, Unfer B, Dall'Agnol MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. Interface (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:923-30.
30. Souto TS, Batista SH, Batista NA. A educação interprofissional na formação em psicologia: olhares de estudantes. Psicol Cienc Prof. 2014; 34(1):32-45.
31. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. J Interprof Care. 2017; 31(6):679-84.
32. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.

Rossit RAS, Santos Junior CF, Medeiros NMH, Medeiros LMOP, Regis CG, Batista SHSS. Grupo de investigación como espacio de aprendizaje en/sobre Educación Interprofesional (EIP): narrativas en enfoque. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1511-23.

La investigación tuvo el objetivo de analizar las contribuciones del grupo como un espacio de estudio, investigación y desarrollo de competencias en/sobre la Educación Interprofesional. Presenta aspectos del estudio de caso y se basó en el abordaje cualitativo. Las 14 narraciones llevaron al campo de las experiencias y representaciones, objeto de comprensión, análisis e interpretación de la investigación. Del análisis temático surgieron tres ejes de categoría: motivaciones, expresando los movimientos de búsqueda, ingreso y permanencia; grupo como espacio de aprendizaje compartido y práctica colaborativa con dimensiones intersubjetiva, personal e institucional; y grupo como proceso de consolidación y de reconstrucción permanentes, con desafíos en la construcción de los aprendizajes, en el proceso grupal y en la difusión al público. El grupo se caracteriza como locus privilegiado para la compartición de saberes, producción de conocimientos y construcción de aprendizajes.

Palabras clave: Educación interprofesional. Práctica colaborativa. Relaciones interprofesionales. Comportamiento cooperativo.

Submetido em 14/10/17. Aprovado em 02/04/18.

Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*

Marina Peduzzi^(a)
Heloise Fernandes Agreli^(b)

Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

Collaborative practice and teamwork can contribute to improve universal access and the quality of healthcare. However, the operationalization of interprofessional work constitutes a current challenge. This challenge is increased by conceptual imprecisions in the study of interprofessional work, in which terms like collaboration and teamwork are often used as synonyms. This article aims to present current concepts of interprofessional work, problematizing them in the context of primary care. We conclude that teamwork and collaborative practice in primary care need to be addressed in a contingent manner, according to the characteristics of service users/catchment population as well as to the context and working conditions. We highlight that collaboration involves professionals willing to work together to provide better healthcare, and can occur both as "Team collaboration" and "Intersectoral and community collaboration".

Keywords: Patient care team. Primary Care. Intersectoral collaboration.

Prática colaborativa e trabalho em equipe podem contribuir para melhorar o acesso universal e a qualidade da atenção à saúde. Entretanto, a operacionalização do trabalho interprofissional se constitui como um desafio atual. Acrescenta-se a esse desafio a imprecisão conceitual no estudo da temática, em que termos como colaboração e trabalho em equipe são frequentemente utilizados como sinônimos. O presente artigo visa apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da Atenção Primária à Saúde. Concluímos que trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde precisam ser abordados de forma contingencial, ou seja, segundo características dos usuários/população adscrita, segundo contexto e condições de trabalho. Assinalamos que a colaboração envolve profissionais que querem trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde e pode se dar como colaboração na equipe e colaboração em rede intersetorial e com a comunidade.

Palavras-chave: Equipe de cuidados ao paciente. Atenção Primária à Saúde. Colaboração intersetorial.

*A versão inicial deste artigo foi apresentada na mesa redonda "Atenção Primária à Saúde nos Grandes Centros", em comemoração aos quarenta anos do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 30 de agosto de 2017.

^(a) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, no 419, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. marinape@usp.br

^(b) School of Nursing and Midwifery, University College Cork. Cork, Ireland. heloise.agreli@ucc.ie

Introdução

A proposta de trabalho em equipe remonta aos anos 1960/1970; junto com os movimentos da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral; e volta a ganhar destaque a partir dos anos 1990, no contexto de debates sobre os modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde, bem como da necessidade de mudança da formação dos profissionais de saúde uniprofissional para a educação interprofissional.

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde – é preciso que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido o *locus* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e prática colaborativa. A Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e integral é reconhecida como melhor estratégia para organização dos sistemas de saúde e o modo mais eficiente de enfrentamento dos problemas de saúde e da fragmentação das ações e do próprio sistema. No Brasil, estudos evidenciam a efetividade da APS com impactos positivos no acesso e qualidade da assistência em saúde¹⁻⁴.

Argumenta-se que a educação/formação interprofissional e a prática interprofissional podem contribuir para melhorar o acesso universal e qualidade da atenção à saúde⁵⁻¹⁰. Entretanto, a operacionalização da prática interprofissional se constitui como um desafio atual¹¹ e as iniciativas no país são ainda incipientes¹². Os modelos majoritários são o de profissionais que “continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos”¹³ (p. 198), o da reprodução da forte divisão do trabalho em saúde e o do tribalismo das profissões¹⁴.

Acrescenta-se à dificuldade de operacionalização da prática e educação interprofissional a polissemia e imprecisão conceitual no estudo das temáticas, o que acaba por dificultar o seu avanço⁸. Termos como “colaboração”, “coordenação” e “trabalho em equipe” são frequentemente utilizados como sinônimos entre si.

O presente artigo visa apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da APS.

Trabalho em equipe, colaboração interprofissional e prática colaborativa interprofissional

O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde^{15,16}. Constituir-se como uma equipe requer trabalho – é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer o perfil da população adscrita, ou seja, as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar – também de forma compartilhada – o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para usuários e famílias em situações de saúde de maior complexidade. O trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico¹⁷.

No cenário internacional, em crítica à escassez de estudos e modelos teóricos que incorporassem a perspectiva sociológica na compreensão da complexidade do trabalho interprofissional em saúde, Reeves et al.¹⁸ propuseram um modelo para compreensão do trabalho interprofissional em suas dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho. No modelo, os autores descrevem a distinção entre modalidades de trabalho interprofissional: “Trabalho em equipe”, com intenso compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe e intensa interdependência e integração das ações, que tende a responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e

de maior complexidade; “Colaboração interprofissional”, como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento e interdependência das ações; e “Trabalho em rede”, no qual se reconhece ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mas com a integração em rede mantida. Os autores propõem que as equipes se alternem entre as diferentes formas de trabalho descritas (trabalho em equipe, colaboração e trabalho em rede), de acordo com as necessidades locais, em uma abordagem contingencial do trabalho interprofissional. Essa abordagem do trabalho interprofissional reconhece que as equipes não variam em um modelo linear de “fraco a forte”, “reais ou pseudo-equipes”, mas que as equipes são mais efetivas à medida que conseguem adaptar as diferentes formas de trabalho interprofissional – em equipe, colaboração e em rede – de forma contingencial, de acordo com as necessidades dos usuários, família e comunidade.

A abordagem contingencial coloca a necessidade de expandir a noção de trabalho interprofissional tradicional, usualmente baseada somente no trabalho em equipe, adicionando outras formas de interprofissionalidade, o que inclui colaboração e prática colaborativa interprofissional¹⁸.

Morgan et al.¹⁹ consideram “Colaboração interprofissional” como um termo guarda-chuva que abriga outros dois termos (figura 1): “Prática colaborativa interprofissional” – utilizado para descrever elementos da colaboração implementados na prática dos serviços de saúde – e “Trabalho em equipe interprofissional” – um nível mais profundo de trabalho interprofissional e intensa interdependência das ações.

Os diferentes termos apresentados acima se relacionam, mas não são sinônimos e intercambiáveis, visto que se referem a diferentes modalidades de trabalho interprofissional que propomos serem apreendidas da perspectiva contingencial, ou seja, que dependem das necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade e do contexto destas, bem como dos profissionais e serviços. Com essa abordagem, o trabalho interprofissional se apresenta como: trabalho em equipe, colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional e trabalho em rede.



Figura 1. Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe

Fonte: Extraído da tese Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde²⁰. Adaptação e tradução de Morgan, Pullon e McKinlay¹⁹ e Reeves et al.¹⁸

D'Amour et al.²¹ chamam de colaboração as situações em que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, mas que ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia. Ao invés de reforçar a expectativa de autonomia e independência plena de cada profissão, na prática colaborativa os profissionais buscam reduzir a competição²¹ e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva²².

A literatura sobre prática colaborativa frequentemente vai além das questões interprofissionais e inclui a perspectiva do usuário, família e comunidade na busca de "cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas"²³. Essa abordagem reconhece a atenção centrada no paciente (ACP) como um elemento central da prática colaborativa interprofissional. A mudança de foco das profissões e serviços para o foco nas necessidades de saúde das pessoas, portanto, para ACP, é descrita como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados à saúde e imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde²⁴. A importante participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa torna clara a noção de que não se trata de uma prática restrita às relações entre profissionais, embora frequentemente seja utilizado o termo "interprofissional" para designá-la.

Embora as definições conceituais evidenciem diferenças entre os termos "trabalho em equipe", "colaboração" e "prática colaborativa", é reconhecido que as formas de trabalho interprofissional têm como núcleo as equipes e focam a ACP. A literatura sobre trabalho em equipe e colaboração interprofissional destaca a relevância de aspectos relacionais e da organização do trabalho entre os profissionais para o estabelecimento de equipes efetivas, integradas e colaborativas^{17,25,26}. A distinção das equipes de acordo com sua efetividade e impacto na qualidade da atenção à saúde é necessária e pode ser realizada pela análise do clima de trabalho em equipe²⁷, visto que o conceito de clima é considerado um *proxy*^(c) adequado para contemplar o fenômeno trabalho em equipe.

Prática colaborativa interprofissional e clima do trabalho em equipe na APS^(d)

Clima do trabalho em equipe

O clima do trabalho em equipe é definido como o conjunto de percepções e significados compartilhados entre os membros de uma equipe acerca das políticas, práticas e procedimentos que estes vivenciam no trabalho²⁸. A partir do referencial teórico de clima de equipe para inovação, Anderson e West²⁷ desenvolveram a escala Team Climate Inventory (TCI), que foi validada por Silva²⁹ no contexto brasileiro da APS no Sistema Único de Saúde (SUS). Silva et al.³⁰ ressaltam que a concepção de clima de equipe adotada no TCI corresponde à compreensão de trabalho em equipe descrito nos estudos brasileiros no âmbito da política pública do SUS, ou seja, articulação das ações e interação entre os profissionais com destaque para a comunicação³¹.

O estudo do clima do trabalho em equipe é considerado capaz de prover *insights* sobre as relações profissionais, organização do trabalho em equipe e aspectos da colaboração interprofissional. Segundo Agreli et al.³², clima do trabalho em equipe e colaboração interprofissional possuem quatro elementos conceituais comuns:

^(c) Utiliza-se o termo *proxy* no sentido que lhe é atribuído na área de Estatística, ou seja, como um variável medida para inferir o valor de uma variável de interesse. Nesse sentido, a variável clima de equipe é mensurada e utilizada para inferir a variável clima de trabalho em equipe.

^(d) A discussão apresentada baseia-se na tese de doutorado "Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde", realizada na Universidade de São Paulo em colaboração com Universidade de Southampton, de autoria de Heloise Agreli e com orientação de Marina Peduzzi e Christopher Bailey.

- Interação e comunicação entre membros da equipe: âmbito da comunicação e interação social entre os membros da equipe como condição *sine qua non* para trabalho em equipe e colaboração; capacidade de envolvimento de todos os membros da equipe no processo de tomada de decisão; e percepção de um ambiente de apoio confiável, não hostil e não ameaçador, que permite expressar desacordos e diferenças.

- Objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado: construção compartilhada dos objetivos da equipe e percepção do comprometimento de si próprio e dos demais com os objetivos traçados e compartilhados, em torno dos quais se organiza o trabalho coletivo.

- Responsabilidade compartilhada pela orientação do trabalho para excelência: compromisso e responsabilidade dos profissionais e da equipe para desenvolvimento do trabalho com qualidade, o que requer reflexividade – o envolvimento em refletir sobre si mesmo, os processos e a atuação de cada um e da equipe. Isso é fundamental para assegurar as mudanças que vão sendo necessárias no trabalho da equipe.

- Promoção da inovação no trabalho: refere-se ao apoio prático para as tentativas dos membros da equipe introduzirem novas formas de apreender e responder às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade nos territórios. Apoio à inovação pode ser considerado um indicador de colaboração interprofissional, pois envolve novos arranjos das responsabilidades entre profissionais e instituições²¹.

As áreas de intersecção assinaladas acima, entre clima do trabalho em equipe e colaboração, evidenciam conceitualmente a relação entre as temáticas e sugerem que a compreensão de aspectos macro da organização do trabalho interprofissional, como a colaboração para estabelecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), inclui o estudo de aspectos do âmbito micro (da interação social) no contexto imediato do trabalho em equipes na APS.

Trabalho em equipe na APS

A compreensão da APS, especificamente na Estratégia Saúde da Família, como estratégia de reorganização do sistema de saúde implica reconhecê-la como coordenadora da APS e centro de comunicação da RAS e das redes especializadas. As redes são uma forma de enfrentamento da hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde. Argumenta-se que a mudança dos sistemas fragmentados para RAS só se efetivará se estiver apoiada em uma APS de qualidade³³, com equipes capazes de ampliar a ação interprofissional para além do âmbito da equipe para outras equipes que atuam na RAS e em parceria com usuários e comunidade. A prática colaborativa se refere a essa situação mais ampla de ação interprofissional – intraequipes, intequipes e em rede com a participação dos usuários.

No Brasil, a APS conta com aproximadamente 43.160 equipes implantadas na Estratégia Saúde da Família, que oferecem cobertura a cerca de 64,9% da população³⁴. As milhares de equipes da APS brasileira têm contribuído significativamente no processo de melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde e sinalizam a capacidade das equipes em responder às necessidades de saúde mesmo frente a barreiras ao trabalho interprofissional articulado em diferentes setores, com foco e participação dos usuários, família e comunidade. Entre essas barreiras, citamos problemas de comunicação e coordenação no trabalho em rede³⁵; ausência de redes especializadas adequadas à demanda populacional e articulada à APS; e fragmentação do cuidado, desde serviços da própria APS³⁶ a iniquidades sociais que exacerbam o desequilíbrio nas relações de poder entre profissionais e usuários. A última barreira referida é analisada por Fox e Reeves¹⁷, que assinalam o risco de a prática colaborativa reiterar as relações hierárquicas e desiguais entre profissionais e usuários, bem como de a prática colaborativa e a ACP tornarem-se discursos retóricos.

Entretanto, citamos também algumas características da APS no contexto do SUS, apontadas na literatura nacional, que podem contribuir para a colaboração no âmbito das equipes e em redes:

- Usuários e famílias são adscritos às equipes que constituem sua referência em substituição à referência estritamente médica³⁷, cenário que favorece a prática interprofissional, assim como evidencia a demanda por participação efetiva de todos os membros da equipe.

- Política de humanização transversal às práticas de saúde que fomenta trabalho em equipe, atuação transdisciplinar e a própria construção de redes³⁸.
- Organização do trabalho com base em equipes, conforme estabelecido na política pública do SUS, e reconhecimento da APS como estratégia de reorientação da atenção à saúde e forma de inovação do sistema de saúde no país²⁹.
- Conselhos Gestores como parte da arquitetura do SUS e instrumento de expressão, representação, participação social e controle social, com potencial para transformação política.

Tendo em vista a peculiaridade dos diferentes sistemas de saúde, a Organização Mundial de Saúde sugere que esforços para estabelecer e consolidar a prática colaborativa sejam pautados na exploração de aspectos da realidade local⁷. Embora exista um crescente número de publicações nacionais na temática interprofissional, pouco se sabe sobre as características da prática colaborativa na APS brasileira.

Prática colaborativa e clima do trabalho em equipe na APS do SUS

Estudo recente realizado na ESF por Agreli²⁰ revelou relação entre prática colaborativa e clima do trabalho em equipe, como já assinalado na literatura internacional por Pullon et al.³⁹, que se referem ao clima do trabalho em equipe como elemento-chave para colaboração. No estudo da APS brasileira, as equipes com melhor clima de trabalho em equipe apresentaram participação mais intensa de seus membros na tomada de decisões; atividades orientadas por mecanismos consolidados de avaliação do trabalho como *feedback* individual e encontros para reflexão da equipe; e apoio a novas ideias e atenção centrada no usuário (desenvolvem ações de prevenção e promoção à saúde bem consolidadas e com participação de usuários e comunidade). As equipes com maiores escores de clima foram também aquelas que mais conseguiram ampliar a colaboração do âmbito das equipes para o âmbito das redes e de trabalho articulado com outros setores. Esse resultado sugere que investir na educação permanente das equipes é um passo importante para integralidade do cuidado e trabalho em RAS. Não só porque é por meio do trabalho em equipe que os profissionais integram diferentes *expertises* profissionais, mas também porque equipes colaborativas são também capazes de integrar diferentes serviços sociais e de saúde, assim como a participação do usuário, da família e da comunidade⁴⁰.

De acordo com Agreli²⁰, a colaboração, enquanto forma de trabalho interprofissional na APS, pode ser compreendida em duas modalidades, que se alternam dependendo das condições e necessidades dos usuários. A primeira delas é a colaboração em equipe, em que os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes de uma mesma Unidade Básica de Saúde para melhorar a qualidade da assistência à saúde, colaborando entre si também para aumentar a participação dos usuários no cuidado clínico individual (autocuidado apoiado^(e)).

A segunda é a colaboração em rede e com a comunidade, em que os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família a comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social^(f). Assinala também a forte relação entre prática colaborativa e ACP, que juntas constituem movimento das equipes em incluir os usuários como protagonistas e partícipes do “fazer junto” na equipe interprofissional.

^(e) O autocuidado apoiado é uma proposta de gestão do cuidado que incorpora colaboração entre a equipe de saúde e usuários, ao invés da atuação meramente prescritiva^{33,41}.

^(f) A participação social que expressa relação entre sociedade civil e Estado, exercida no SUS por meio dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde⁴⁰, estende o compartilhamento de tomada de decisão da esfera do projeto terapêutico para a gestão do sistema de saúde.

Considerações finais

Destacamos a necessidade de integração e colaboração no âmbito das equipes e também destas com demais serviços da rede de atenção a saúde, visto a complexidade crescente do cuidado em saúde. Como apresentado, a colaboração se caracteriza especialmente pela comunicação efetiva interprofissional e com usuários e população na construção de parcerias, como:

- Parceria com usuários, famílias e grupos sociais dos territórios; e
- Parceria com outras equipes, serviços e setores em rede.

Tais parcerias podem inclusive constituir formas de resistência às ameaças de retrocesso nas políticas de saúde que constituíram e consolidaram o SUS e a ampliação de acesso aos serviços de APS. Cabe destacar que, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família constitui intervenção interprofissional consolidada, visto estar vigente há mais de duas décadas.

No presente texto, buscamos apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional. Trabalho em equipe e prática colaborativa devem contribuir e ter repercussões em duas direções: melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a usuários e população do território e promover maior satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos. Para isso, trabalho em equipe e colaboração interprofissional na APS precisam ser abordados de forma contingencial, ou seja, segundo as características dos usuários/população adscrita e segundo o contexto (políticas de saúde, modelos de atenção, etc.) e as condições de trabalho. Assinalamos que a colaboração requer o desejo em cooperar/contribuir com o trabalho desempenhado pelo outro e pode se dar tanto no microcontexto das equipes (colaboração na equipe) quanto de forma mais abrangente, no cenário das RAS e comunidade (colaboração em rede e com a comunidade).

Por fim, ressaltamos a importância da prática profissional colaborativa interprofissional em colaboração com usuários, família e comunidade, o que requer garantir condições para efetiva participação destes.

Contribuições das autoras

As autoras participaram ativamente e igualmente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy - delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
2. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012; 17(1):36-42.
3. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010; 19 Suppl 1:126-58.

4. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:4014.
5. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6:CD000072.
6. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2012; 14(1):51-65.
7. Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: OMS; 2010 [citado 4 Abr 2017]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3):CD000072.
9. Goh TT, Eccles MP. Team climate and quality of care in primary health care: a review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom. *BMC Res Notes*. 2009; 2:222.
10. Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, Grimm J, Bubner T, Amoroso C, et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(3):164-9.
11. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2017; 31(2):184-6.
12. Silva JA, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Spe 2:16-24.
13. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
14. Braithwaite J, Clay-Williams R, Vecellio E, Marks D, Hooper T, Westbrook M, et al. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open*. 2016; 6:e012467.
15. Institute of Medicine. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington, DC: National Academy Press; 2015.
16. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010
17. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015; 29(2):113-8.
18. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
19. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(7):1217-30.
20. Agreli HLF. *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]*. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

21. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:188.
22. Khalili H, Hall J, DeLuca S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care.* 2014; 28(2):92-7.
23. Domajnko B, Ferfila N, Kavčič M, Pahor M. Interprofessional education In Europe: policy and practice. Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2015.
24. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):905-16.
25. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2001; 35(1):103-9.
26. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *J Health Organ Manag.* 2013; 27(1):134-42.
27. Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organ Behav.* 1998; 19(3):235-58.
28. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Ann Rev Psychol.* 2013; 64:361-88.
29. Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
30. Silva MC, Peduzzi M, Sangaleti CT, Silva DD, Agreli HF, West MA, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the teamwork climate scale. *Rev Saude Publica.* 2016; 50:52.
31. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005; 13(2):262-8.
32. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *J Interprof Care.* 2017; 31(6):679-84.
33. Mendes E. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: CONASS, OPAS; 2012.
34. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal [Internet]. Brasília; 2018 [citado 25 Mar 2018]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.
35. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Cienc Saude Colet.* 2010; 15 Supl 1:1533-41.
36. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc.* 2011; 20(4):961-70.
37. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
38. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

39. Pullon S, Morgan S, Macdonald L, McKinlay E, Gray B. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. *J Interprof Care*. 2016; 30(6):787-94.

40. Presidência da República (BR). Lei nº 8080, de 19 de Setembro. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.

41. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabajo en equipo y práctica colaborativa en la Atención Primaria de la Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

La práctica colaborativa y el trabajo en equipo pueden contribuir para mejorar el acceso universal y la calidad de la atención de la salud. No obstante, la puesta en operación del trabajo interprofesional se constituye en un desafío actual. A ese desafío se añade la imprecisión conceptual en el estudio de la temática, en que términos tales como colaboración y trabajo en equipo frecuentemente se utilizan como sinónimos. El objetivo de este artículo es presentar los conceptos actuales de trabajo interprofesional, problematizándolos en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Concluimos que el trabajo en equipo y la práctica colaborativa en la Atención Primaria de la Salud tienen que abordarse de forma contingencial, es decir, según características de los usuarios/población adscrita, según contexto y condiciones de trabajo. Señalamos que la colaboración envuelve a profesionales que quieren trabajar juntos para proporcionar una mejor atención de la salud y que puede realizarse como “colaboración en el equipo y colaboración en red intersectorial y con la comunidad”.

Palabras clave: Equipo de cuidados al paciente. Atención Primaria de la Salud. Colaboración intersectorial.

Submetido em 13/11/17. Aprovado em 23/06/18.

A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde

Giselle Fernanda Previato^(a)
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera^(b)

Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1535-47.

The objective of this study was to analyze communication as a collaborative interprofessional health practice domain in the workflow of primary healthcare teams. It was a qualitative study with a descriptive and interpretative approach, and its data constitute part of a master's thesis. It was conducted in in Primary Health Care Units (UBS) of a Brazilian city in the northwestern part of the state of Paraná, with 84 professionals of primary healthcare teams. Data was collected by focus groups and organized in hierarchical descending order using software IRaMuTeQ®. They were submitted to lexical analysis and discussed based on the Theory of Dialogic Action. Five lexical classes were obtained. When grouped together, they revealed how communication among primary healthcare teams occurs. Collaborative interprofessional communication is still a challenge for health teams when leading a joint transformative and dialogical work process.

Keywords: Communication. Interprofessional relationships. Collaborative behavior. Health staff. Primary healthcare.

O objetivo deste estudo foi analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e interpretativo, cujos dados constituem um recorte de dissertação de mestrado, realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do noroeste do estado do Paraná, Brasil, com 84 profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Os dados foram coletados por grupos focais, organizados pela classificação hierárquica descendente do *software* IRaMuTeQ®, submetidos à análise lexical e discutidos pela Teoria da Ação Dialógica. Levantaram-se cinco classes de léxicos que, quando agrupados, revelaram como ocorre a comunicação entre as equipes da Atenção Primária à Saúde. A comunicação, de caráter interprofissional e colaborativo, ainda é um desafio para as equipes de saúde conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador.

Palavras-chave: Comunicação. Relações interprofissionais. Comportamento cooperativo. Pessoal de saúde. Atenção primária à saúde.

^(a) Santa Casa de Maringá. Rua Santos Dumont, 555, Zona 03. Maringá, PR, Brasil. 87050-100. giselle_previatio@hotmail.com

^(b) Departamento de Enfermagem, UEM. Maringá, PR, Brasil. vanessadenardi@hotmail.com

Introdução

A prática interprofissional colaborativa em Saúde é um dos principais métodos para melhorar os resultados das práticas de saúde em todo o mundo¹, sobretudo porque contribui positivamente para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe, do mesmo modo que nos cuidados em saúde². A esse respeito, afirma-se que o uso da prática interprofissional colaborativa em Saúde permite influenciar de forma sinérgica sobre o cuidado e melhorar o acesso à saúde, aperfeiçoar a utilização dos recursos, aprimorar a eficiência dos serviços, apurar os resultados e racionalizar os custos no cuidado em saúde³.

Por possuir um construto polissêmico, complexo e com múltiplos determinantes ao trabalho profissional⁴, há a necessidade de alterar o trabalho multiprofissional para interprofissional, exigindo colaboração. O trabalho multiprofissional é, geralmente, marcado pela fragmentação do cuidado e caracterizado pela justaposição das diferentes disciplinas, na qual os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional. Diferentemente, o trabalho interprofissional realiza-se por meio da reflexão sobre os papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada, pelos quais se constroem os saberes de modo dialógico, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais⁵.

Nesse sentido, para alcançar a prática interprofissional colaborativa em Saúde, alguns domínios foram afirmados como essenciais. Entre estes, a comunicação interprofissional foi reconhecida como primordial e mais presente nos demais domínios, que são: cuidado centrado no paciente, cliente e família; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; e liderança colaborativa⁶.

Justifica-se, nessa direção, que a comunicação é um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, o que permite exercer a colaboração interprofissional efetiva⁷. Igualmente, os achados colocam a comunicação interprofissional em posição de destaque sobre os domínios da prática interprofissional colaborativa em Saúde, formando um canal de comunicação aberto e efetivo entre as equipes de saúde; e oferece oportunidades aos profissionais para compartilharem entre eles suas inquietações e as vitórias geradas no dia a dia do trabalho, o que contribui para melhores resultados de saúde e maior satisfação dos usuários^{1,8}. Tal afirmação instaura uma perspectiva educativa à comunicação interprofissional, gerando o diálogo autêntico. Essa perspectiva favorece o aprendizado pela prática cotidiana e a transforma pela reflexão e saberes problematizados⁹.

Nesse sentido, dada a complexidade dos cuidados que abarca, tal como a resolutividade desejável da atenção à saúde e a superação das práticas fragmentadas a partir da concepção ampliada de saúde¹⁰, pode-se afirmar que a comunicação, enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, é um princípio fundamental à APS¹¹. Deve-se esclarecer que a APS brasileira é organizada de acordo com os preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É demarcada pelo trabalho compartilhado entre as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que, juntos, buscam a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações de saúde permeadas pela interdisciplinaridade¹².

Desta feita, ante o contexto da comunicação, tida enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, voltada à atenção em saúde qualificada na APS, o que acontece em consonância com os ideários do SUS, no presente artigo, pretendeu-se responder ao seguinte questionamento: a comunicação interprofissional existe no processo de trabalho das equipes do Nasf e da ESF? Se existe, possui características de diálogo autêntico capaz de instaurar aprendizagem e, conseqüentemente, fomentar transformações no processo de trabalho dessas equipes? Ademais, o estudo objetivou analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde a partir do processo de trabalho das equipes da APS.

Metodologia

Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo interpretativo, cujos dados utilizados constituem recorte da dissertação de mestrado intitulada “Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde”. O processo de investigação aconteceu nas UBS de um município localizado na região noroeste do estado do Paraná (Brasil). Tais unidades contam com nove equipes de Nasf para apoiar as 74 equipes da ESF existentes, que alcançam 65% da população – aproximadamente 250 mil habitantes de um total de quatrocentos mil. O público-alvo do estudo foram os profissionais de todas as nove equipes de Nasf e uma das equipes de referência de cada Nasf. Ao todo, 84 profissionais das equipes de APS participaram dessa investigação, com distribuição representativa entre as diferentes categorias das áreas atuantes, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Para os profissionais do Nasf, foram utilizados dois critérios de inclusão: ser profissional designado para o Nasf e estar relacionado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do município pesquisado. Para esse mesmo público, foram aplicados dois critérios de exclusão: não estar em exercício da função profissional na equipe de Nasf e não se encontrar em atuação profissional no período da coleta de dados – seja por férias, licença ou indisponibilidade. Dos 57 elegíveis, 44 foram selecionados e, assim, participaram do estudo. Foram selecionados cinco assistentes sociais, quatro farmacêuticos, quatro fisioterapeutas, seis fonoaudiólogos, oito nutricionistas, seis profissionais de educação física, oito psicólogos e três terapeutas ocupacionais.

Quanto aos profissionais da ESF, foram empregados dois critérios de inclusão. O primeiro era pertencer a uma equipe indicada pelo Nasf, em virtude de desenvolver ações e práticas firmadas em parceria e integração- com a equipe de Nasf. O segundo, estar cadastrado no SCNES do município pesquisado. Já os critérios de exclusão foram: não estar em exercício da profissão e não estar em exercício das funções no Nasf no período de coleta de dados. Dos 59 profissionais atuantes nas equipes da ESF, indicadas pelos Nasf à pesquisa, quarenta foram selecionados e, conseqüentemente, participaram do estudo. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram: 26 agentes comunitários de saúde (ACS), oito enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois médicos e um técnico em saúde bucal. A falta de participação da classe profissional médica nas equipes da ESF é fato que merece destaque, pois o ponto de vista desses profissionais não foi perceptível em todas as discussões grupais em comparação com os demais.

Os dados foram obtidos entre fevereiro e abril de 2017, por meio da técnica de grupo focal (GF). Tal técnica é caracterizada enquanto coleta de dados para pesquisa qualitativa, derivada de entrevistas em grupo. O seu emprego permite recolher informações por intermédio da comunicação das interações grupais. Estas são desenvolvidas para colher percepções dos participantes sobre um determinado tema¹³ que, neste estudo, tratou-se da comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, sobre o processo de trabalho compartilhado dos profissionais do Nasf e da ESF.

Quanto ao instrumento para a coleta de dados, este consistiu em um roteiro de questões disparadoras para os GF, que versaram sobre os domínios das práticas interprofissionais colaborativas em Saúde. Para o presente estudo, interessou apenas as práticas relativas à comunicação. O roteiro foi adequado por juízes com experiência na área, que seguiram um instrumento visando à correta adequação das questões¹⁴. Posteriormente, o roteiro foi submetido a um GF piloto, a fim de garantir o necessário rigor metodológico. Desse modo, foram realizados nove GFs, um com cada equipe de Nasf, com sua respectiva ESF. No entanto, apenas oito foram considerados no estudo realizado, pela necessidade de excluir o grupo-piloto, evitando-se, assim, o emprego desnecessário de viés na pesquisa.

Os profissionais da ESF e Nasf, que formaram os GF, foram convidados previamente, por meio de contato presencial e convites impressos. Em média, participaram dos encontros cerca de dez profissionais. Os diálogos aconteceram nas salas de reuniões das UBS, que são ambientes equipados com boa acústica e luminosidade, o que garantiu condições adequadas às conversações¹³. As

comunicações foram conduzidas por uma moderadora – a própria pesquisadora –, com o auxílio de uma relatora e de uma observadora.

As discussões grupais, originadas dos GF, foram gravadas com dois aparelhos gravadores, de forma simultânea. Posteriormente, os áudios captados foram transcritos na íntegra, sendo considerados, a partir de então, partes do banco de dados da pesquisa. A partir de um único arquivo, denominado *corpus*, foi organizado o processo de comunicação. Tal processo foi tido enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, entre as equipes da APS. Assim, cada GF caracterizou um texto e o conjunto desses textos constituiu um *corpus* e análise da pesquisa.

Os dados foram organizados com auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ®), versão 0.7 alpha 2. Trata-se de um programa gratuito e ancorado no Software R, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, contando com diversos tipos de organização para a análise textual, optando-se por utilizar, para o processamento de dados desse estudo, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)¹⁵.

Cumpra explicitar que a CHD utiliza o *corpus* para o dimensionamento dos segmentos de texto ou unidades de contexto elementar (UCE). Estes, por sua vez, são classificados em função dos vocabulários de maior frequência e dos valores de qui-quadrado mais elevados na classe, por entender que sejam significativos para a posterior análise. O IRaMuTeQ® organiza as palavras em um dendograma, que representa a quantidade e a composição léxica de classes a partir de um agrupamento de termos do qual se obtém a frequência absoluta de cada um deles e o valor de qui-quadrado' agregado¹⁵. Por meio do dendograma, foi possível elaborar um quadro para melhor visualização das classes, que qualificou as UCE em função dos seus respectivos vocabulários, para os quais se designou uma nomenclatura, permitindo a posterior análise lexical¹⁶.

Para conduzir a discussão interpretativa, utilizou-se a Teoria da Ação Dialógica⁹, centrada sobre a práxis e sobre o diálogo autêntico. Igualmente, o emprego dessa perspectiva teórica refere-se à transformação dos saberes e das práticas, que são permeadas pelo diálogo e que coadunam com os preceitos da comunicação que, por sua vez, é tida enquanto domínio das práticas interprofissionais colaborativas em Saúde.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Humanos (Copep) e teve parecer favorável com número 1.903.172/2017 (CAAE: 63610916.1.0000.0104). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato das respostas foi garantido, bem como todos os demais preceitos éticos orientados. Por fim, para a apresentação do texto, foram seguidos todos os passos preconizados pelo *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq), com o propósito de garantir aperfeiçoamento da apresentação dos resultados da pesquisa sob abordagem qualitativa¹⁷.

Resultados e discussão

Identificaram-se 5894 ocorrências de palavras na CHD, distribuídas em 885 UCE, com aproveitamento de 90,14% do *corpus*, indicando um ótimo aproveitamento dos dados. Foram originadas do dendograma da CHD, proveniente do *corpus*, cinco classes de análise. O *corpus* foi dividido em dois subcorpus: de um dos subcorpus, obteve-se a classe 5. Do outro subcorpus, obteve-se a classe 4 e mais três repartições que originaram as classes 1, 2 e 3. Tais classes, interpretadas como processos de comunicação condizentes com o domínio comunicativo da prática interprofissional colaborativa em Saúde, estão apresentadas em formato de quadro para maior clareza (Quadro 1). As interpretações residem nas contradições expressas nas classes obtidas no Quadro 1, visto que exprimem polaridade de potencialidades ou fragilidades para a comunicação interprofissional e engendradas.

Quadro 1. Classes referentes à comunicação interprofissional no processo de trabalho entre as equipes de NASF e ESF, listadas em ordenação decrescente percentual, resultante do dendograma da CHD do *corpus* textual.

Número da classe	Nomenclatura da classe	% da classe em ordem decrescente	Análise Lexicográfica		
			Palavras (p <0,001) *	X ²	%
2	A comunicação interprofissional tem foco no cuidado aos usuários do serviço de saúde	22,1	Paciente Prontuário Usuário ACS Contato Cuidado Atendimento Olhar	45,63 26,19 25,48 25,18 17,47 17,47 13,76 10,86	87,5 100,0 65,8 88,89 100,0 100,0 83,33 100,0
5	A comunicação informal entre as equipes acontece por meio de tecnologias comunicativas	20,5	WhatsApp Informação Tecnologia Passar Informal Recado Telefone E-mail Celular	103,37 71,82 61,12 60,51 56,53 41,26 32,23 28,78 24,46	100,0 83,33 100,0 74,07 80,95 91,67 90,0 100,0 100,0
1	Há dificuldades de diálogo efetivo entre os profissionais, mas se reconhece sua importância	20,5	Existir Diálogo Dificultar Muito Resolver Liberdade Assunto	33,17 24,6 23,56 17,38 16,04 16,04 15,28	100,0 100,0 87,5 55,5 100,0 100,0 83,33
4	A educação permanente e o matriciamento oportunizados pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades são estratégias para a comunicação interprofissional	18,9	Domiciliar Matriciamento Interprofissional Oportunidade Visita Permanente Educação Grupo Consulta Dificuldade Oportunidade	50,92 46,58 46,1 44,06 40,75 34,22 31,82 27,03 17,72 17,72 41,57	92,31 100,0 65,38 66,67 100,0 100,0 70,59 100,0 92,03 100,0 100,0
3	As reuniões para discussões de casos e planejamento de ações entre as equipes são momentos formais de comunicação interprofissional	18,1	Reunião Discussão Formal Momento Ação Planejar Troca	13,89 49,21 49,21 24,32 18,68 13,89 13,44	100,0 84,62 84,62 62,5 100,0 100,0 80,0

Fonte: As autoras.

A comunicação entre Nasf e ESF implica em considerá-la parte do processo de trabalho e, por isso, como práxis potencial transformadora da realidade⁹. Os achados do presente estudo demonstram que a comunicação existe, entre as equipes, com aspectos potencializadores à interprofissionalidade e à transformação dos fazeres. No entanto, perceberam-se fragilidades e desafios que impedem a prática interprofissional colaborativa em saúde efetiva.

Como potencializador para uma comunicação interprofissional, a classe 2 (22,1%) aponta que “a comunicação interprofissional tem foco no cuidado aos usuários do serviço de saúde”, salientando-

se que o objetivo principal das práticas comunicativas entre Nasf e ESF é o usuário. Isso sinaliza a iniciativa da equipe pelas estratégias do cuidado, que caminham para um diálogo ideal. Por isso, estas foram as palavras em destaque: paciente, usuário, cuidado, contato e atendimento. Ainda, os meios de comunicação com esse foco foram: prontuário e ACS, conforme clarificam as falas que apoiam essa interpretação a partir da análise lexical:

O objetivo principal da comunicação entre as equipes é a resolução dos casos dos pacientes, é solucionar os nós críticos [...]. (Enfermeira – GF1)

[...] O uso do prontuário do paciente é uma fonte de comunicação interprofissional, pois mesmo que eu não tenha contato de maneira direta com a ESF, ou a ESF com o Nasf, se cada profissional evoluiu e anotou tudo ali, os profissionais conseguem saber o que foi feito [...], quais profissionais o atenderam, e o atendimento acaba sendo cruzado e mais resolutivo [...]. (Psicóloga – GF 2)

Nós, ACS, somos o elo entre os pacientes e as equipes de Nasf e ESF. [...] vemos o que o usuário precisa e acionamos as equipes, e isso é colaborativo, pois ajuda no cuidado do paciente [...]. (ACS – GF 6)

Nessa perspectiva, destacou-se que o objetivo principal da comunicação entre as equipes, referidos pelos profissionais, é o usuário dos serviços de saúde. Tal achado sugere que esse domínio é, portanto, potencialmente colaborativo e que, se concretizado, implica em maior segurança e qualidade da atenção à saúde, com respeito às decisões pactuadas entre os profissionais e entre estes e os usuários^{18,19}. Ainda, a comunicação exercitada no trabalho em equipe, com o pensamento voltado ao usuário, reforça o domínio do cuidado centrado na pessoa por evitar omissões ou duplicações de cuidados, esperas ou adiamentos desnecessários³.

Nesse sentido, os meios apresentados pelos profissionais, para exercer uma comunicação interprofissional, com foco no usuário, foram os ACS e o prontuário eletrônico. Estes, apesar de fortes aliados da prática comunicativa para auxiliar o cuidado, não podem ser considerados meios exclusivos e determinantes para o alcance desse domínio.

Os ACS, de fato, representam um forte elo entre a comunidade e os demais profissionais da APS. São considerados mediadores importantes à comunicação, no sentido de desvelar a realidade de vida e saúde dos usuários. Sua contribuição pode ser dialógica, na direção de problematizar os contextos e de aglutinar práticas profissionais resolutivas, permitindo a ação-reflexão-ação⁹. Suas práticas cotidianas, permeadas pelo vínculo e acolhimento da população, favorecem a identificação dos problemas pela escuta atenta, exaltando a necessidade de momentos coletivos interprofissionais, para que possam produzir saberes e ações que se convertam em benefício²⁰.

Assim, os ACS instigam os profissionais das equipes de Nasf e ESF a comunicarem-se, com vistas à resolução de casos dos usuários. Do mesmo modo, os ACS estimulam o exercício do cuidado sobre a população. Pode-se dizer que o protagonismo do ACS, ante a comunicação entre usuários e equipe, sinaliza uma iniciativa da equipe de pôr em prática estratégias de cuidado que caminham para um diálogo ideal.

O uso do prontuário eletrônico, identificado nesse estudo como meio de comunicação com foco no usuário, foi percebido enquanto instrumento indireto de troca de informações entre os profissionais. Apesar de ser ferramenta importante à segurança nas tomadas de decisão e às respostas mais rápidas aos eventos adversos, seu uso pode reduzir a comunicação face a face entre os profissionais das equipes¹⁹.

A utilização do prontuário eletrônico, nessa perspectiva, pode causar prejuízos à comunicação dialógica que oportuniza trocas de saberes e transformação de fazeres⁹. O prontuário, portanto, no contexto investigado, parece ser utilizado como meio central – e não como acessório de comunicação – afastando a relação dialógica da equipe, por ser entendido como substituto do contato direto e, frequente, dos profissionais – o que distancia a interprofissionalidade⁵.

É sabido que a comunicação interprofissional exige uma conversação solidária, capaz de refletir e fomentar transformações no agir, com vistas à promoção da humanização, da criação e da libertação dos processos de trabalho dos permutantes⁹. Nesse sentido – no qual a perspectiva dialógica é ressaltada –, o usuário não deve ser apenas foco da comunicação entre os profissionais, como apreendeu-se nesta pesquisa, pois, a despeito da mediação ser estabelecida pelo ACS, ou pelo prontuário, o usuário deve ter sua participação garantida de forma efetiva. No entanto, não foi encontrado, no contexto desse estudo, qualquer protagonismo do usuário frente o processo de comunicação interprofissional. Sendo a ausência desse evento um fato, isso pode vir a causar consequências, como a alienação do trabalho seguida da sua descontextualização, traduzindo uma relação antidialógica⁹ do fazer em saúde.

Nesse sentido, de enfoque dialógico e colaborativo, entre os usuários e os profissionais do Nsf e ESF, destaca-se, ainda, a importância da construção e da discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, voltadas à singularidade dos usuários, das famílias e das comunidades. O PTS é o resultado da discussão coletiva de uma equipe interprofissional, na qual todas as opiniões são tidas como importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e ajudar na definição das propostas de ações¹². Assim, o PTS reforça a relevância da comunicação colaborativa interprofissional, com foco no usuário, tido enquanto ser ativo no seu processo de cuidado.

A pesquisa mostrou uma possível fragilidade ao exercício da prática interprofissional colaborativa em Saúde. Observou-se que “a comunicação informal entre as equipes acontece por meio de tecnologias comunicativas”, presente na classe 5 (20,5%). Os profissionais-alvos deste estudo consideraram que a comunicação, entre eles, é marcada por um processo de passagem de informações e recados, de caráter informal, com destaque para o uso das tecnologias de mensagens, evidenciado pelas palavras: WhatsApp, informação, tecnologia, passar, informal, recado, telefone, e-mail e celular. Os relatos a seguir reforçam esses achados:

Nós utilizamos muito os meios de comunicação informais, principalmente o WhatsApp, para passar um recado, uma informação [...] isso descaracteriza uma comunicação interprofissional efetiva, porque não tem uma troca. (Fisioterapeuta – GF 4)

Acho que a comunicação, entre as equipes, acontece na maioria por recadinhos de papel, WhatsApp, celular [...] mas nem sempre temos um retorno, porque a demanda é grande, então a maioria é uma mera passagem de informações sobre casos mesmo. (Nutricionista – GF 8)

O ato de comunicar-se, tendo em vista somente a passagem de informações, caracteriza-se como mero verbalismo, o que dificulta a ação e a reflexão dialógica. Além disso, essa comunicação informal complica a efetividade do compromisso profissional pela transformação da realidade inserida⁹, opondo-se a uma colaboração estritamente comunicativa entre as equipes.

O uso das tecnologias de comunicação é uma crescente tendência contemporânea, o que também alcança o trabalho em equipe. O argumento para o seu emprego é a facilidade no repasse das informações¹⁹. Todavia, seu uso abusivo e exclusivo pode vir a dificultar e/ou reduzir a colaboração interprofissional. Isso pode acontecer porque o tipo de conversação, que caracteriza a comunicação dialógica, depende de níveis mais aprofundados de relação pessoal. A comunicação superficial constitui, em seu *modus operandi*, uma barreira comunicativa de diálogo entre os profissionais e as equipes de diversas especialidades²¹.

Compreende-se, assim, que para a colaboração e a interprofissionalidade serem consideradas marcas da comunicação, as ditas “tecnologias da informação”, postas enquanto meios de estrita passagem de informações, devem ser transcendidas. Ou seja, é necessário dar enfoque sobre a busca por um processo comunicativo baseado na troca de conhecimentos e ações partilhadas^{6,7}, superando, dessa maneira, a antidialogicidade⁹.

Interpretada como potencialidade e fragilidade coabitantes, a classe 1 reafirma, de fato, que “há dificuldades de diálogo efetivo entre os profissionais, mas reconhece-se sua importância”, evidenciada

pelos termos: existir, diálogo, dificultar e muito. No entanto, as palavras “resolver” e “liberdade” indicaram a importância atribuída ao diálogo para alcançar a comunicação interprofissional entre equipes. Alguns relatos exemplificam essa classe:

[...] com algumas equipes temos bastante liberdade para conversarmos [...] outras, o diálogo é mais dificultado, tem mais resistência [...]. (Profissional de Educação Física – GF 2)

Existem mais dificuldades de comunicação entre o Nasf e as equipes de ESF do que facilidades [...] o diálogo não acontece e a comunicação de caráter interprofissional e colaborativo também não. (Psicóloga – GF 5)

[...] não há abertura para o diálogo, não tem essa troca de conhecimentos, não tem essa abertura para dialogar. (Nutricionista – GF 7)

A ESF tem tantas burocracias para resolver que às vezes acabamos tendo falhas na comunicação e diálogo com o Nasf, então acaba que a colaboração é falha. (Técnica de Enfermagem – GF 8)

O diálogo, entendido como ferramenta para consolidar a comunicação interprofissional, é ponto indispensável à prática interprofissional colaborativa em Saúde¹⁸. Cabe ressaltar, nessa assertiva, a concepção pedagógica do diálogo horizontalizado⁹ nas práticas de saúde, pois potencializa a aprendizagem profissional e melhora as relações de trabalho e a atenção à saúde²².

Fazendo um contraponto, a dificuldade de diálogo apontada pelos depoentes converge para a afirmação da antidialógica tendenciosa ao ativismo e verbalismo⁹, que tece relações profissionais pouco colaborativas e afasta o alcance de uma prática interprofissional colaborativa entre as equipes, estruturadas para o apoio compartilhado¹².

O desafio do diálogo interprofissional, referido pelos participantes desta pesquisa, corrobora os problemas de comunicação frágil entre profissionais da APS, que trazem prejuízos à integralidade da atenção no trabalho da ESF e Nasf no contexto nacional²³. Isso reforça a fragilidade dialógica, como um aspecto marcante a ser superado no processo de trabalho compartilhado dessas equipes. As exigências e as cobranças existentes nos serviços de saúde – como melhorar indicadores de saúde e o número de procedimentos – podem vir a burocratizar o atendimento em saúde e determinar dificuldades para manter o diálogo autêntico entre as diversas categorias profissionais²⁴, fragilizando, por consequência, a comunicação interprofissional.

A classe 4 (18,9%) desvelou que “a educação permanente e o matriciamento, oportunizados pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades, são estratégias para a comunicação interprofissional”. Nela, estão presentes os termos: visita domiciliar, matriciamento, educação permanente, grupos e oportunidade. No entanto, a palavra “dificuldade” apresentou-se como significativa, demonstrando que essas estratégias acontecem, mas que existem desafios à sua efetividade, sendo que estes, por sua vez, comprometem a comunicação interprofissional e, novamente, apontam para as contradições das potencialidades e fragilidades existentes na mesma classe. Seguem as discussões que elucidaram esses achados:

As visitas domiciliares compartilhadas são momentos importantes de comunicação interprofissional [...] o diálogo com os usuários e entre nós oportunizam a educação permanente, clarificação profissional e facilita a comunicação interprofissional. (Terapeuta Ocupacional – GF 2)

Nós, do Nasf, conseguimos conversar e dialogar com os profissionais da ESF, através do matriciamento e da educação permanente, mesmo que isso seja um desafio com algumas equipes, é um meio de comunicação. (Farmacêutica – GF 3)

Acho que os grupos que nossa ESF conta com apoio do Nasf permitem uma comunicação interprofissional, desde a organização até a execução dos grupos. (Médico – GF8)

Compreendeu-se que a educação permanente, o matriciamento oportunizado pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades foram referidos como contribuintes para evitar a sensação de autossuficiência dos profissionais de ESF, o que também exige a comunicação dialógica com o Nasf. Tal diálogo, nessas ações, auxilia em momentos de comunhão, confiança e cooperação⁹, que propiciam uma característica colaborativa na comunicação entre os profissionais da APS.

Nessa direção, o matriciamento e a educação permanente são facilitadores de uma comunicação interprofissional e elucidam o cumprimento do papel do Nasf, com a promoção de mudanças no processo de trabalho da ESF. Tais mudanças permitem ações intersetoriais e interdisciplinares para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde¹².

Destaca-se que o matriciamento, realizado pelo Nasf com as equipes de ESF, é um aspecto favorável à comunicação interprofissional. Isso acontece por tratar-se de um conjunto de ações de suporte técnico-pedagógico, que buscam a construção de uma relação horizontal entre os profissionais. Tal relação deve acontecer com vistas a reverter a lógica dominante na verticalidade da especialização, que realiza assistência isolada, fragmentada e não integrada entre as equipes da APS²⁵. O matriciamento, portanto, é uma estratégia que possibilita o diálogo e a troca dos saberes entre as várias categorias²⁴ frente à realidade encontrada nesta pesquisa.

A visita domiciliar, em especial, oportuniza a comunicação interprofissional, pelo fato de maximizar os conhecimentos e as experiências de cada profissional. Tais maximizações permitem com que executem, colaborativamente, um cuidado coordenado e integrado no domicílio²⁶, semelhante ao que os participantes revelaram.

No entanto, a dificuldade de matriciamento entre as equipes da APS foi uma realidade presente no contexto investigado, que não difere da atenção em saúde nacional. Há evidências de práticas fragmentadas, entre esses profissionais, que são ancoradas na concepção do modelo médico hegemônico para gerir o apoio matricial. Como resultado, tem-se uma assistência em saúde segregada, na qual as intervenções individuais sobrepõem-se ao diálogo entre as categorias profissionais e, conseqüentemente, impedem a colaboração na comunicação²⁴.

Contraditoriamente a essa dificuldade, a educação permanente é condição existente no cotidiano do trabalho da APS, tal qual este estudo identificou. A relação horizontal dialógica, defendida pela educação permanente, é capaz de aumentar a resolubilidade das ações de atenção primária à saúde, uma vez que problematiza a prática que pretende ser transformada²⁷. Desse modo, entende-se que as premissas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), quando executadas pelos profissionais das equipes da APS, auxiliam o alcance da prática interprofissional colaborativa em Saúde²⁸.

Para a implementação da PNEPS, é necessário o estabelecimento da comunicação interprofissional, por tratar-se de prática educativa que se materializa no cotidiano das equipes. É a comunicação, enquanto diálogo dos distintos saberes, que instaura a reflexão cotidiana dos papéis e as contribuições de cada membro da equipe. Além disso, a comunicação interprofissional favorece o trabalho colaborativo²⁶ porque permite ensinar e aprender mediante o reconhecimento da complexidade inerente à prática diária⁹.

A classe 3 (18,1%) também evidenciou a coexistência das fragilidades e das potencialidades, com indícios de que: “as reuniões às discussões de casos e planejamento de ações, entre as equipes, são momentos formais de comunicação interprofissional”. Ou seja, sinaliza uma estratégia adotada pelas equipes para o estabelecimento de diálogo desejável na direção da prática interprofissional colaborativa em Saúde. Os termos que caracterizaram essa classe foram: reunião, discussão, formal, momento, ação, planejar e troca. No entanto, as reuniões foram apontadas como desafio, por sua escassez entre Nasf e ESF. Tal evidência pode ser observada nos recortes das discussões grupais:

Nós [ESF] estamos tentando manter reuniões mensais com o Nasf, para discussão de casos, planejamentos das ações em conjunto [...] são nas reuniões que realmente conseguimos estabelecer uma comunicação de caráter interprofissional com trocas, de fato. (Enfermeira – GF 4)
As reuniões de equipe são um meio de comunicação interprofissional, mas essas reuniões são uma fragilidade muito comum, pois nem todas as equipes de ESF e Nasf conseguem se reunir com frequência. (Fonoaudióloga – GF 5)

As reuniões são ferramentas para a realização da práxis em saúde, por oportunizarem o processo de ação-reflexão-ação, sustentadas pelo diálogo autêntico⁸. Tais momentos, de encontro formal, entre os profissionais das equipes de saúde oportunizam a comunicação interprofissional, por facilitar a discussão dos casos dos usuários, o que acontece de forma sistemática, pois pode-se traçar planos de cuidados colaborativos²⁹.

No entanto, ressalta-se que a dificuldade para a manutenção regular das reuniões com os diversos profissionais da APS reduz a comunicação interprofissional e, conseqüentemente, subtrai a eficiência das equipes em termos de tempo, de aprendizagem e de integração profissional³⁰. Tal fragilidade comunicativa é apontada como resultado do déficit de lideranças colaborativas nas equipes de saúde. Tecnicamente falando, a presença dessas lideranças seriam capazes de clarificar a importância das reuniões frequentes e, assim, em conjunto, conduzi-las apropriadamente³⁰. A liderança é uma importante ferramenta porque permite aglutinar os processos de reflexão-teorização da realidade vivenciada, com contribuições à construção do conhecimento³¹. No entanto, percebeu-se que, apesar de a liderança colaborativa existir, entre algumas equipes, ainda é um domínio dificultado no processo de trabalho, sendo um desafio para que os profissionais se reúnam e exerçam a comunicação colaborativa de fato.

Considerações finais

A prática interprofissional colaborativa em Saúde apresenta-se, atualmente, como estratégia de suma importância no cenário da saúde por possibilitar reversão ao modelo de atenção em saúde hegemônico e, assim, aumentar a resolutividade do trabalho em equipe, com respeito à integralidade do cuidado. Desse modo, o presente estudo analisou a comunicação enquanto domínio essencial da colaboração interprofissional sobre o processo de trabalho das equipes de Nsf e ESF, permitindo desvelar suas potencialidades e fragilidades.

Destacaram-se os aspectos antidialógicos da comunicação entre as equipes da APS, marcados pela passagem das informações unilaterais no processo de trabalho, com uso de aparatos tecnológicos como prontuário eletrônico, redes sociais, aplicativos de celular e reuniões esporádicas. Tal realidade afasta as equipes do agir comunicativo pautado na práxis.

Já as potencialidades da comunicação tiveram como ponto principal o enfoque no cuidado do usuário, posto enquanto objetivo principal da comunicação entre os profissionais, ainda que tais usuários não sejam ativos do processo comunicativo, ante o contexto desse estudo. Os meios utilizados para a comunicação foram, sobretudo, as visitas domiciliares e as atividades com coletividades.

A contribuição desta pesquisa reside, pois, na produção de conhecimento científico acerca da comunicação interprofissional no processo de trabalho das equipes de Nsf e ESF. O presente estudo acaba por reforçar a importância do domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, enquanto oportunidade dialógica à (re)construção dos saberes e dos fazeres que emanam do cotidiano do trabalho na APS.

Sugere-se, nesse sentido, que as equipes de saúde da APS criem espaços e oportunidades para o cultivo da arte de dialogar, superando a dicotomia entre o aprender e o ensinar. Recomenda-se, especificamente, explorar as potenciais oportunidades para uma comunicação interprofissional, ou seja, realizar reuniões frequentes nas equipes, discussões dos casos, exercer tomada de decisão compartilhada e buscar a educação permanente com momentos de clarificação interprofissional. Também propõe-se objetivar a aprendizagem pela prática e exercer a superação da comunicação exclusivamente via redes sociais e aparatos tecnológicos. Por meio dessas ações, poder-se-á aumentar as chances de um trabalho pautado na prática colaborativa em Saúde.

Por fim, esperam-se novos direcionamentos políticos, a partir desses achados, nos níveis nacional, regional e local. Assim, espera-se potencializar os espaços dialógicos, que materializam a colaboração interprofissional e que transformam os saberes e as práticas. Além disso, novos estudos nessa temática podem ser realizados, junto com gestores e outros atores, com o propósito de elucidar a comunicação

interprofissional no processo de trabalho das equipes da APS e, no fim, derivar novos conhecimentos nesse campo de estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care*. 2017; 31(6):677-8.
2. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(123):1-13.
3. Adams TL, Orchard C, Houghton P, Ogrin R. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):339-44.
4. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez SM, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14.
5. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofessional it and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):601-13.
6. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CIHC; 2010.
7. Gocan S, Laplante MA, Woodend K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. *J Res Interprof Pract Educ*. 2014; 3(3):1-19.
8. Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. In press.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 58a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
10. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
11. Pullon S, Morgan S, Macdonald L, Mackinlay E, Gray B. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. *J Interprof Care*. 2016; 30(6):787-94.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica n 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 10 Jul 2017]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

13. Backes DS, Colomé JS, Erdmann HE, Lunardi VI. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saude*. 2011; 35(4):438-42.
14. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiros para entrevista semiestruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, colaboradores. *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-25.
15. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-8.
16. Lahlou S. Text mining methods: na answer to Chartier and Meunier. *Pap Soc Representations*. 2012; 20(38):1-39.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
18. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.
19. Bardash SH, Real K, Bardash DR. Perspectives of health care practitioners: an exploration of interprofessional communication using electronic medical records. *J Interprof Care*. 2017; 31(3):300-6.
20. Carli F, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3):626-32.
21. Curran V, Reid A, Reis P, Doucet S, Price S, Alcock L, et al. The use of information and communications technologies in the delivery of interprofessional education: a review of evaluation outcome levels. *J Interprof Care*. 2015; 29(6):541-50.
22. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann TSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):224-30.
23. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán HE. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1499-1510.
24. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Neto JPM, Gondim LGF, Simões ECP. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Psicol Teor Prat*. 2014; 16(2):63-74.
25. Klein AP, Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no núcleo de apoio à saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(1):e00158815.
26. Carrier RSWTS, Pham TN, Akhtar S, Nowaczynski M, Seddon G, Sinha S. “A more rounded full care model”: interprofessional team members’ perceptions of home-based primary care in Ontario, Canada. *Home Health Care Serv Q*. 2015; 34(3):232-51.
27. Tesser CD. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):565-78.
28. Rocha FAA, Barreto ICHC, Moreira AEMM. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):415-26.
29. Leclerc BS, Presse N, Bolduc A, Dutilleul A, Couturier Y, Kergoat MJ. Interprofessional meetings in geriatric assessment units: a matter of care organization. *J Interprof Care*. 2013; 27(6):515-9.

30. Nisbet G, Dunn S, Lincoln M. Interprofessional team meetings: opportunities for informal interprofessional learning. *J Interprof Care*. 2015; 29(5):426-32.
31. Baldissera VDA, Bueno SMV. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(2):191-2.

Previato GF, Baldissera VDA. La comunicación en la perspectiva dialógica de la práctica interprofesional colaborativa en salud en la Atención Primaria de la Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1535-47.

El objetivo de este estudio fue analizar la comunicación como dominio de la práctica interprofesional colaborativa en salud en el proceso de trabajo de los equipos de la Atención Primaria de la Salud. Se trató de un estudio con abordaje cualitativo, de carácter descriptivo e interpretativo, cuyos datos constituyen un recorte de disertación de maestría, realizado en Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio del noroeste del Estado de Paraná, Brasil, con 84 profesionales de equipos de la Atención Primaria de la Salud (APS). Los datos fueron colectados por grupos focales, organizados por la clasificación jerárquica descendiente del *software* IRaMuTeQ®, sometidos a análisis de léxico y discutidos por la Teoría de la acción Dialógica. Se estudiaron cinco clases de léxicos que, cuando agrupados, revelaron como se realiza la comunicación entre los equipos de la Atención Primaria de la Salud. la comunicación de carácter interprofesional y colaborativo todavía es un desafío para que los equipos de salud realicen un proceso de trabajo compartido, dialógico y transformador.

Palabras clave: Comunicación. Relaciones interprofesionales. Comportamiento cooperativo. Personal de Salud. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 26/10/17. Aprovado em 24/05/18.

Desafios na educação de profissionais de Saúde:

uma abordagem interdisciplinar e interprofissional

Valéria Vernaschi Lima^(a)
 Eliana Claudia de Otero Ribeiro^(b)
 Roberto de Queiroz Padilha^(c)
 Carlos Alberto Mourthé Júnior^(d)

Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé Júnior CA. Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1549-62.

This article presents a set of strategies and methods used in health professional education in the context of the Brazilian National Health System (SUS). The investigative emphasis was placed on interdisciplinary education and interprofessional work. The background to this research is the experience of 11 postgraduate educational initiatives developed between 2009 and 2017. A documentary analysis of the pedagogical projects of the specialization courses was carried out, considering the concepts of interdisciplinarity and interprofessional work. Fleckian and dialogic methodological references were used to analyze teaching and learning strategies and methods. Results show that overcoming the juxtaposition of disciplinary approaches and also of perspectives of different professions requires the dissemination of educational and work experiences that enable interactions among different thought collectives in order to allow the emergence of an interprofessional thought style and collaborative practices.

Keywords: Health System. Education. Interdisciplinary practices. Health professionals. Multiprofessional team.

Este artigo apresenta e discute as bases teórico-conceituais de uma combinação de estratégias e métodos utilizados na educação de profissionais da Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com ênfase nas abordagens interdisciplinar e interprofissional. As reflexões produzidas foram baseadas em 11 iniciativas de educação pós-graduada realizadas entre 2009 e 2017. Foi realizada a análise documental do projeto pedagógico dos cursos de especialização intencionalmente selecionados, à luz dos conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Os referenciais metodológicos da perspectiva fleckiana e dialógica possibilitaram a análise e discussão das estratégias e métodos identificados. A superação da justaposição tanto de enfoques disciplinares quanto de perspectivas de diferentes profissões requer a disseminação de experiências educacionais e de trabalho que viabilizem interações entre diferentes coletivos de pensamento, de modo a possibilitarem a emergência de um estilo de pensamento interprofissional e práticas colaborativas.

Palavras-chave: Sistema de saúde. Educação. Práticas interdisciplinares. Profissionais de Saúde. Equipe multiprofissional.

^{(a), (c)} Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, km 235, SP-310. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. valeriavl@ufscar.br; rqpilha@gmail.com

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. eclaudiar@gmail.com

^(d) Instituto de Apoio ao Desenvolvimento do SUS. São Paulo, SP, Brasil. carlos.mourthe@iadsus.com

No campo da atenção à saúde, a orientação à integralidade do cuidado e a articulação entre ações e serviços¹ em redes de atenção no SUS vêm requerendo novas capacidades dos profissionais para uma atuação colaborativa em equipes multiprofissionais^{2,3}. Nesse cenário, enfrentamos obstáculos decorrentes de práticas fragmentadas tanto na formação profissional quanto no trabalho em saúde⁴.

Este artigo analisa uma combinação de estratégias e métodos de ensino-aprendizagem utilizados na educação pós-graduada de profissionais da Saúde no contexto do SUS, visando identificar em que medida favorecem uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Nessa investigação, o ensino-aprendizagem é entendido como processo e produto emergentes da interação entre o sujeito que aprende e o objeto a ser conhecido^{5,6}. Sob essa perspectiva, “o homem constitui-se como tal [por meio de] suas interações e, portanto, é visto como alguém que transforma e é transformado nas relações produzidas em uma determinada cultura”⁷ (p. 93).

A educação interdisciplinar e interprofissional

De modo geral, a abordagem interdisciplinar pode ser considerada relativamente recente^{8,9}. De acordo com Silva¹⁰ – que promoveu uma revisão no modelo apresentado por Jantsch e Bianchetti¹¹ –, a distinção entre uni, pluri, multi, inter e transdisciplinar pode ser reconhecida tanto na interação entre sujeito e objeto quanto na produção de práticas.

Nesse sentido, a perspectiva unidisciplinar – que responde ao princípio analítico de separação das partes para melhor conhecer um fenômeno – é definida pelos saberes e práticas de uma única disciplina; a multidisciplinar, ainda com perspectiva analítica, é definida pela justaposição de diferentes saberes disciplinares; a interdisciplinar, com um enfoque voltado à síntese, promove a integração entre disciplinas, no sentido da construção de conceitos comuns; e, finalmente, a transdisciplinar ultrapassa as fronteiras das disciplinas¹².

No tocante às diferenças entre uni, multi e interdisciplinar, Silva¹⁰ questiona a abordagem interdisciplinar como sendo a construção de um sujeito coletivo, destacando o mito de uma interdisciplinaridade a-histórica, apresentada como um resgate redentor capaz de desfazer os equívocos da fragmentação do conhecimento.

No tocante à educação interprofissional (EIP), Barr¹³ considera que há ampla aceitação de que a origem do termo possa ser atribuída à Organização Mundial da Saúde, tendo sido incluída na Conferência de Alma-Ata de 1978 como uma das estratégias para promover “Saúde para todos no ano 2000”. A revisão sistemática publicada por Reeves et al.¹⁴ chama a atenção para o fato de que o estudo da efetividade da EIP permanece sem clareza em função das limitações metodológicas das publicações analisadas. No que diz respeito às iniciativas educacionais desenvolvidas nas últimas décadas no Brasil, como resposta às políticas públicas indutoras de mudanças na formação em Saúde, Peduzzi et al.¹⁵ afirmam que “[...] as iniciativas de mudança da formação e prática profissional dão destaque à abordagem interdisciplinar e ao trabalho multiprofissional” (p. 982), havendo a necessidade de um maior aprofundamento investigativo para correlacionar educação interprofissional e melhoria do cuidado.

Tomando em consideração o objetivo do presente trabalho, questões relevantes apresentadas na revisão de Peduzzi et al.¹⁵ podem ser assim resumidas: (a) existência de especificidades na formação profissional ao lado da colaboração entre diferentes profissões; (b) insuficiência de práticas de ensino para promover o trabalho integrado em equipe; e (c) baixa efetividade da abordagem interdisciplinar para promover práticas interprofissionais. Em síntese, destacam que interdisciplinaridade e educação interprofissional não são conceitos equivalentes por dizerem respeito, respectivamente, à esfera das disciplinas e áreas de conhecimento; e à esfera das práticas profissionais colaborativas na equipe de saúde.

Principais desafios do trabalho interprofissional no contexto da educação na saúde

Em relação à educação de profissionais de saúde, a abordagem por disciplinas segue hegemônica no âmbito da graduação e pós-graduação. No que diz respeito ao trabalho interprofissional, a

articulação entre diferentes carreiras com vistas às práticas colaborativas pode ser considerada ainda mais desafiadora, embora um conjunto significativo de políticas públicas no Brasil apresente diretrizes que sustentem a EIP, mesmo sem nomeá-la. Tal é o caso das políticas de humanização, de educação permanente e da constituição de sistemas de saúde-escola que articulam ensino e serviços. Em concordância com Barreto et al.¹⁶, acreditamos que tal sinergia confere um caráter estratégico à educação e ao trabalho interprofissionais.

Entretanto, no âmbito das práticas de atenção básica e especializada, o trabalho em equipes de saúde permanece enfrentando os desafios de (i) ultrapassar a compartimentalização de saberes e perspectivas¹⁷; (ii) ampliar a abordagem biomédica^{18,19}; e (iii) superar a fragmentação na atenção à saúde decorrente de sistemas hierarquizados, com baixa corresponsabilização, qualidade inconstante e custos crescentes²⁰⁻²².

Em relação à compartimentalização de saberes, Morin¹⁷ destaca que o nosso modo de produzir conhecimento e de ensinar nos levou a “[...] separar os objetos do seu meio, as disciplinas umas das outras, e a não reunir aquilo que faz parte do mesmo tecido”, compreendendo o mundo como “[...] fragmentos desconjuntados” (p. 14). As atividades educacionais voltadas para profissionais da saúde ainda são predominantemente organizadas segundo essa lógica disciplinar ou de acordo com a perspectiva de especialistas ou categorias profissionais. Campos¹ destaca que:

[...] o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado, [não sendo] esse o padrão de subjetividade dominante em ambientes de concorrência exacerbada, modo predominante de funcionamento das instituições contemporâneas. (p. 404)

No âmbito da educação de profissionais de saúde, os processos educacionais contribuem para a produção de um padrão de subjetividade pouco cooperativo e colaborativo. Para Morin²³, ao construirmos iniciativas segundo uma abordagem interdisciplinar, religamos os conhecimentos de diferentes disciplinas e organizamos a aprendizagem por meio do desenvolvimento das capacidades de problematizar e contextualizar, no sentido de intervir no mundo. Para tanto, é necessário reconhecermos a legitimidade do outro na construção social dos saberes, mesmo que tenhamos distintos conjuntos de conhecimentos, valores, interesses e desejos²⁴. Além dessa disposição, a superação dos limites impostos pela racionalidade biomédica amplia os desafios para a construção de uma abordagem ampliada no cuidado à saúde. Segundo Campos et al.²⁵, a ressignificação da racionalidade biomédica implica a incorporação das:

[...] fragilidades subjetivas e as redes sociais, para além dos riscos biológicos; [...] de objetivos do trabalho [para], além de curar, reabilitar e prevenir danos em pessoas doentes, [apoiando] o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida para si e novas formas de posicionamento diante da sua saúde e do seu contexto; e [a reformulação da] relação clínica e dos processos de educação. (p. 990)

A racionalidade biomédica explica os fenômenos de saúde-doença segundo uma lógica estruturada pelas ciências do campo da Biologia¹⁸. A noção do corpo humano como máquina; a relação de causa e efeito; a centralidade na objetivação de doenças e lesões; e a centralidade no trabalho médico e na atenção hospitalar contribuíram fortemente para a construção de uma racionalidade que, praticamente, excluiu as dimensões subjetiva e social do processo saúde-doença.

Em relação à fragmentação da atenção à saúde frente às necessidades de cuidado das pessoas e populações, Mendes²¹ explora a dimensão da gestão do trabalho em saúde apontando que a lógica de hierarquização dos serviços tem raízes no cuidado centrado nos profissionais, com predomínio da perspectiva médica. Para esse autor, a organização de sistemas como um “[...] conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, [...] incapazes de prestar uma atenção

contínua à população” (p. 2299) reflete uma modelagem fragmentada e piramidal, sendo esse tipo de resposta insuficiente frente às necessidades de saúde no século XXI.

Cecílio²⁰, ao analisar a lógica da organização piramidal dos sistemas de saúde, questiona:

[...] a ideia de um “topo”, expressão topográfica de uma certa “hierarquia tecnológica” que teria o hospital no seu vértice [frente à] necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. (p. 469)

Ao focalizar o cuidado à saúde nas sociedades ocidentais contemporâneas, Camargo¹⁸ também discute a crescente divisão do trabalho que, associada à ação de interesses econômicos e dos aspectos simbólicos presentes nas racionalidades profissionais, também contribui para a desarticulação dos profissionais e da atenção à saúde das pessoas.

Finalmente, em relação à qualidade inconstante e aos custos crescentes da atenção à saúde, Scally e Donaldson²² apontam que a organização fragmentada dos serviços resulta em baixa satisfação e confiança por parte de seus usuários em decorrência do crescimento de eventos adversos e da perda da dimensão humana no cuidado à saúde.

Frente aos desafios elencados, este artigo analisa em que medida um conjunto de iniciativas educacionais ancoradas em currículos integrados e metodologias ativas favorece uma abordagem interdisciplinar e práticas colaborativas em equipes multiprofissionais.

Percurso metodológico

A partir da demanda de gestores do SUS, foram construídas iniciativas educacionais de pós-graduação para profissionais inseridos em redes de atenção à saúde²⁶⁻³⁶. No formato de cursos de especialização e de aperfeiçoamento, essas iniciativas foram desenvolvidas nas cinco regiões geográficas do país para aproximadamente 34.000 profissionais de saúde do SUS entre 2009 a 2017. Esses cursos foram ações do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS, sendo elaborados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Hospital Sírio-Libanês³³.

Das 55 iniciativas realizadas, 33 foram no formato de especialização *lato sensu* (360 horas), 21 de aperfeiçoamento (180 horas) e uma de atualização (menos de 180 horas)³³. A proposta educacional e o currículo dessas iniciativas foram obtidos em documentos de caráter público, no formato de manuais que descrevem o projeto pedagógico, contemplando o perfil de competência, os conteúdos e as estratégias educacionais utilizadas²⁶⁻³⁶.

Em função da maior carga horária, do potencial de aprofundamento teórico-prático e do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, as especializações foram intencionalmente selecionadas, sendo priorizadas as 11 realizadas em 2017. Esse critério de inclusão assentou-se na ideia de que as últimas edições dos cursos expressariam a experiência acumulada no período estudado.

Os cursos da amostra focalizaram como temáticas inovações tecnológicas nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde, envolvendo profissionais da atenção básica e especializada, predominantemente das carreiras de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia (Tabela 1).

As atividades educacionais da amostra foram realizadas em grupos multiprofissionais com sete a dez participantes, respeitando a maior diversidade possível de profissões. A orientação, organização e o uso de metodologias de ensino-aprendizagem seguiram uma estrutura e desenvolvimento semelhantes para todos os cursos, tanto nos aspectos didático-pedagógicos quanto na gestão acadêmica²⁶⁻³⁶.

Tabela 1. Temáticas e número de profissionais envolvidos nos cursos da amostra

Nome do curso de especialização	Nº de profissionais
Atenção ao Paciente Crítico ²⁶	100
Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde ²⁷	960
Gestão da Vigilância Sanitária ²⁸	520
Gestão de Emergências em Saúde Pública ²⁹	440
Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências ³⁰	500
Preceptoria de Residência Médica no SUS ³¹	2000
Preceptoria no SUS ³²	1020
Processos Educacionais na Saúde ³³	451
Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente ³⁴	1000
Regulação em Saúde no SUS ³⁵	860
Vigilância em Saúde ³⁶	1060
Total	8.911

Fonte: Adaptado dos cadernos dos cursos²⁶⁻³⁶.

A análise dos dados, focalizando as estratégias e métodos de ensino-aprendizagem que traduzissem uma abordagem interdisciplinar e interprofissional, foi apoiada por duas abordagens metodológicas. A primeira responde à perspectiva do médico polonês Fleck³⁷, que estabeleceu um ferramental epistemológico para acessar a complexidade da produção de conhecimentos na sociedade. Assim, foram utilizados os conceitos de coletivo de pensamento e de estilo de pensamento, que compõem a teoria comparada do conhecimento fleckiana^{38,39} no sentido de fundamentar a produção e circulação de saberes.

De acordo com Fleck³⁷, “o processo de conhecimento representa a atividade humana que mais depende das condições sociais, [sendo] o conhecimento [um] produto social por excelência” (p. 85). Esse autor conceituou como coletivo de pensamento “uma comunidade de pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos” (p. 82). Em relação ao modo como coletivo e estilo de pensamento se relacionam, Condé³⁸ destaca que: “[...] diferentes grupos, em diferentes períodos históricos [como] coletivos de pensamento, constroem seus estilos de pensamento ou conhecimento a partir de suas atividades sociais e suas interações com a natureza” (p. 7).

Cabe aqui apontarmos que o estilo de pensamento “não é uma característica opcional que pode ser voluntariamente, conscientemente escolhida, mas antes uma imposição feita pelo processo de socialização representado pela inclusão em um coletivo de pensamento”¹⁸ (p. 1164). Entretanto, de acordo com a abordagem fleckiana, as mudanças na produção de saberes e práticas ocorrem de forma evolucionária quando premissas presentes em determinados estilos de pensamento são questionadas por outros estilos, originando, assim, elementos explicativos que, no decorrer da história das sociedades, podem ser conservados ou modificados.

No sentido de analisarmos as interações entre coletivos de pensamento, associamos a abordagem dialógica à perspectiva fleckiana.

A dialogia^{23,39} valoriza as relações estabelecidas entre diferentes pontos de vista na construção de um metaponto²³ de vista, como resultante da interação entre pessoas e destas com o mundo. Ao pensarmos e compreendermos o mundo, dialogicamente, conseguimos identificar diferentes coletivos de pensamento como elementos intrínsecos de uma unidade ou de uma organização. As ambiguidades e dualidades entre diferentes coletivos sempre existirão e o movimento e a vida resultam da tensão produzida para conservar ou transformar os padrões de um sistema^{23,39}.

Assim, a abordagem dialógica desloca o sentido da contradição entre lógicas para o diálogo entre diferenças. Na abordagem dialógica não ocorre a submissão de um elemento em relação ao outro ou de uma lógica em relação à outra. A articulação entre diferentes pontos de vista ou

coletivos de pensamento expressa a relação recursiva e complementar entre, por exemplo, disciplina-interdisciplinaridade, educação-trabalho e profissional A-profissional B²³.

Os resultados da análise documental realizada estão apresentados segundo a estrutura, orientação e organização curriculares, e as estratégias e métodos educacionais identificados.

A estrutura curricular

A estrutura curricular utilizada nos cursos analisados foi ancorada na concepção de currículos integrados⁴⁰ que contempla a articulação entre teoria-prática, educação-trabalho e disciplinas. Nos currículos integrados, a articulação teoria-prática implica uma interconexão a tal ponto que essas duas dimensões passam a ser mutuamente transformadas por meio das interações e diálogos estabelecidos⁴⁰. Nos currículos analisados, a articulação entre saberes disciplinares, processos, práticas profissionais, ensino, aprendizagem e trabalho foi expressa por meio de uma matriz curricular, ao invés de uma grade de disciplinas justapostas.

Embora nos cadernos analisados essa matriz curricular tenha sido apresentada segundo dois eixos, a análise documental confirmou a existência de quatro elementos curriculares. Esses quatro elementos foram igualmente apontados em formulação teórica publicada por parte dos autores dos cursos analisados⁴¹. Desse modo, foram identificados dois eixos chamados "orientadores" e outros dois denominados "organizadores" (Figura 1).



Figura 1. Representação esquemática dos elementos orientadores e organizadores da matriz curricular, adaptado dos cadernos dos cursos²⁶⁻³⁶

A orientação curricular: eixos orientadores

Os eixos orientadores definidos pelo perfil de competência profissional e pelos macroproblemas da prática profissional foram utilizados para a seleção de conteúdos, assim como para a combinação de estratégias, métodos, atividades e processos avaliativos. Ainda segundo informações encontradas nos cadernos dos cursos analisados, os perfis de competência foram construídos à luz da concepção holística e da abordagem dialógica de competência²⁶⁻³⁶.

A concepção holística articula os elementos constitutivos da competência: capacidades, ações, contexto e critérios de excelência⁴² e associada à abordagem dialógica orientam a construção dos perfis pela investigação das práticas de profissionais considerados competentes por distintos atores sociais relacionados a uma dada profissão⁴³.

Os perfis foram sistematizados em áreas de competência e essas, por sua vez, caracterizadas por ações que legitimam socialmente o exercício profissional. As ações que compõem as áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde foram conformadas por uma combinação de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras. As capacidades e os critérios de excelência foram ancorados nos saberes e práticas que fundamentam o exercício profissional²⁶⁻³⁶.

De modo articulado aos perfis de competência, a ocorrência e a prevalência de eventos relacionados aos processos saúde-doença e de cuidado também foram considerados na seleção de conteúdos, estratégias e métodos de ensino-aprendizagem. Esses eventos foram agrupados segundo macroproblemas ou desafios profissionais a serem enfrentados no contexto do SUS²⁶⁻³⁶.

A organização curricular: eixos organizadores

Os eixos organizadores das iniciativas educacionais analisadas foram estruturados em unidades curriculares denominadas "simulação de prática profissional" e "prática profissional em cenários reais"²⁶⁻³⁶.

Esse tipo de organização curricular expressa uma estrutura interdisciplinar, uma vez que as atividades educacionais são desenvolvidas a partir de problemas apresentados de modo simulado ou como relatos de vivência reais da prática.

No eixo organizador "simulação da prática", as situações-problema utilizadas, embora baseadas em eventos reais, foram construídas pelos autores dos cursos investigados considerando o perfil de competência e os macroproblemas do campo profissional. As situações processadas pelos grupos multiprofissionais incluíram problemas ou desafios apresentados em formato escrito ou por meio de simulações com atores, manequins ou entre pares, além de desempenhos filmados. Esse conjunto de disparadores foi contextualizado em um município fictício chamado Polis⁴⁴.

No eixo organizador "prática profissional em cenários reais", os problemas e desafios profissionais vivenciados pelos especializandos no contexto do SUS foram processados pelos grupos multiprofissionais por meio de narrativas reflexivas. As narrativas, segundo termo de referência presente nos cadernos dos cursos, são relatos escritos pelos especializandos sobre uma vivência profissional que, independentemente do desfecho, foi desafiadora e mobilizou reflexões²⁶⁻³⁶. Ainda nesse eixo, o processo de trabalho de equipes multiprofissionais foi problematizado no sentido da identificação de desafios e construção de planos de intervenção voltados à transformação das práticas no SUS.

As estratégias e métodos de ensino-aprendizagem

As principais estratégias de ensino-aprendizagem identificadas nos cursos analisados foram (i) o processamento de problemas para articular conteúdos disciplinares; (ii) a integração entre problemas simulados e reais; e (iii) a construção de projetos de intervenção por grupos ou equipes multiprofissionais.

Em relação ao processamento de problemas, Bransford et al.⁴⁵ apontam que, diferentemente da abordagem de temas abstratos, os problemas contextualizados favorecem a construção de significados.

Ao articular contextualização com o desenvolvimento do pensamento complexo, Morin²³ destaca a insuficiência do pensamento linear, que apresenta uma visão simplificadora e unidimensional de causalidade dos fenômenos por abstrair o sujeito de seu contexto e desconsiderar os valores e as relações que singularizam as situações.

A utilização de problemas da prática como disparadores do processo ensino-aprendizagem tensiona a lógica da antecedência da teoria em relação à prática e mesmo de subordinação desta à teoria.

A reversão na relação teoria-prática exige uma revisão mais profunda das concepções que temos sobre “prática”. Essa reflexão se situa em uma fértil linha de discussões teóricas que colocam a aprendizagem no trabalho no centro das discussões.

Reich e Hager⁴⁶ apontam quatro dimensões relevantes para ampliarmos nossa concepção de “prática”. A primeira dimensão relaciona-se à racionalidade técnico-científica; a segunda, à sociomaterialidade das práticas; a terceira, à articulação corpo-mente; e a quarta, a uma perspectiva relacional. No tocante à primeira dimensão, esses autores definem que prática é mais do que um locus para aplicação da teoria, sendo considerada um “processo coletivo, contextualizado, que combina conhecer, trabalhar, organizar, aprender e inovar”⁴⁶ (p. 114). A segunda dimensão representa a materialidade dos objetos e artefatos socialmente construídos e que estão inextricavelmente associados às práticas. A terceira rompe com a “dicotomia mente-corpo, uma vez que consideram que a prática é ‘in-corpo-rada’, na medida em que trabalhamos com nossos corpos”⁴⁶ (p. 114). E, por último, a dimensão relacional envolve diferentes interações entre sujeitos e entre estes e objetos.

Para exemplificar, Reich e Hager⁴⁶ trazem resultados de suas pesquisas com músicos de orquestras, destacando as relações entre os profissionais e grupos de instrumentos e entre o som produzido, a acústica e o tipo de plateia. A imagem dos músicos e de suas diversas *expertises* no domínio dos instrumentos pode ser associada tanto com a construção de saberes e práticas pelos grupos multiprofissionais nos cursos analisados quanto com as interações produzidas por equipes de saúde no contexto do SUS. No tocante aos métodos utilizados para a exploração dos problemas – simulados ou reais –, foram empregadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, desenvolvidas em pequenos grupos multiprofissionais. Esses grupos foram formados pela maior diversidade profissional dos participantes e acompanhados por um docente no papel de facilitador das interações produzidas²⁶⁻³⁶.

As metodologias ativas utilizadas foram a aprendizagem baseada em problemas⁴⁷, a problematização^{48,49} e a aprendizagem baseada em equipes⁵⁰. Como características comuns, essas metodologias requerem que os estudantes tenham uma participação ativa no processo ensino-aprendizagem, fixando objetivos educacionais, planejando e construindo projetos de intervenção. Os professores passam a ser responsáveis por apoiar a ampliação de capacidades para compreender e transformar a realidade⁴⁵.

Ao estimular o engajamento dos participantes no processo de aprendizagem, promover a identificação de capacidades prévias, contemplar diferentes explicações sobre os problemas processados e apoiar a busca por melhores evidências para ampliar sua capacidade explicativa, as metodologias ativas favorecem a identificação de conexões e pontes entre os eixos simulado e prática real e entre as perspectivas das diversas profissões, propiciando a construção de novos saberes e práticas⁴⁷⁻⁵⁰.

Ainda que a aprendizagem seja necessariamente individual e singular para cada sujeito envolvido, a natureza coletiva e multiprofissional do processo de construção de saberes impõe o reconhecimento da interação entre diferentes coletivos e estilos de pensamento.

No tocante às interações produzidas no encontro entre profissionais e destes com as pessoas sob cuidado, Feuerwerker⁵¹ destaca a presença dos processos de subjetivação que são acoplados às racionalidades particulares de cada carreira. Segundo a autora, nesses encontros são mobilizados saberes, intencionalidades, valores e concepções, para além do domínio de conhecimentos e técnicas que fundamentam o exercício de cada profissão.

Assim, ao explorarmos os problemas do mundo do trabalho e as práticas profissionais como disparadoras dos processos de aprendizagem, favorecemos que sejam explicitadas as racionalidades que as explicam, assim como os estilos de pensamento construídos a partir dos diferentes coletivos de pensamento.

Segundo a abordagem fleckiana, cada coletivo de pensamento, definido por uma unidade social da comunidade de especialistas, estabelece os pressupostos sobre os quais devem ser produzidos saberes e práticas relativas à respectiva disciplina ou profissão. Mesmo as produções científicas dos especialistas são atravessadas por acoplamentos complexos de saberes que envolvem as duas áreas ou círculos representados na abordagem fleckiana³⁷. Os círculos mais internos compreendem aqueles profissionais que produzem os conhecimentos científicos e são considerados as principais autoridades epistemológicas em um determinado campo do conhecimento, e o mais externo é formado por “leigos esclarecidos” que

divulgam as informações desse campo em mídias populares (Figura 2). Os especializandos dos cursos analisados podem ser considerados como generalistas, pertencentes ao círculo esotérico.

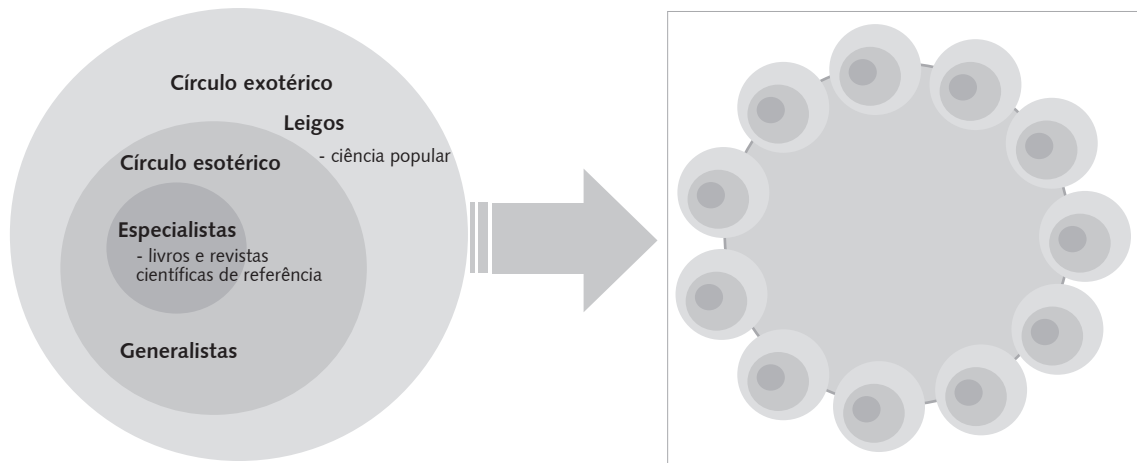


Figura 2. Coletivo de pensamento³⁷ adaptado de Camargo¹⁸ e interação de distintos coletivos em grupo multiprofissional

Para Fleck³⁷, os saberes e práticas produzidos nos círculos esotérico e exotérico são reciprocamente influenciados, sendo construídos nas interações sociais determinadas pela história das sociedades, inclusive na própria produção dos fatos científicos.

Camargo¹⁸ explora a construção do estilo de pensamento biomédico segundo a abordagem fleckiana, apontando que essa racionalidade, embora com especificidades, está presente no coletivo de pensamento de várias profissões da saúde. A criação de um estilo de pensamento interprofissional requer, necessariamente, a ampliação da racionalidade biomédica.

Conquistas e novos desafios na educação interprofissional

Como conquista, o processamento de problemas da prática profissional, simulados ou reais, segundo metodologias ativas e por grupos multiprofissionais, tende a favorecer as abordagens interdisciplinar e interprofissional por meio da interação entre coletivos de pensamento e do diálogo entre distintas racionalidades, oportunizando a construção de um estilo de pensamento baseado em práticas colaborativas.

Nesse sentido, D'amour et al.⁵² conferem relevância ao processo de socialização de valores, crenças e atitudes socialmente construídos pelas diferentes profissões e que desempenha um papel crítico na construção de capacidades para uma colaboração efetiva entre profissionais. Rossit et al.⁵³ confirmam essa ideia por meio de um estudo com egressos de cursos com abordagem multiprofissional, destacando que o reconhecimento da singularidade de diferentes profissões reforça a própria identidade profissional no trabalho colaborativo.

Por sua vez, a organização de atividades educacionais voltadas à construção colaborativa de projetos de intervenção por equipes multiprofissionais promove o engajamento dos profissionais e a produção de melhores práticas de cuidado. Nesse sentido, embora Zwarenstein et al.⁵⁴ mostrem haver evidência suficiente de que as práticas colaborativas impactam positivamente no cuidado a grupos específicos, D'amour et al.⁵² chamam a atenção para a falta de evidências que permitam correlacionar iniciativas educacionais multiprofissionais com a melhoria de resultados do sistema, sem que haja o enfrentamento concomitante de outros determinantes da organização do sistema de saúde.

No tocante à opinião dos profissionais sobre a prática colaborativa, estudo de Casanova et al.⁵⁵ que investiga a percepção de residentes de 13 programas multiprofissionais aponta satisfação desses ainda estudantes com o trabalho em equipe e reforça a pertinência dessa estratégia ao encontrar como ênfases a responsabilização da equipe frente aos casos clínicos e planos de cuidado, à centralidade nas necessidades do paciente e à articulação ensino-serviço. Por outro lado, a investigação de Matuda et al.⁵⁶ sobre a percepção de profissionais que atuam na saúde da família acerca do trabalho colaborativo revela tensões decorrentes de contraposições entre práticas centradas em procedimentos e aquelas orientadas às necessidades dos usuários, apontando disputas entre estilos de pensamento e modelos de organização dos serviços de saúde.

Finalmente, mas não menos importante, a estratégia de estabelecer pontes entre ensino-trabalho e entre simulação-realidade representa um desafio na educação interprofissional pela inovação tecnológica frente aos currículos tradicionais. Na Saúde, essa articulação requer a inserção da educação no contexto do SUS, visando à produção de práticas colaborativas que promovam um estilo de pensamento interprofissional. Segundo Davini⁵⁷, a incorporação do ensino e da aprendizagem ao cotidiano das organizações:

[...] modifica substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; envolve a equipe ou o grupo de trabalho num processo interativo que visa à troca de experiências multiprofissionais e perspectivas interdisciplinares; amplia os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes, associações e na comunidade. (p. 44)

Considerações finais

A imagem de um quadrilátero proposta por Ceccim e Feuerwerker¹⁹ para apresentar a imbricada articulação entre as práticas de educação, gestão, atenção à saúde e controle social traduz a complexidade dos desafios para a formação e o cuidado em saúde segundo uma abordagem interdisciplinar e interprofissional.

A criação de um estilo de pensamento interdisciplinar e interprofissional na Saúde somente será consolidada se ampliarmos, disseminarmos e potencializarmos experiências educacionais e de trabalho que produzam interações entre diferentes coletivos de pensamento e investigarmos o impacto dessas ações. Considerando esse contexto, as estratégias empregadas nas iniciativas educacionais analisadas mostram-se alternativas coerentes com esse objetivo porque favorecerem relações solidárias e colaborativas, que implicam na inclusão, na aceitação e no respeito, potencializando a produção de novos significados sobre o cuidado à saúde, de modo orientado às necessidades de saúde e pautado na interprofissionalidade.

Ao tecermos relações cooperativas e colaborativas na diversidade, abrimo-nos para o reconhecimento dos distintos coletivos de pensamento e para investigarmos e problematizarmos as racionalidades e valores presentes em nossos discursos e práticas. A compreensão de que os estilos de pensamento são socialmente construídos amplia a possibilidade de nos tornarmos mais conscientes do nosso papel nessa construção e de, potencialmente, redefinirmos nossas práticas na atenção à saúde.

Contribuições dos autores

Valéria Vernaschi Lima e Eliana Claudia de Otero Ribeiro contribuíram em todas as etapas da elaboração do manuscrito. Roberto de Queiroz Padilha e Carlos Alberto Mourthé Júnior contribuíram no delineamento metodológico, na discussão de resultados, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Hospital Sírio-Libanês pelo investimento em projetos de apoio ao desenvolvimento do SUS voltados à capacitação de profissionais de saúde.

Referências

1. Campos GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
2. Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar [Internet]. Campinas: Unicamp; 2003 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf
3. Franco TB, Magalhães H Jr. A integralidade e as linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):9-12.
5. Vygotsky LS. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
6. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. 22a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
7. Rego TC. *Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
8. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
9. Fazenda ICA. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papyrus; 1995.
10. Silva DJ. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental [Internet]. São José dos Campos: INPE; 1999 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: <http://www.gthidro.ufsc.br/arquivos/transdisciplinaridade.pdf>
11. Jantsch AP. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 113-44.
12. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
13. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement [Internet]. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: <https://www.caip.e.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>.
14. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 3(3):1-48.
15. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
16. Barreto ICHC, Loiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Arruda CAM, et al. O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo do caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza (Ceará, Brasil). *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):199-211.

17. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
18. Camargo KR Jr. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(4):1163-74.
19. 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.
20. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3):469-78.
21. Mendes EV. As redes de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
22. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998; 317(7150):61-5.
23. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Nascimento EP, organizadores. *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
24. Maturana H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
25. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira N Jr, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1):983-95.
26. Coelho IB, Lima VV, Ribeiro ECO, Massaro A, Massaro IC, Arruda F, et al. *Especialização em Atenção ao Paciente Crítico* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016 [citado 29 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324831937_Especializacao_em_Atencao_ao_Paciente_Critico_Caderno_do_Curso_Projetos_de_Apoio_ao_SUS
27. Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC, Oliveira MS, Padilha RQ, Silva SF, et al. *Gestão da clínica nas regiões de saúde* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580554_Gestao_da_Clinica_nas_Regioes_de_Saude
28. Ramos L, Lima VV, Padilha RQ, Pereira SMSF, Costa EA. *Gestão da Vigilância Sanitária* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580720_Gestao_da_Vigilancia_Sanitaria
29. Massaro A, Lima VV, Oliveira MS, Petta HL, Padilha RQ. *Gestão de emergência sem Saúde Pública* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580560_Gestao_de_Emergencias_em_Saude_Publica
30. Silva SF, Lima VV, Pereira SMSF, Padilha RQ, Barreto JOM. *Gestão de políticas de saúde informadas por evidências* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580524_Gestao_de_Politicas_de_Saude_Informadas_por_Evidencias_-_ESPIE_2017
31. Lima VV, Oliveira MS, Petta HL, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Padilha RQ. *Preceptoria na residência médica* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580644_Preceptoria_de_Residencia_Medica_no_SUS
32. Oliveira MS, Lima VV, Petta HL, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Padilha RQ. *Preceptoria no SUS* [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580827_Preceptoria_no_SUS

33. Lima VV, Pereira SMSF, Oliveira JM, Ribeiro ECO, Petta HL, Oliveira MS, et al. Processos educacionais na saúde [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324686349_Processos_Educacionais_na_Saude_Especializacao_com_Enfase_em_Tecnologias_Educacionais_Construtivistas
34. Schiesari LMC, Soeiro E, Petrolino HMBS, Siqueira ILCP, Silva SC, Borrasca VL, et al. Qualidade e segurança no cuidado ao paciente [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580662_Qualidade_e_Seguranca_no_Cuidado_ao_Paciente
35. Silva SF, Lima VV, Soeiro E, Pereira SMSF, Padilha RQ, Massaro A, et al. Regulação em saúde no SUS [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580744_Regulacao_em_Saude_no_SUS
36. Oliveira MS, Lima VV, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Duarte E, Veras MASM, et al. Vigilância em saúde [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580306_Vigilancia_em_Saude
37. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
38. Condé MLL. Ludwick Fleck: estilos de pensamento na ciência. Belo Horizonte: Editora Fino Traço; 2012.
39. Morin E. O método 3: conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina; 2008.
40. Sacristán JG, Gómez AIP. Compreender e transformar o ensino. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
41. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ. Estrutura curricular na formação de profissionais de saúde. In: Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 47-55.
42. Ribeiro ECO, Lima VV, Padilha RQ. Formação orientada por competência. In: Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 25-36. (Série processos educacionais na saúde).
43. Lima VV, Ribeiro EC, Padilha RQ, Gomes R. Processo de construção de perfil de competência de profissionais [Internet]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014 [citado 22 Abr 2018]. (Nota Técnica 1). Disponível em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/nota-tecnicacompetencia-profissionais.pdf>
44. Padilha RQ, Silva SF, Oliveira MS, Lima VV, Pereira SMSF, Caleman G, et al. Município Polis: caderno do cenário simulado [Internet]. 2016. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde; 2016 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322554139_Municipio_POLIS_caderno_de_cenario_simulado_2017
45. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, organizadores. How people learn. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
46. Reich A, Hager AP. Problematizing practice, learning and change: practice-theory perspectives on professional learning. *J Workplace Learn.* 2014; 26(6/7):418-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/JWL-02-2014-0016> 47.
47. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):421-34.
48. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 22a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.

49. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012.
50. Michaelsen LK, Arletta BK, Dee Fink L. Team-based learning: a transformative use of small groups. Sterling, VA: Stylus Publishing; 2004.
51. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
52. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 21(8):188.
53. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SHSS, Batista NA. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Forthcoming 2018 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1414-3283-icse-1807-576220170184.pdf>
54. Zwarenstein MI, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative internships. *J Interprof Care.* 2005; 19(1):148-65.
55. Casanova IA, Batista NB, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)*. Forthcoming 2018 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1807-5762-icse-1807-576220170186.pdf>
56. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(8):2511-21.
57. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 39-58

Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé Júnior CA. Desafios en la educación de profesionales de salud: un abordaje interdisciplinario e interprofesional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1549-62.

Este artículo presenta y discute las bases teórico-conceptuales de una combinación de estrategias y métodos utilizados en la educación de profesionales de la salud en el contexto del Sistema Único de Salud brasileño, con énfasis en los abordajes interdisciplinario e interprofesional. Las reflexiones producidas tuvieron como base 11 iniciativas de educación de post-grado realizadas entre 2009 y 2017. Se realizó el análisis documental del proyecto pedagógico de los cursos de especialización intencionalmente seleccionados, considerando los conceptos de interdisciplinariedad e interprofesionalidad. Los referenciales metodológicos de la fleckiana y dialógica posibilitaron el análisis y la discusión de las estrategias y métodos identificados. La superación de la yuxtaposición tanto de enfoques disciplinarios como de perspectivas de diferentes profesiones requiere la divulgación de experiencias educativas y de trabajo que hagan posibles las interacciones entre diferentes colectivos de pensamiento de tal forma que posibiliten la emergencia de un estilo de pensamiento interprofesional y prácticas colaborativas.

Palabras clave: Sistema de salud. Educación. Prácticas interdisciplinarias. Profesionales de salud. Equipo multiprofesional.

Submetido em 29/10/17. Aprovado em 16/08/18.

Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde:

a potência para educação interprofissional na graduação

Luciane Ines Ely^(a)Ramona Fernanda Ceriotti Toassi^(b)

Ely LI, Toassi RFC. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1563-75.

This paper presents the results of a qualitative research (case study) that aimed to understand the meanings of a multiprofessional experience in an integrative teaching activity of a public university in the South of Brazil, analyzing its potential for interprofessional education. The activity takes place in Primary Care services and data were produced by means of individual semi-structured interviews with graduates, students and a university manager, a focus group with teachers, and participant observation with records on a field diary. The data were interpreted by thematic content analysis. Integration and interaction among students, teachers and health professionals promoted learning related to collaborative competencies, characteristic of interprofessional education. Institutional, physical and pedagogical challenges for sharing experiences among professions were highlighted, as well as the need to expand interprofessional education initiatives in undergraduate health curricula.

Keywords: Interprofessional relations. Higher education. Teaching-Care Integration Services. Brazilian National Health System.

Este artigo apresenta os resultados de pesquisa de abordagem qualitativa (estudo de caso) que se propôs a compreender os significados da vivência multiprofissional na atividade de ensino integradora de uma universidade pública do sul do Brasil, que acontece em serviços da Atenção Primária à Saúde, analisando seu potencial para a educação interprofissional (EIP). A produção de dados foi constituída por entrevistas individuais semiestruturadas com egressos, estudantes e gestor universitário, grupo focal com professores e observação participante com registros em diário de campo. Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo. A inte(g)ração entre estudantes, professores e profissionais da Saúde promoveu aprendizagens relacionadas às competências colaborativas, características da EIP. Desafios institucionais, físicos e pedagógicos para o compartilhamento das vivências entre profissões foram destacados, havendo necessidade da ampliação de iniciativas de EIP nos currículos da graduação em Saúde.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Educação superior. Serviços de integração docente-assistencial. Sistema Único de Saúde.

^(a) Divisão de Qualificação e Aperfeiçoamento, Escola de Desenvolvimento de Servidores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Av. Paulo Gama, 110, Bairro Farroupilha. Porto Alegre, RS, Brasil. 90040-060. luciane.ely@progesp.ufrgs.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. ramona.fernanda@ufrgs.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a integralidade da atenção à saúde como um dos seus princípios ordenadores¹. A concretização desse princípio, em um contexto de complexidade crescente das necessidades de saúde das pessoas e da população, requer um profissional preparado para atuar na realidade do trabalho em equipe caracterizado pela prática colaborativa entre as profissões²⁻⁵.

Políticas públicas de educação^{6,7} e saúde⁸, aliadas a programas indutores de mudanças na formação⁹⁻¹¹, vêm impulsionando transformações curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, reforçando a necessidade do trabalho em equipe, tanto no processo de formação dos futuros profissionais quanto nas práticas de trabalho no sistema de saúde.

Uma estratégia que tem ganhado reconhecimento da comunidade científica como um dos caminhos para aprimorar o cuidado em saúde por meio da formação de um profissional com capacidade de trabalhar em equipe, de forma colaborativa, é EIP¹²⁻¹⁶, que “ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde”¹³ (p. 10).

Apesar desse contexto favorável e do destaque para iniciativas de EIP nos currículos da graduação em saúde no Brasil^{17,18}, passadas quase três décadas da implementação do SUS, grande parte dos currículos dos cursos de graduação em saúde no Brasil continua estruturado por disciplinas e de forma essencialmente uniprofissional. Prevalece, assim, a formação de saberes e fazeres específicos de cada categoria profissional, que pouco promove a interação entre estudantes de diferentes profissões. Como consequência, os profissionais da saúde têm dificuldades para trabalhar em equipe, reproduzindo um modelo de cuidado fragmentado, pouco resolutivo e que reforça o corporativismo e o isolamento profissional⁴.

Este estudo trata da educação de profissionais da saúde e tem como objetivo compreender os significados da vivência entre profissões na atividade de ensino integradora de uma universidade pública do sul do Brasil, que acontece em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), analisando seu potencial para a EIP.

O significado de uma atividade de ensino integradora

O desejo de implementar uma atividade de ensino integradora surge da construção coletiva de um grupo que procurou instaurar espaços inovadores aos modelos de formação vigentes nos cursos da saúde na universidade do estudo, participantes da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde). Criada em 2008, a CoorSaúde é um órgão colegiado vinculado à Pró-Reitoria de Graduação, formado pelas representações das Comissões de Graduação dos cursos da saúde e que tem como foco a articulação entre esses cursos, principalmente no que diz respeito à inserção dos estudantes nas redes de atenção à saúde do SUS¹⁹.

Nesse processo de implementação, resistências na forma de oferecimento de uma disciplina compartilhada entre diferentes Comissões de Graduação foram observadas, até pela estrutura organizativa da universidade. Enquanto proposta de integração “entre cursos” e “dos cursos com o serviço de saúde”, a atividade de ensino integradora estabeleceu-se no formato disciplinar como uma possibilidade de superar o atual modelo de formação organizado por núcleos de formação. Intenciona afrontar, micropoliticamente, as maneiras tradicionais de fabricar modos de estar no mundo, mesmo em instituições organizadas de forma mais tradicional²⁰ (Quadro 1).

A disciplina “Práticas Integradas em Saúde I” (PIS I) é oferecida desde 2012, como disciplina curricular eletiva ou adicional, aos estudantes de 15 cursos de graduação: Saúde Coletiva, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Políticas Públicas. Organiza-se em momentos de concentração que envolvem todo o grupo de estudantes, professores e profissionais da saúde; e momentos de tutoria com dois professores e oito estudantes em Unidades de Saúde da Família (USF)²¹.

Seus objetivos de aprendizagem buscam – a partir da convivência entre estudantes, professores e profissionais da saúde de distintas formações profissionais – conhecer e analisar o território adscrito a uma USF, compreendendo sua organização e o processo de trabalho da equipe que ali atua²¹. Seu método de aprendizagem envolve a observação e problematização²² por meio da educação tutorial²³. O corpo teórico inclui o estudo do território²⁴, interdisciplinaridade²⁵ e interprofissionalidade^{13,14,26}. A avaliação do estudante é processual, estabelecendo-se pela construção de um portfólio individual²⁷. O planejamento das atividades a serem desenvolvidas é pactuado, a cada início de semestre, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, por meio da participação dos professores em uma reunião de equipe. Os agentes comunitários de saúde são os profissionais que mais acompanham as atividades da disciplina no território, que consistem no reconhecimento das microáreas e dos equipamentos sociais existentes, visitas a serviços de saúde que integram a rede SUS e atividades de observação do trabalho cotidiano da equipe de saúde. Após cada atividade, o grupo se reúne e discute sobre o que foi vivenciado.

Quadro 1. Caracterização da disciplina integradora “Práticas Integradas em Saúde I”

Início	Cursos envolvidos	Caráter	Duração	Carga horária	Momento do currículo em que é ofertada	Vagas*	Campo de prática
2012	Biomedicina Ciências Biológicas Educação Física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Medicina Medicina Veterinária Nutrição Odontologia (diurno e noturno) Políticas Públicas Psicologia (diurno e noturno) Saúde Coletiva Serviço Social	Disciplina eletiva ou adicional aos currículos	Quatro meses (um semestre)	Quatro horas semanais	A critério de cada Comissão de Graduação dos cursos envolvidos, que estabeleceram pré-requisitos próprios	Quatro por curso	Unidades de Saúde da Família (USF)

* Para que as vagas sejam oferecidas a cada um dos cursos que compartilham a disciplina, é necessária a presença do professor indicado pelo seu curso.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizando-se como um estudo de caso²⁸, cujo cenário de investigação foi a atividade de ensino integradora dos cursos de graduação em saúde da UFRGS, intitulada “Práticas Integradas em Saúde I” (PIS I). A produção de dados envolveu a realização de entrevistas individuais semiestruturadas²⁹, um grupo focal³⁰, observação participante²⁹ e registros em diário de campo.

Participaram das entrevistas um gestor universitário, egressos e estudantes da graduação. Esses egressos e estudantes foram selecionados de modo intencional, considerando-se a diversidade dos cursos e o ano em que realizaram a disciplina. Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizado o critério da saturação teórica³¹ associado à densidade do material textual. As entrevistas individuais seguiram um roteiro, previamente testado, tendo duração média de quarenta minutos. Foram realizadas na própria universidade ou no espaço de trabalho dos egressos, em local silencioso e reservado, em dias e horários que não interferiram no andamento de suas rotinas de trabalho ou estudo. Os quadros 2 e 3 caracterizam o perfil dos egressos (n=9) e estudantes (n=18) entrevistados.

Quadro 2. Perfil dos egressos entrevistados

Curso	Idade	Sexo	Ano de realização da disciplina integradora	Conclusão da graduação
Psicologia	24	Feminino	2012	2015
Políticas Públicas	24	Feminino	2015	2015
Nutrição	32	Feminino	2014	2015
Biomedicina	25	Feminino	2013	2013
Serviço Social	25	Feminino	2012	2014
Saúde Coletiva	54	Feminino	2012	2014
Saúde Coletiva	42	Feminino	2012	2013
Enfermagem	32	Feminino	2015	2015
Odontologia	27	Masculino	2012	2013

Quadro 3. Perfil dos estudantes de graduação entrevistados

Curso	Idade (anos)	Sexo	Ano de realização da disciplina integradora
Nutrição	21	Feminino	2014
Serviço Social	23	Feminino	2014
Ciências Biológicas	20	Feminino	2015
Fonoaudiologia	23	Feminino	2014
Farmácia	25	Feminino	2015
Farmácia	27	Masculino	2013
Políticas Públicas	24	Feminino	2015
Saúde Coletiva	59	Feminino	2014
Educação Física	26	Masculino	2015
Psicologia	20	Feminino	2015
Fisioterapia	19	Feminino	2016
Fisioterapia	20	Feminino	2016
Fisioterapia	19	Feminino	2016
Medicina Veterinária	33	Feminino	2015
Políticas Públicas	23	Feminino	2012
Medicina	28	Masculino	2016
Medicina	25	Masculino	2015
Medicina	24	Masculino	2014

Já o grupo focal teve duração de duas horas e contou com a participação de 11 professores dos núcleos profissionais da Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Previamente à realização das entrevistas e do grupo focal, a pesquisadora acompanhou as atividades de concentração e tutoria da disciplina durante um período de quatro meses (encontros semanais de quatro horas).

Para preservar a identificação dos participantes da pesquisa, foi codificada uma ordem sequencial de EE1 a EE9 para as entrevistas com egressos e, para os estudantes de graduação, de E1 a E18.

O material gravado foi transcrito e devolvido aos participantes, oportunizando uma releitura das ideias apresentadas. O material escrito no diário de campo também foi analisado. A técnica da análise temática de conteúdo³² foi utilizada para a interpretação das informações, com o auxílio do *software* Visual Qualitative Data Analysis (ATLAS.ti). A fenomenologia, enquanto estudo da significação e das essências³³, foi a abordagem teórica utilizada, amparada pelo referencial teórico da inovação pedagógica³⁴, interdisciplinaridade^{25,35}, educação interprofissional^{13,14,36} e competências colaborativas para o trabalho em equipe³⁷⁻³⁹.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS (Parecer nº 1.403.420) e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Parecer nº 1.527.102).

Resultados e discussão

Duas categorias emergiram a partir da análise do material empírico coletado: “A integração nos currículos da saúde: um caminho entre pessoas, saberes e profissões”; e “Desafios e perspectivas da educação interprofissional na graduação em saúde: dimensões institucionais e físicas, culturais e pedagógicas”.

A integração nos currículos da saúde: um caminho entre pessoas, saberes e profissões

O paradigma do modelo curricular hegemonicamente uniprofissional e disciplinar, além da fragmentação do saber, contribui com concepções estereotipadas e o desconhecimento das responsabilidades e papéis dos demais profissionais da saúde, visto não promover a interação entre estudantes de outras profissões³⁹.

A crítica ao modelo de formação restrito a um único núcleo de saber ficou evidenciada nos relatos dos estudantes que tiveram a possibilidade de vivenciar a disciplina integradora, destacando a importância dos espaços de inte(g)ração durante o percurso formativo. Uma formação que não promove trocas e interações com outras áreas da saúde “forma profissionais que não sabem interagir com ninguém, não sabem compartilhar o trabalho” (E1 – Nutrição). Trata-se de uma ‘cegueira situacional’, “todos conversando com os seus próprios pares” (gestor universitário).-

A “PIS I” vem na contramão desse modelo, possibilitando movimentos entre pessoas, seus saberes e profissões que se mesclam e se sobrepõem, mas também se complementam. Essa “costura” de profissões revela que a vivência na disciplina integradora promove uma característica importante da EIP, que é conhecer o trabalho do outro. “Vivenciar a disciplina é como costurar uma colcha de retalhos, e cada retalho é uma profissão” (Registro da pesquisadora no Diário de Campo sobre o depoimento de um estudante).

Na UFRGS, a disciplina integradora representa a única oportunidade de uma vivência entre estudantes e professores de diferentes cursos durante a graduação.

Foi a primeira disciplina que eu tive contato com outros cursos. A gente trabalha com vários profissionais, mas durante a graduação a gente acaba isolado, então, é a Nutrição com a Nutrição, não tem contato com a Enfermagem, não tem contato com fono, não tem contato com odonto [...]. (E4 – Nutrição)

As limitações ao modelo de formação que não promove trocas são reconhecidas pelos egressos, estudantes e professores, que vislumbram na disciplina integradora a possibilidade da integração entre estudantes, professores e profissionais da saúde, e de compartilhamentos de espaços e aprendizagens, característicos da EIP.

A EIP tem como princípio que profissões que aprendem juntas saberão trabalhar melhor juntas, o que também melhora a qualidade dos serviços prestados⁴⁰. Sendo assim, é uma importante estratégia de qualificação dos estudantes para o trabalho em equipe, o que exige um modelo de organização da formação com amplas oportunidades de integração entre os cursos.

Embora a EIP seja desenvolvida e investigada há mais de três décadas nos EUA, no Canadá e em países da Europa¹², os debates sobre a temática são recentes no Brasil. O curso de Medicina foi o primeiro a revisar suas DCN inserindo o termo “interprofissionalidade”, mas sem definir seu conceito⁷.

Entre os egressos e estudantes entrevistados nesta pesquisa, não houve clareza entre o significado dos termos “interdisciplinaridade” e “interprofissionalidade”, que, em muitas situações, foram

utilizados como sinônimos. “Na disciplina a gente já ia com o grupo inter (disciplinar, profissional), multi, sei lá a definição, e daí já nos obrigava a conviver” (EE1 – Psicologia). Entre os professores, essa dúvida conceitual também se fez presente: “[...] não domino muito o conceito, o termo da interprofissionalidade. Eu escorrego direto pensando em interdisciplinaridade. Não sei se é a mesma coisa. Não é, né?” (Professores – Grupo Focal).

A EIP é definida como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional e a saúde e o bem-estar dos pacientes¹⁴. Também traz a oportunidade de o estudante compreender mais claramente o trabalho como parte da equipe de prática colaborativa, aumentando a eficiência dessas equipes ao reduzir a duplicidade de serviços¹³. Já na perspectiva interdisciplinar, há um estímulo à integração entre diferentes áreas do conhecimento, mas não necessariamente existe a colaboração entre diferentes profissões³⁵. A interdisciplinaridade pode ser um instrumento para a EIP, mas não é sinônimo³⁶. São complementares.

A representação que o entendimento sobre interprofissionalidade e interdisciplinaridade trazem a uma proposta de ensino compartilhada entre diferentes cursos está muito além de uma definição teórica de conceitos. Envolve uma intencionalidade nas escolhas das experiências de ensino-aprendizagem no cenário de prática e no próprio objetivo pretendido com a disciplina. Não se trata de enclausurar a ação pedagógica dentro de conceitos, mas sim compreender os conceitos para potencializar a ação pedagógica.

Os estudantes reforçam a importância de experiências curriculares que permitam maior interação entre os cursos, diálogo entre profissões, respeito à opinião do outro e trabalho em equipe, o que vai se refletir no mundo do trabalho e na forma de cuidado às pessoas.

[...] a oportunidade de tu ter contato com colegas, conseguir entender o ponto de vista do colega já na graduação vai propiciar que, depois de formado, no mercado de trabalho, tu vai trabalhar numa equipe multidisciplinar. Então se tu já conseguir desde cedo ter essa visão, esse entendimento de que a opinião do outro é importante, que o trabalho do outro é importante, isso vai te ajudar depois, futuramente, na hora do trabalhar. E isso com certeza vai refletir no serviço que tu presta ao paciente. (E6 – Farmácia)

O distanciamento da formação na graduação para o trabalho em equipe trará dificuldades tanto para a comunicação entre os diferentes profissionais da saúde quanto para a escuta e resolutividade dos problemas apresentados pelas pessoas no processo de cuidado em saúde.

Muitos de nós vão para os serviços de saúde, educação, assistência, segurança... sem a menor ideia de como trabalhar em equipe. Daí acontece todo o tipo de problema de ruídos na comunicação, porque cada profissional quer trabalhar de um jeito, achando que cada um sabe melhor o que fazer. E o paciente/usuário sai perdendo porque dificilmente alguém escuta para além do sintoma ou da dificuldade que for, e quando nós trabalhamos com pessoas, temos que ter a sensibilidade de escutar e construir em conjunto. (EE1 – Psicologia)

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo, configurando-se em mútua relação entre as intervenções técnicas e a interação de seus agentes⁴¹. Reverberam os elementos da colaboração, como respeito, confiança, tomada compartilhada de decisões e parcerias pelo compartilhamento de responsabilidades³⁷.

Aprendizagens específicas para o trabalho em equipe encontradas neste estudo dizem respeito a competências colaborativas, envolvendo comunicação, clareza dos papéis e competências das profissões, compreensão da relação de interdependência entre as profissões e atenção centrada no usuário³⁸.

A comunicação oportunizada pela convivência com estudantes de diferentes cursos constituiu-se, para egressos e estudantes, um exercício de respeitar e valorizar a opinião do outro e buscar opiniões de diferentes profissionais para a integralidade da atenção à saúde.

É um exercício de poder ouvir e valorizar o que o outro pensa, independente de concordar ou não. (EE8 – Enfermagem)

Talvez o aprendizado que tenha ficado é não se prender somente àquilo que a gente está vendo e tentar buscar mais opiniões, aceitar opiniões diferentes, ter esse olhar multidisciplinar, interdisciplinar, um olhar integrado, de atenção. (E12 – Fisioterapia)

Revisão sistemática sobre trabalho em equipe realizada por Nancarrow et al.⁴² apontou a comunicação, enquanto habilidade de discutir e resolver problemas em equipe, como um dos princípios para o trabalho em equipe. A comunicação deve envolver a escuta atenta, o clima de confiança entre os membros da equipe, a negociação, interação, debate e transparência^{12,37}. É o denominador comum do trabalho em equipe⁴³ na medida em que permite ações permeadas pela articulação da prática intra e interequipe¹⁸, o que reforça a importância de atividades que oportunizem a inte(g)ração das relações interdisciplinares e interprofissionais para o desenvolvimento dessa competência.

Uma atividade de ensino que estimule a escuta ao saber do outro^{44,45} e, portanto, seja marcada por momentos de diálogo entre profissões, é a base para o estabelecimento da colaboração. É também uma aposta para que, quando essas profissões estiverem trabalhando em equipe, possam melhorar a prática clínica nos serviços de saúde, que é um dos objetivos da educação interprofissional¹⁵.

Outro exemplo de competência colaborativa em saúde observado nesta pesquisa traduziu-se na importância da clareza dos papéis profissionais para que o trabalho em equipe se efetive. Os estudantes convivem e aprendem juntos atribuições de outras profissões, até então desconhecidas para eles.

A gente trocava muita experiência com relação às outras profissões. Eu não conhecia a Biomedicina, não tinha ideia do que estudavam, do que faziam. [...] O pessoal da Farmácia, como o farmacêutico interage, tudo o que ele faz. [...] A área da Nutrição, todo o contato que o nutricionista tinha com a unidade [...]. Esse contato foi muito enriquecedor, conversando com eles que eu conheci a realidade da saúde. (E7 – Saúde Coletiva)

Nessa vivência, há o reconhecimento de que uma profissão complementa a outra para o trabalho colaborativo em equipe, ou seja, existe uma interdependência entre as profissões.

Com certeza a disciplina me deu ferramentas para trabalhar numa equipe hoje [...] em especial a capacidade de compreender o papel de cada um dentro da equipe. São papéis diferentes, mas que se comunicam e se complementam. (EE8 – Enfermagem)

Os professores, da mesma forma, percebem na disciplina o “fazer” das diferentes profissões da saúde, permitindo a transformação/reconstrução dos saberes específicos de seu núcleo profissional.

[...] a gente não desconstrói, mas a gente transforma muito esse núcleo, e reconstrói, ou vê de um outro jeito. (Professores – Grupo Focal)

Entender a interdependência de cada profissão é fundamental para a educação e o trabalho interprofissional, facilitando a quebra de barreiras entre as profissões e o estabelecimento de práticas colaborativas e relações mais horizontalizadas nas equipes de saúde⁴.

A característica integradora da disciplina permite importantes aprendizagens sobre a perspectiva da atenção centrada no usuário/paciente/pessoa, outra competência colaborativa. O encontro com o usuário no local onde ele e sua família vivem e a compreensão desse contexto de vida permitem o deslocamento da identificação de necessidades na perspectiva do olhar do profissional para um entendimento de suas condições de saúde a partir de suas condições de vida.

Tu tem que entender a realidade do paciente pra poder fazer tua assistência [...], dar as orientações sobre como fazer os tratamentos, ou as coletas de exame, de acordo com a

realidade daquela pessoa, isso é fundamental para ele ter uma adesão ao tratamento. (E6 – Farmácia)

À medida que os profissionais centram seu processo de trabalho no usuário e em suas necessidades de saúde, atuam em um deslocamento de foco para além da sua atuação profissional, restringida ao âmbito da profissão e da especialidade, para uma prática compartilhada com profissionais de outras áreas⁴⁶.

Há, desse modo, uma potência na disciplina integradora para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo em saúde, marcado pela aprendizagem sobre e com outras profissões, centrado nas necessidades das pessoas em seu território, características da EIP.

Desafios e perspectivas da educação interprofissional na graduação em saúde: dimensões institucionais e físicas, culturais e pedagógicas

Um dos desafios para o desenvolvimento da EIP, encontrados neste estudo, refere-se ao contexto da instituição formadora. Uma atividade de integração entre cursos em meio a uma estrutura universitária amparada na organização departamental e em currículos essencialmente uniprofissionais vem permeada pelo receio do “novo”, do “diferente”, traduzido por resistências de áreas e profissões.

A PIS I desde o começo saiu como um projeto experimental atravessado por um conjunto de contradições: a contradição da fragmentação em departamentos, mas também por uma outra contradição, que é a universidade. Tem um certo receio da inovação, traduzido pela resistência de algumas questões que estão na ordem da vigência do interesse privado de algumas áreas de conhecimento, de algumas profissões no cotidiano. (Gestor universitário)

Um modelo de currículo organizado exclusivamente por núcleos de formação constitui-se uma barreira para a integração entre os cursos. Fragilidades curriculares são observadas quando se trata de adequar as competências às necessidades das pessoas, do trabalho em equipe e da educação interprofissional⁴. A formação estruturada de forma uniprofissional dificulta a inte(g)ração entre estudantes, prevalecendo a formação exclusiva de saberes e fazeres específicos de cada núcleo profissional, contribuindo com concepções estereotipadas e desconhecimento das responsabilidades e papéis dos demais profissionais da saúde^{12,13,39,40}.

Ainda que a disciplina integradora represente a única oportunidade de ensino curricular dos 15 cursos envolvidos, no qual os princípios da EIP podem ser discutidos e experienciados em cenários de prática do SUS, não apresenta caráter curricular obrigatório, oferecendo quatro vagas semestrais por curso. Sua abrangência, portanto, enquanto oferta formativa, é limitada à grande maioria de estudantes de graduação da saúde desta universidade. Para a efetividade de práticas integradoras entre os cursos da saúde, é imprescindível que sejam oferecidas atividades de ensino curriculares com essa proposta, o que é reconhecido nas narrativas de egressos e estudantes quando ressaltaram a importância da integração durante a formação para a consolidação de tais práticas integradoras, entendendo que a disciplina deveria ter caráter obrigatório: “Se o Governo Federal tem a ideia de ter uma prática integradora, é essencial que tenham integração na formação, então a PIS I teria que ser obrigatória” (E9 – Educação Física).

A literatura, da mesma forma, reforça que a EIP seja uma proposta que complemente a educação uniprofissional¹², sendo oferecida em caráter obrigatório. A EIP voluntária ou eletiva pode ficar subentendida como de menor importância, reduzindo o comprometimento dos estudantes¹³.

A estrutura curricular segmentada vem acompanhada de uma arquitetura dividida em *campus* com diferentes prédios para cada curso, dificultando a troca, a convivência e a integração. A disciplina integradora, nesse contexto, parece ter conseguido ultrapassar o limite geográfico dessas barreiras físicas.

É possível perceber, ainda, a necessidade de qualificar a estratégia pedagógica para a integração entre os cursos. Ao longo da disciplina, estudantes e egressos apontaram ausência de espaços formais para as trocas sobre o que estavam vivenciando nos territórios, o que ocasionalmente acabava acontecendo em espaços informais, como mostra o relato:

Na volta [da vivência no território], eu sentei no ônibus com uma colega das políticas públicas e conversamos sobre como tinha sido a territorialização, e ela me perguntou sobre o que tinha chamado mais atenção. A primeira coisa que pensei foi na reabilitação do senhor com AVC [acidente vascular cerebral] e o movimento que ele já estava conseguindo fazer com os braços, que ele não tinha antes, ou seja, com a autonomia que ele estava tendo. E ela disse “nossa, eu vi uma coisa totalmente diferente, como a situação deles na casa era precária, sem condições de acessibilidade para aquele senhor, ele teve que entrar na justiça para conseguir se aposentar, porque não queriam encostar ele!”. Foi uma visão totalmente diferente daquela que eu tive. (E13 – Fisioterapia)

Reunir estudantes de diversos cursos em uma vivência, por si só, não garante a inte(g)ração. Para que a inte(g)ração e a interprofissionalidade se efetivem, há que se pensar em estratégias pedagógicas que promovam discussão, reflexão e análise crítica sobre a atuação em saúde, para que as percepções enraizadas culturalmente sobre as profissões possam ser desconstruídas e novos modos de fazer saúde integral sejam consubstanciados.

Os professores, por sua vez, também enfatizaram a necessidade de espaços para reflexão e planejamento da disciplina, o que esbarra no desafio das atribuições institucionais de cada professor em seu curso de origem.

A reflexão crítica sobre o realizado é fundamental para melhorar a prática, a reflexão crítica “entre o fazer e o pensar sobre o fazer”⁴⁵ (p. 43). A importância do desenvolvimento do corpo docente, anunciada pelos professores da atividade de ensino integradora, é amplamente discutida nos referenciais da EIP, considerado necessário para o sucesso de uma iniciativa de EIP^{4,12,15,47}. A formação continuada e reflexiva sobre a prática pedagógica no coletivo é uma das condições para o sucesso da implantação de inovações curriculares^{34,48-50}.

Há necessidade de um forte e consistente apoio institucional, destacando-se uma equipe docente engajada que aposte e acredite na estratégia pedagógica da EIP; políticas institucionais e recursos para desenvolver e implementar a EIP; investimento em conhecimento sobre EIP e disseminação da proposta; tempo para planejamento; e boa comunicação entre os envolvidos²⁶.

A vivência entre as profissões apresenta inegáveis potencialidades, mas também descortina um conjunto de questões que desafiam a inte(g)ração entre os cursos, como o contexto da instituição formadora, a departamentalização e os currículos uniprofissionais, além dos aspectos pedagógicos da disciplina. Apesar de a PIS I ser uma atividade reconhecida pela comunidade acadêmica e pela gestão universitária, é preciso avançar. A disciplina não pode permanecer como a única possibilidade de atividade de ensino curricular pautada na inte(g)ração, nem mesmo considerando seu caráter não obrigatório. Há que se criar condições de flexibilização curricular, com iniciativas de EIP ou estabelecimento de currículos comuns^{16,47}.

Para além das políticas públicas e do apoio institucional, a consolidação das iniciativas de EIP envolve a articulação dos atores envolvidos com o processo formativo em saúde: profissionais da saúde e serviços; e professores e estudantes, ampliando os espaços de integração e aprendizagens entre diferentes núcleos profissionais.

Como limitação desta pesquisa, aponta-se a ausência da percepção dos profissionais das USF em relação à disciplina integradora. Por seu aspecto integrador, torna-se essencial o investimento em pesquisas de avaliação e acompanhamento dessa atividade junto com os serviços de saúde e com os estudantes que dela participam ao longo de sua trajetória acadêmica em seus diferentes cursos e, enquanto egressos, inseridos no mundo do trabalho.

Considerações finais

Experienciar uma atividade de ensino curricular integradora na graduação, em cenários de prática do SUS, promove compartilhamentos e estranhamentos a partir de diferentes percepções. Amplia a perspectiva do olhar do futuro profissional da saúde, criando novos espaços de reflexão e de construção de saberes, agrega aprendizagens à formação relativas ao conhecimento sobre as diferentes profissões da saúde e organização de um trabalho em equipe pautado na colaboração. Apresenta-se, assim, como uma potente estratégia para o desenvolvimento da EIP.

Considerando os desafios relacionados às práticas curriculares de EIP, é necessário oferecer oportunidades de qualificação do trabalho docente, bem como de espaços contínuos para debate e reflexão entre os diversos atores. Trabalhar com estudantes de diferentes cursos e promover articulações de aprendizagens uns com os outros apresentam-se como uma experiência nova e desafiadora aos professores. O desenvolvimento do corpo docente pode reduzir sentimentos de isolamento e balizar uma abordagem mais colaborativa, a fim de ampliar as oportunidades de compartilhamento de saberes e experiências.

O estudo mostrou a necessidade de ampliação de iniciativas de EIP na graduação, a fim de construir conhecimentos para além do núcleo profissional, aprimorando a formação para o trabalho em equipe.

Contribuições dos autores

As autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990; sec. 1, p. 18055.
2. Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
3. Ceccim R, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010; 376:1923-58.
5. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Truijien S, Meulemans H, Van Royen P. Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. BMC Med Education. 2015; 15:188.
6. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em odontologia. Diário Oficial da União. 4 Mar 2002; Sec. 1, p. 10.
7. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014, de 20 de Junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação (BR). Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Edital nº 13, de 28 de Setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/GRADUASUS – 2016/2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Barr H. Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review. London: Higher education academy, health sciences and practice network; 2005.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: WHO; 2010.
14. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 28(3):CD002213.
15. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies S, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Med Teach.* 2016; 38(7):656-68.
16. Silva J, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49 Esp 2:16-24.
17. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS.* 2012; 2:25-8.
18. Silva R, Scapin L, Batista N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas).* 2011; 16(1):165-84.
19. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Saúde [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2015 [citado 13 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/coorsaude/coorsaude-1/historico>.
20. Feuerwerker L, Capazzolo A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-58.
21. Toassi RFC, Lewgoy AMB. Práticas integradas em saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(57):449-61.
22. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface (Botucatu).* 1998; 2(2):139-54.
23. Veiga Simão AM, Flores MA, Fernandes S, Figueira C. Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. *Sísifo Rev Cienc Educ.* 2008; 7:75-88.
24. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
25. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber.* Rio de Janeiro: Imago; 1976.
26. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):185-96.

27. Ferla AA, Ceccim R. Portfólio como dispositivo da avaliação: aproximações para a definição de novas estratégias de avaliação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. In: Ferla AA, Rocha CMF, organizadores. Cadernos da Saúde Coletiva: inovações na formação de sanitaristas. Porto Alegre: UFRGS; 2013. p. 51-8.
28. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
29. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
30. Kitzinger J. Grupos focais. In: Pope C, Nicholas M. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
31. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Mel DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saude Publica. 2011; 27(2):389-94.
32. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
33. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
34. Leite D, Genro ME, Braga AM. Inovações pedagógicas e demandas ao docente na universidade. In: Leite D, Genro ME, Braga AM, organizadores. Inovação e pedagogia universitária. Porto Alegre: UFRGS; 2011. p.19-48.
35. Thiesen J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. Rev Bras Educ. 2008; 13(39):545-54.
36. Barr H, Low W. Introducing interprofessional education. Fareham: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE); 2013.
37. Orchard C, Bainbridge L. Competent for collaborative practice: what does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education? J Taibah Univ Med Sci. 2016; 11(6):526-32.
38. Barr H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. J Interprof Care. 1998; 12(2):181-8.
39. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):977-83.
40. McNair R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. Med Educ. 2005; 9(5):456-64.
41. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saude Publica. 2001; 35(1):103-9.
42. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health. 2013; 11:19.
43. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviço de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
44. Freire P. Pedagogia do oprimido. 11a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
45. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
46. Agreli H, Peduzzi M, Silva M. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

47. Kreindler SA, Dowd DA, Star ND, Gottschalk T. Silos and social identity: the social identity approach as a framework for understanding and overcoming divisions in health care. *Milbank Q.* 2012; 90(2):347-74.
47. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care.* 2005; 19 Suppl 1:21-38.
48. Veiga I, Carvalho MH. A formação de profissionais da educação. In: Ministério da Educação (BR). Subsídios para uma proposta de educação integral à criança em sua dimensão pedagógica. Brasília, DF: Ministério da Educação; 1994.
49. Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Abdalla IG, Costa NMSC, Lampert JB, Stella RCR. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33 Supl 1:53-62.
50. Silva RHA. Avaliação do processo de gestão na implantação de processos inovadores na Faculdade de Medicina de Marília: aspectos da resiliência docente e discente. *Avaliação (Campinas).* 2009; 14(2):471-85.

Ely LI, Toassi RFC. Integración entre currículos en la educación de profesionales de Salud: la potencia para educación interprofesional en la graduación. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 2):1563-75.

Este artículo presenta los resultados de investigación de abordaje cualitativo (estudio de caso) cuya propuesta fue comprender los significados de la experiencia multiprofesional en la actividad de enseñanza integradora de una universidad pública del sur de Brasil, que se realiza en servicios de la Atención Primaria de la Salud, analizando su potencial para la educación interprofesional (EIP). La producción de datos se realizó por medio de entrevistas individuales semi-estructuradas con egresados, estudiantes y gestor universitario, grupo focal con profesores y observación participante con registros en diario de campo. Los datos se interpretaron por el análisis temático de contenido. La integración o interacción entre estudiantes, profesores y profesionales de la Salud promovió aprendizajes relacionados con las competencias colaborativas, características de la EIP. Se subrayaron los desafíos institucionales, físicos y pedagógicos para la compartición de las vivencias entre profesiones, habiendo necesidad de la ampliación de iniciativas de EIP en los currículos de la graduación en Salud.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Educación superior. Servicios de integración docente-asistencia. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 16/10/17. Aprovado em 13/06/18.

Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem

César Augusto Paro^(a)
Roseni Pinheiro^(b)

Paro CA, Pinheiro R. Interprofessionalism in undergraduate Collective Health courses: a study on different learning scenarios. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1577-88.

This article aimed at understanding how interprofessionalism is applied in different learning scenarios in an undergraduate Collective Health course. It was an exploratory qualitative investigation based on observations of educational experiences of undergraduate Collective Health students from Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brazil. Four practice areas were observed and 15 undergraduate students from different course periods were interviewed. Documents related to theoretical and practical disciplines were analyzed. Some experiences showed unique relationships between work and education processes that enabled an articulation between knowledge and practice in order to provide concrete answers to situations found in interprofessional practice. However, the distance between the academic world and the world of the work resulted in barriers to an effective collaborative interprofessional work.

Keywords: Professional Public Health education. Public Health practice. Undergraduate Collective Health course. Internships. Interprofessionalism.

Este artigo teve como objetivo compreender como a interprofissionalidade emerge nos cenários diversificados de aprendizagem em um curso de graduação em Saúde Coletiva. Tratou-se de uma investigação de natureza qualitativa do tipo exploratória, com uma proposição observacional a partir das experiências formativas dos estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Foram realizadas observações de quatro campos de práticas e entrevistados 15 graduandos de distintos períodos do curso, assim como analisados os documentos referentes às disciplinas teórico-práticas. Algumas experiências demonstraram relações singulares entre processos de trabalho e de ensino que permitiram a articulação entre saberes e fazeres para dar respostas concretas às situações encontradas por meio de práticas interprofissionais. No entanto, o distanciamento entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho repercutiu em entraves para a efetivação de um trabalho interprofissional colaborativo.

Palavras-chave: Educação profissional em Saúde Pública. Prática de Saúde Pública. Graduação em Saúde Coletiva. Estágios. Interprofissionalidade.

^(a) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Horácio Macedo, s/no, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br

^(b) Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rosenisaude@gmail.com

Introdução

Discute-se sobre a ideia de se graduar profissionais em Saúde Coletiva há mais de duas décadas no Brasil. Até então, a formação em Saúde Coletiva dava-se por meio do seu ensino em diferentes cursos de graduação da área da saúde, assim como em programas de Pós-Graduação *stricto e lato sensu*¹.

A proposta de formação em Saúde Coletiva no nível de graduação justificou-se na necessidade de antecipar a formação do sanitarista, buscando formar quadros de profissionais que contribuíssem para a consolidação da Reforma Sanitária:

O SUS (Sistema Único de Saúde) precisa de um graduado em saúde coletiva, com perfil profissional que o qualifique como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em saúde coletiva². (p. 26)

Por sanitarista entende-se um profissional que tem como perfil geral o conhecimento das doenças, agravos, riscos e determinantes voltados para os aspectos que, de forma coletiva, facilitam ou obstaculizam sua ocorrência ou seu progresso, reservando o atendimento personalizado aos doentes para os tradicionalmente graduados para atendê-los³.

Como perfil do bacharel em Saúde Coletiva espera-se que a formação proporcione: “Competências específicas e interprofissionais para o exercício profissional nos sistemas, programas e serviços, assim como em outros espaços sociais e intersetoriais em que se desenvolvam ações na perspectiva da integralidade da saúde⁴” (p. 2).

Isso exige uma educação interprofissional, entendida como aquela em que “estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde⁵” (p. 10). Essa estratégia busca oferecer oportunidades de aprendizado em conjunto com outras categorias profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias ao trabalho coletivo em equipe, repercutindo em uma atenção às necessidades de saúde eficaz e integral⁶.

A interatividade interprofissional na formação pode ser desenvolvida de diversas formas, incluindo desde seminários conjuntos até interação na própria prática prevista nos currículos dos cursos⁶. Os campos de práticas têm grande potencial para que a formação em saúde possa cumprir o seu “papel ético de formar profissionais de e para a saúde⁷” (p. 141) e proporcionar uma formação para que os estudantes possam: “[...] compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde⁸” (p. 52).

Silva et al.⁹ questionam como tem se dado o encontro entre os cenários práticos e a graduação em Saúde Coletiva; e como as competências previstas para os sanitaristas podem ser desenvolvidas nesses cenários de aprendizagem. Defendem que os campos de práticas na formação dos sanitaristas não devem ser observados como meros espaços para o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas sim para a apreensão da dimensão praxica do objeto de seu trabalho. Nesse sentido, levando em conta a dimensão política da atuação do profissional expressa em sua capacidade reflexiva, problematizadora, interdisciplinar e crítica, fica patente a dificuldade em restringir esse campo prático ao terreno das habilidades, da técnica e da aplicação de uma teoria.

O processo pedagógico operado em cenários diversificados de aprendizagem deve estar centrado no compartilhar experiências e vivências, por meio de uma supervisão dialogada que busque mudanças institucionais, apropriação ativa de saberes, produção de maneiras inovadoras de se organizar o trabalho em saúde e o fortalecimento das ações em equipe¹⁰.

A literatura nacional sobre a questão dos campos de práticas do graduando em Saúde Coletiva ainda é escassa, dada a sua inovação ainda em processo de construção. Como integralidade é um eixo fundamental no interior da Saúde Coletiva e pode ser compreendida como algo que se constitui no cotidiano de trabalho em saúde por meio das interações que se estabelecem, justifica-se a análise

da forma como este cotidiano é incorporado na formação graduandos em Saúde Coletiva e como a formação desses profissionais reflete e transforma o dia a dia do trabalho em saúde, contribuindo para uma atuação interprofissional colaborativa. Para tanto, parte-se do pressuposto aqui que são as instituições em seu agir cotidiano os espaços onde a formação ganha materialidade, expressando formas de criação e de apropriação da produção e/ou reprodução vida coletiva. Essa noção, que traz uma outra perspectiva analítica sobre a formação em saúde, privilegia a participação dos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde¹¹.

Este artigo teve como objetivo compreender como a interprofissionalidade é produzida nos cenários diversificados de aprendizagem na formação da graduação em Saúde Coletiva.

Estratégia metodológica

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória e de caráter fenomenológico¹², realizada com os atores e instituições envolvidos no curso de graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ). Esse curso foi implantando em 2009, funciona em período integral e possui carga horária de 3.285 horas, sendo 657 horas de atividades em campos de práticas.

No âmbito das vivências práticas, há atividades transversais ministradas do primeiro ao último período de formação, de cunho teórico-prático, denominadas Atividades Integradas em Saúde Coletiva (Aisc). Estas objetivam desenvolver e avaliar as competências necessárias ao exercício da profissão de sanitaria, com inserção em cenários diversificados de aprendizagem (Quadro 1).

Quadro 1. Enfoques das AISC

Aisc	Enfoque	Cenário de aprendizagem
I	Panorama geral sobre o sistema de saúde	CAP, Caps, CER, hospital-maternidade, UBS e UPA
II	Movimentos e organizações sociais; terceiro setor	Conselhos de saúde e movimentos sociais
III	Atenção primária à saúde	UBS
IV	Acesso à saúde e itinerários terapêuticos	Itinerários terapêuticos
V	Atenção terciária; hospitais; vigilância epidemiológica	DVS/CAP e NVEH
VI	Planejamento em saúde; diagnóstico de saúde	Território-área de UBS
VII	Vivência e atuação em cenários práticos específicos	DVS/CAP, MP, PSE, UBS e Visa
VIII		

Legenda: CAP – Coordenadoria de Atenção Primária; Caps – Centro de Atenção Psicossocial; CER – Coordenação de Emergência Regional; DVS – Divisão de Vigilância em Saúde; MP – Ministério Público; NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; PSE – Programa Saúde na Escola; UBS – Unidade Básica de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; Visa – Vigilância Sanitária.

Para coleta e análise dos achados, adotou-se uma perspectiva de triangulação metodológica para enriquecer a compreensão do fenômeno selecionado neste estudo. As técnicas de investigação utilizadas foram análise documental, observação participante e entrevista.

Na análise documental, foram selecionados e analisados o Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso, ementas das disciplinas, relatórios avaliativos de atividades das disciplinas e atas de reuniões universidade-serviço e de comissões da universidade.

A observação participante foi realizada com o pesquisador acompanhando o processo formativo de quatro cenários de aprendizagem que tinham discentes inseridos no período da fase de campo desta pesquisa. Como instrumento de registro dos dados, adotou-se o diário institucional¹³, sendo a prática diarística concebida como uma oportunidade de reflexão, de pensar as experiências vividas e de se compreender a formação em Saúde Coletiva e a sua direção no desejo de se formar sob o eixo da integralidade. Este diário teve dois momentos de escrita – o registro inicial e a reescrita após releituras – para, posteriormente, ser compartilhado com um grupo de sujeitos que também estavam

implicados na instituição, a fim de ocorrer o processo de intervenção, análise e clareamento das relações instituídas¹⁴.

As entrevistas foram realizadas a partir de amostra intencional com 15 discentes de campos de práticas não englobados na observação participante. O roteiro era composto da questão disparadora “Como é que foi a sua passagem no cenário de práticas?”, sendo que o pesquisador buscou garantir que fossem explorados os seguintes elementos na descrição reflexiva desta atuação no campo de práticas: relação com a equipe do serviço, relação com os usuários deste serviço, inserção nos processos de trabalho da equipe, principais atividades desenvolvidas, orientação sobre os princípios do SUS, desenvolvimento de análise crítica sobre as ações desenvolvidas, protagonismo no desenvolvimento das atividades e integração ensino-serviço. As entrevistas foram gravadas eletronicamente e posteriormente transcritas.

As experiências foram estudadas pelo exercício de observação e análise sistemática, cotejando múltiplas vertentes teóricas que permeiam os saberes e práticas envolvidas nos processos formativos, a partir da proposição observacional no interior da linha de atuação EnsinaSUS, propostas pelo Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis)¹⁵.

A análise dos dados privilegiou a compreensão e a interpretação das vivências dos sujeitos nos cenários de práticas, assim como das vivências registradas no diário de campo. A análise documental auxiliou na contextualização do curso; das dinâmicas socioculturais e métodos pedagógicos; e do modo como a interprofissionalidade encontra-se nas orientações; as outras duas técnicas puderam auxiliar na identificação dos atores, cenários e relações que se dão nas práticas de ensino e na análise de como emerge a interprofissionalidade nessa formação. Esses dados das entrevistas e do diário de campo foram analisados a partir do campo de atuação proposto na área temática “integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuário-centradas” do EnsinaSUS¹⁵.

A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva, sendo que a discussão e interpretação dos dados foram desenvolvidas a partir dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva, das Ciências Sociais e Humanas e da Pedagogia.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Iesc/UFRJ, sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 51085215.0.0000.5260.

Resultados e discussão

Contextualização a partir da análise documental

No plano das proposições ético-políticas, o PPP do curso analisado apresenta uma proposta de ensino na Saúde Coletiva que tem uma orientação ético-política coerente e correspondente ao projeto da integralidade dada a convocação de arranjos inovadores¹⁶:

Propõe-se uma estrutura pedagógica que rompa a tradicional, disciplinar, formulando outra que emane do contrato entre a instituição formadora, os serviços e a população, observados os objetivos comuns a esses parceiros, cabendo à primeira garantir os conhecimentos necessários à solidificação deste contrato, de modo que essa parceria construa os conhecimentos necessários às transformações das práticas em saúde, formando pessoas que, nessa construção, desenvolvam suas competências como profissionais comprometidos com a transformação do perfil sanitário e a consolidação de práticas mais adequadas às necessidades da população¹⁷. (p. 5)

Espera-se que a competência da integralidade seja adquirida durante o curso e seja constitutiva do perfil do egresso, sendo que tal fato é explicitamente apontado. No campo conceitual da Saúde Coletiva, espera-se que este possa “atuar de forma a garantir a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema, reconhecendo a saúde como direito de todos”¹⁷ (p. 13). Já no trabalho em Saúde Coletiva, a interprofissionalidade ganha destaque, pois tem-se como expectativa que este possa “realizar ações integradas com demais profissionais da área da saúde em diferentes contextos e ambientes de trabalho”¹⁷ (p. 15).

A comparação do PPP com os atuais programas das disciplinas revela que houve diversas modificações em relação aos cenários de aprendizagem desde o início do curso em 2009 até os dias atuais, havendo mudanças relacionadas, inclusive, à proposta programática de algumas destas Aisc. A despeito das constantes mudanças trazerem prejuízos no que tange à manutenção de uma proposta impedindo a criação de uma certa tradição que poderia contribuir com o fortalecimento de um vínculo entre serviço de saúde e universidade, essas alterações podem ser um demonstrativo do dinamismo e da busca por transformações nos cenários de aprendizagem para melhor adequação da proposta ao curso. No campo da política institucional, a alternância de correntes políticas na gestão dos serviços e descontinuidades no desenvolvimento de pactuações interinstitucionais gera dificuldades de se estabelecer projetos comuns entre universidades e serviços de saúde, podendo trazer repercussões negativas para o desenvolvimento de um ensino baseado na integralidade¹⁸.

As atividades desenvolvidas das Aisc I a III solicitam dos estudantes um papel de observador, com visitas com ou sem os tutores a serviços de saúde e movimentos sociais relacionados à saúde. Essas disciplinas trabalham com roteiros de observação, sendo que faz parte da avaliação a confecção de relatórios sobre o que os discentes observaram. Das Aisc IV a VIII, vai sendo solicitado aos estudantes um papel interventivo nos cenários de aprendizagem: nas Aisc IV, é dada aos estudantes a incumbência de traçar um itinerário terapêutico de um sujeito que está ou esteve em processo de adoecimento para um determinado agravo de sua escolha; nas Aisc V, os estudantes se integram à rotina de serviços de vigilância epidemiológica; nas Aisc VI, propõe-se a elaboração de um diagnóstico e planejamento em saúde de uma determinada localidade com atividades de campo; e, por fim, nas Aisc VII e VIII, os estudantes escolhem um cenário de aprendizagem para poderem realizar atividades práticas junto com o serviço durante um ano todo. Ou seja, cada vez mais aumenta-se a responsabilidade e complexidade das tarefas que esses estudantes desenvolvem nas Aisc, dando-lhe mais autonomia nestas, convocando maior protagonismo para o seu desenvolvimento e exigindo destes maior colaboração interprofissional para as atividades que devem ser desempenhadas.

Em relação às Aisc que exigem um papel mais interventivo, observa-se que essa atuação em alguns momentos está articulada com as atividades do serviço (Aisc V e alguns campos das Aisc VII e VIII) ou então propõe atividades inteiramente inovadoras, que não constituem ações normalmente realizadas pelo serviço (Aisc IV, VII e alguns campos das Aisc VII e VIII). Essas atividades, apesar de trazerem contribuições inovadoras para o trabalho em Saúde Coletiva, têm incipiente relação institucional com os serviços de saúde assistenciais ou gerenciais, o que impede a contribuição desses estudantes em atuar em conjunto com os profissionais que compõem os serviços de saúde. Em outro plano de análise, pode-se pensar a dificuldade de realizar essas atividades junto com os serviços de saúde (itinerário terapêutico e estimativa rápida de saúde, por exemplo), dado que estes normalmente não realizam esses tipos de ações, a despeito de sua relevância.

A carga horária das Aisc vai se ampliando com o passar dos períodos, sendo de sessenta horas nos quatro períodos iniciais, passando para 120 nas Aisc V e VI e finalizando com 180 horas nas últimas duas Aisc. A existência de uma carga horária teórica fixa de trinta horas em todas as Aisc demonstra o compromisso com a existência de espaços de reflexão e sistematização em relação às vivências nos cenários de aprendizagem, assim como o aprofundamento de conteúdos teórico-conceituais que se façam necessários para o enfoque da atividade prática. Esse momento é realizado entre os estudantes e professores responsáveis pelas disciplinas, não incluindo os profissionais envolvidos no serviço que os estudantes estão inseridos. Espaços de reflexão que incluam os atores dos cenários de aprendizagem não estão presentes em todas as Aisc, o que poderia ser um importante espaço de reflexão da própria atuação interprofissional dos estudantes nesses campos.

De modo a garantir a transversalidade necessária e propiciar o diálogo interdisciplinar, as Aisc teriam um caráter integrador de todos os outros conteúdos dados no curso. Porém, a própria organização curricular não propicia tal caráter integrador, uma vez que muitas vezes as Aisc não se integram com as demais disciplinas no semestre, instituindo-se somente como mais uma disciplina na grade, sendo que a única diferença em relação às demais disciplinas é a previsão de carga horária prática, gerando, inclusive, um descontentamento nos preceptores dos campos.

Apesar de a interdisciplinaridade estar oficialmente pautada e ter grande potencial de emergir dada a grande diversidade de atores e de conhecimentos mobilizados em cada campo de práticas na

definição das Aisc, não se observa nesta estrutura curricular proposta nenhuma experiência em que sejam articulados o trabalho dos estudantes do curso de Saúde Coletiva com outros cursos da saúde. Esta trata-se de uma questão que pode ser vislumbrada para uma formação articulada com outros saberes, possibilitando experiências concretas de ampliação da clínica.

Práticas interprofissionais nos cenários diversificados de aprendizagem

Os quadros 2 e 3 apresentam, respectivamente, os estudantes entrevistados e os campos de práticas observados. A seguir, serão descritos os dados que emergiram relacionados às práticas interprofissionais nos depoimentos dos estudantes entrevistados e nas práticas de ensino observadas.

Quadro 2. Caracterização dos entrevistados

N*	Aisc	Período do curso	Sexo	Idade	Formação universitária/técnica prévia	Inserção profissional prévia na saúde
11	I	1º	Feminino	17	Não	Não
12	I	1º	Masculino	30	Técnico em Nutrição e Dietética; Administração	Não
21	II	3º	Feminino	21	Não	Não
22	II	3º	Feminino	20	Não	Não
41	IV	5º	Feminino	21	Técnico em Gerência em Saúde	Não
42	IV	5º	Feminino	36	Letras	Administrativo em UBS e hospital
51	V	5º	Feminino	35	Não	Administrativo em hospital
52	V	5º	Feminino	28	Técnico em Enfermagem; Enfermagem	Vigilância em saúde; assistência hospitalar
61	VI	7º	Feminino	22	Não	Não
62	VI	7º	Feminino	21	Não	Não
71	VII	7º	Feminino	21	Não	Não
72	VII	7º	Feminino	24	Não	Não
73	VII	7º	Masculino	21	Técnico em Gestão Empresarial	Não
74	VII	7º	Feminino	21	Não	Não
75	VII	7º	Masculino	25	Não	Não

* Os participantes foram identificados por meio da letra E seguida de numeração específica composta de dois dígitos: o primeiro relacionado à disciplina e o segundo, à ordem em que foi entrevistado.

Quadro 3. Caracterização dos atores e dos cenários de aprendizagem observados

Aisc	Cenário de aprendizagem	N	Docente(s)	Graduandos	Profissionais do serviço
III	UBS	4	3	17 do terceiro período (divisão em duplas/trios para as observações)	Gerente da UBS, equipe de saúde da família e técnico-administrativos
V	NVEH de um hospital universitário e suas seções: epidemiologia, registro de câncer e vigilância da mortalidade	8	3	Quatro do quinto período (duas seções com um graduando cada e uma com dois)	Chefe do serviço, enfermeiros, sanitaristas, residentes em saúde coletiva e técnico-administrativos
VII	Promotoria de Justiça da Tutela Coletiva da Saúde do MP	7	1	Dois do sétimo período (atuação em horários diferentes)	Promotora e cinco assessores
VII	Coordenação do PSE no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, escola municipal e UBS de referência	6	1	Três do sétimo período (atuação em conjunto)	Coordenadora e técnicos do programa; direção e professores da escola e gerência; e profissionais da UBS

Legenda: N – número de observações.

As atividades desenvolvidas no interior dos campos de práticas, principalmente aqueles com enfoque interventivo, exigiam que os graduandos atuassem diretamente com outros atores das redes de gestão e de serviços para poderem executá-las:

A gente [do setor de vigilância em saúde] tinha que entrar em contato com o serviço, pedindo que ele buscasse com o médico várias informações do paciente. Ou, quando era uma coleta inoportuna – feita num período que, você ainda não consegue através de exames laboratoriais identificar o vírus –, eu entrava em contato com o serviço, aí o serviço me passava para o ACS que assistia aquele caso (aquele indivíduo) para que eu conversasse com o agente, para que ele fosse novamente no indivíduo. (E52, Aisc V-DVS)

Essa atuação se dava, inclusive, intersetorialmente, quando se fazia necessário parcerias com atores de outras pastas governamentais ou não governamentais:

Os estagiários foram até a UBS para conseguir identificar possibilidade de atendimento psicoterápico para a criança surda. Após diversas tentativas sem sucesso de identificar no SUS algum psicólogo que pudesse ofertar atendimento por meio da língua de sinais, os estagiários começaram a dialogar com equipamento sociais daquele território que poderiam ofertar o serviço. Identificaram duas ONGs que atuavam com esta população e foram até estas para conversar. (Diário de Campo, 25/07/2016, Aisc VII-PSE)

Observa-se que os graduandos necessitaram relacionar-se com diversos outros profissionais para que fosse possível a sua atuação nos serviços, incluindo profissionais desde da assistência e da gestão do sistema de saúde até de outros setores. Essas situações são próprias do cotidiano do setor saúde, pois, nas situações complexas reais, “o exercício profissional demanda o cruzamento de saberes e perspectivas a ser concretizado em práticas interprofissionais”¹⁹ (p. 29). O trabalho multiprofissional em equipe refere-se: “[...] à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe”²⁰ (p. 162).

Desse modo, a habilidade de compor com os diferentes saberes disciplinares e de conseguir atuar em conjunto com outros profissionais no cotidiano da produção de saúde são elementos fulcrais para o trabalho em saúde, que produz um cuidado mais efetivo:

Foram três enfermeiras de uma UBS conversar com a gente, porque elas iam realizar uma atividade voltada para esse público [idosos]. Aí elas vieram ter uma orientação, saber também de como seria legal fazer a abordagem. Aí foi um espaço interessante que eu tive para problematizar algumas questões. [...] “você está trazendo os idosos para cá, mas e os que não podem vir ou que tem algum problema de deslocamento? Vocês têm controle desses indivíduos que não têm essa mobilidade? Ou que de repente são idosos que ainda são responsáveis por questões financeiras da família?” (E52, Aisc V-DVS)

Observa-se que os estudantes conseguem trazer as contribuições nas práticas interprofissionais em que estavam inseridos a partir do conhecimento que vêm construindo ao longo da graduação, corroborando a perspectiva de Macêdo et al.²¹ de que “a presença do estudante em determinados cenários contribui para a introdução de mudanças substantivas naquela realidade, inclusive no respeito pela autonomia dos usuários” (p. 245).

Quando o preceptor observa os graduandos como membros de sua equipe, destina a eles tarefas nas quais poderão dar contribuições específicas, levando em conta o nível de possibilidade concreta que aqueles estagiários podem desempenhar:

Quando eu via alguma coisa errada [durante a inspeção sanitária], eu já falava. Chegava para algum deles da equipe: “Aquilo dali não tá errado?”. Aí eles falavam: “tá!”. Eu também fazia

registro fotográfico [para produção do relatório da visita]. [...] Eu no começo não sabia o que estava errado, o que procurar, depois eu ia lá certinho já tirando foto do que estava errado. (E72, Aisc VII-Visa)

Por diversas vezes, houve o registro de que os graduandos se sentiam como parte integrante da equipe multiprofissional do serviço em que estavam inseridos, como no relato a seguir:

A equipe que eu tô plotado é uma equipe muito boa. [...] E a minha relação com eles é muito boa, porque a gente se comunica a toda hora. [...] E me acolheram de forma muito muito boa. E eu fui apresentado como sendo um deles, a gerente [da UBS] disse: “olha só, essa daqui é a sua equipe, é a equipe tal”. E, assim, de médico à ACS, eu não tenho nada reclamar. (E73, AISC VII-UBS)

Ao sentir-se parte da equipe e promover contribuições efetivas ao serviço, ambos os atores (estagiários e preceptores) se satisfazem com a atuação em serviço:

No término da apresentação final do que a estagiária desenvolveu no serviço naquele semestre, finaliza agradecendo por ter sido recebida muito bem por todos os profissionais. Uma das preceptoras responde parabenizando a graduanda em relação à responsabilidade que teve nas atividades e comenta que elas e as demais graduandas “criaram laços” e que podem voltar ao serviço sempre que precisarem. (Diário de Campo, 27/07/2016, Aisc V-NVEH)

Esse sentimento de pertença ao campo de prática em que o graduando está inserido possibilita que este então estabeleça vínculo com a equipe e que atue em conjunto, promovendo uma ação mais harmoniosa. Apesar disso, alguns relatos apontam também para as dificuldades dos graduandos no desenvolvimento de competências relacionais: “Na narrativa de avaliação da disciplina, um dos estagiários comenta que ‘durante esse período, lembrei o quanto eu sou impaciente, o quanto preciso aprender a trabalhar em grupo e que nem todo mundo tem a mesma forma de trabalhar’” (Diário de Campo, 16/08/2016, Aisc VII-PSE).

Durante a supervisão, os estudantes pontuaram que o roteiro de observação tem alguns elementos que não são possíveis de serem observados e, para que estes sejam contemplados no relatório do setor, eles teriam que questionar diretamente o funcionário daquele setor. Comentaram que “é muito chato” ter que ficar perguntando coisas para os profissionais e que nem todos têm disponibilidade para poder responder. (Diário de Campo, 26/04/2016, Aisc III)

O reconhecimento dos diferentes modos de trabalho, tal qual foi relatado no primeiro registro, é essencial para o processo de integração dos membros da equipe, dado que é por meio deste que se faz possível traçar as estratégias de diálogo e de possibilidades de interação para a composição do comum.

Já o segundo relato apresenta o exercício de se relacionar com o outro profissional. O fato de o roteiro exigir que os graduandos tenham de buscar os profissionais da UBS para poder completar o seu relatório ganha grande sentido, uma vez que precisarão se relacionar com tais atores no desenvolvimento das atividades interventivas. Relacionar-se com os outros profissionais figura, portanto, um elemento interessante de ser exercitado desde o início da formação. De todo modo, a crítica de que “nem todos têm disponibilidade” demonstra como muitas vezes os profissionais do serviço não conseguem enxergar a importância daquela referida atividade na formação do estudante.

Diversas situações como esta foram derivadas de uma baixa articulação entre a instituição formadora e os cenários de práticas:

Eu acho que a tutora poderia ter acompanhado isso [as atividades no serviço] mais de perto, como já teve essa faisquinha [problema entre preceptora e estagiária quanto às atividades que deveriam ser desempenhadas], ela já podia ter ficado mais próximo da gente [...] eu senti falta

dela lá, eu acho que pelo menos uma vez por mês ela poderia ir lá, porque ela só foi uma vez no começo e depois quando teve problema. [...] aí às vezes dava uma impressão de que a gente estava meio abandonados. (E51, Aisc V-DVS)

Identifica-se em diversas situações analisadas a falta de acompanhamento da tutoria no campo de práticas, deixando somente sob a responsabilidade do serviço esta atividade. Houve também a referência de um processo de tutoria pouco sistemático e contínuo, sendo que o tutor só se faz presente quando é comunicado de algum problema concreto no campo de práticas. Essa pequena aproximação da tutoria no cotidiano em serviço acima relatada é alvo de críticas dos estudantes:

Na apresentação final da disciplina, uma das graduandas critica a atuação pontual dos tutores: “por que vocês só querem ver o que a gente faz no final da Aisc?” Recomenda que “os tutores deveriam dar suporte durante toda a atividade e não só no final” e comenta que os preceptores muitas vezes estão muito ocupados para eles. (Diário de Campo, 20/07/2016, Aisc V-NVEH)

Isso faz com que os próprios entrevistados questionem a formação docente para atuação em cenários de práticas:

É uma disciplina que não tem muita estrutura para ter parte prática, os professores não estão muito preparados para isso. Eles querem te deixar no campo sozinho. [...] o problema da disciplina é que era meio que largado: “faz, faz que no final eu vou só te dar a nota”. E o campo de prática fica sempre de lado, né? A gente tem que se virar, né? A gente não aprende, a gente tem que se virar. (E61, Aisc VI)

Situações como essa apresentada revela o despreparo do corpo docente frente ao novo enfoque de aprendizagem proposto pela integralidade e interprofissionalidade. Enquanto um mediador dos processos de ensino-aprendizagem, a forma como o docente conduz as práticas formativas podem facilitar ou obstaculizar uma aprendizagem significativa ancorada nesses princípios. Ademais, a relação professor-estudante tem papel marcante na consolidação do modo de agir em saúde dos futuros profissionais de saúde²².

Muitas das práticas observadas nesta pesquisa revelam o predomínio da racionalidade técnica na atuação dos docentes. Essa perspectiva se afasta de uma concepção dialógica, crítica e problematizadora de educação²³, não se preocupando com a instauração de estratégias em formar atitudes, habilidades e valores vinculados à integralidade e à experiência interprofissional colaborativa, o que não potencializa as transformações necessárias para a consolidação do SUS, mas sim a manutenção do *status quo*.

Muitos dos profissionais de saúde atualmente inseridos na docência universitária em saúde se formaram em uma abordagem tradicional da educação na saúde, caracterizada por ser hegemonicamente biomédica, uniprofissional e procedimento-centrada. Formar sujeitos em situações concretas em campos de práticas com vistas à integralidade e à interprofissionalidade é uma experiência, portanto, nova e desafiadora⁶. Desse modo, para a profissionalização, capacitação e sensibilização da docência universitária, faz-se necessária a instauração de programas contínuos de desenvolvimento docente para os educadores e que fomentem a inovação e transformação do processo de formação em saúde²².

Os relatos e a observação de conflitos no serviço durante o desenvolvimento das Aisc revelam ainda o tradicional distanciamento existente da universidade com o serviço de saúde. Isso demonstra a necessidade de espaços de negociação permanente entre universidades e serviços¹⁰ para o debate sobre a integração ensino-serviço, dado que o diálogo permite apontar os problemas, as dificuldades e formas de intervenção na intersecção desses dois mundos, devendo ser forjados “dispositivos que instauram espaços e instrumentos de análise dos processos em curso”²⁴ (p. 160). A existência de espaços de diálogo aprimora a relação entre a universidade e o serviço, trazendo resultados concretos, como o presente no registro a seguir, no qual observa-se uma atuação dos preceptores mais qualificada, potencializando o processo de ensino-aprendizagem:

Um dos professores comenta que, neste ano, os funcionários da UBS estão bem mais solícitos e atenciosos com as atividades desenvolvidas. Argumenta que talvez isso se deu pela participação dos professores nas reuniões das equipes de saúde, apresentando a proposta da disciplina no serviço antes da entrada dos estagiários. (Diário de Campo, 19/04/2016, Aisc III)

Identificam-se nos dados avaliações tanto positivas quanto negativas sobre a integração ensino-serviço. Essas dissonâncias ocorreram porque as Aisc são bastante díspares, com modos distintos de se articular ao serviço e/ou com tutores, conduzindo as atividades também de forma diferente. Ademais, observam-se mais críticas principalmente nas Aisc V, que trata as primeiras Aisc com caráter mais interventivo, no qual os estudantes ficam em um serviço de saúde em grande parte da carga horária. Desse modo, os estudantes podem sentir maior necessidade de acompanhamento pelo tipo de atividade para a qual agora estão tendo que desempenhar exercendo um protagonismo maior.

A baixa integração pode ser explicada pelo modo como esses processos de articulação ocorrem: sem a participação dos atores dos serviços de saúde – muito menos dos usuários – nas avaliações, no planejamento das atividades e na produção de conhecimento sobre a experiência em curso²⁴. Ao profissional do serviço, fica reservado somente o acompanhamento direto do estudante de algo que a universidade previamente estabeleceu para o serviço.

Considerações finais

Apesar da propositura das Aisc nos documentos institucionais afirmarem a integralidade e a interprofissionalidade como eixos de formação dos graduandos em Saúde Coletiva, nem sempre essas orientações ético-políticas se efetivaram nas práticas formativas.

Algumas das experiências analisadas representaram relações singulares entre processos de trabalho e de ensino, mostrando-se positivas não só para a formação dos estudantes, mas também para a qualidade do cuidado prestado. Nesses casos, os cenários de aprendizagem descritos e discutidos foram verdadeiros espaços para a incorporação/produção do cuidado em saúde, permitindo que os estudantes apreendessem a realidade e exercitassem o seu potencial criativo de articulação entre saberes e fazeres para dar respostas concretas às situações encontradas por meio de práticas interprofissionais. Isso se deu por meio do diálogo e conexão dos diversos saberes disciplinares e da mediação interdisciplinar/intersetorial no cotidiano das práticas, elementos que parecem ser uma das maiores potencialidades deste novo sujeito da Saúde Coletiva.

No entanto, alguns dos campos de práticas analisados apresentaram entraves para a efetivação de um trabalho interprofissional colaborativo, decorrente do distanciamento entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho. Para uma formação para a integralidade, faz-se necessário forjar novos arranjos que busquem a superação deste distanciamento e que permitam criação de novas institucionalidades para uma negociação permanente entre a produção do conhecimento e o atendimento às necessidades de saúde da população.

Contribuições dos autores

César Augusto Paro atuou no desenvolvimento da pesquisa, redação do manuscrito, discussão dos resultados e na revisão e aprovação da versão final do trabalho. Roseni Pinheiro participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos ao Iesc/UFRJ pela anuência e apoio para a realização da pesquisa e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo fomento à pesquisa.

Referências

1. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):236-7.
2. Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(13):163-6.
3. Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
4. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. Minuta das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em saúde coletiva [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2015 [citado 31 Out 2017]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/MUNUTA-DCN-Sa%C3%BAde-Coletiva-APROVADO-ABRASC%C3%83O-2015.pdf>.
5. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS; 2010.
6. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.
7. Ceccim RB. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 131-54.
8. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):48-56.
9. Silva NEK, Ventura MV, Ferreira J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus*. 2013; 7(3):91-101.
10. Saippa-Oliveira G, Fernandez VS, Koifman L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas de cuidado. In: Pinheiro R, Silva AG Jr, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 191-206.
11. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO; 2007. p. 9-36.
12. Schutz A. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
13. Hess R, Savoye A. *Perspectives de l'Analyse Institutionnelle*. Paris: Méridiens Klincksieck; 1988.
14. Azevedo BMS, Carvalho SR. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: Carvalho SR, Barros MEB, Ferigato SH, organizadores. *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 204-19.
15. Pinheiro R, Ceccim RB, Koifman L, Henriques RLM. Matriz analítica de experiências de ensino para a integralidade: uma proposição observacional. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2011. p. 34-54.
16. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2011. p. 69-92.
17. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Projeto político pedagógico do curso de graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UFRJ; 2010.

18. Silva AG Jr, Pontes ALM, Henriques RLM. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2011. p. 69-92.
19. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivas o ensino em integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2011. p. 13-33.
20. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2010. p. 161-78.
21. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2011. p. 229-50.
22. Saippa-Oliveira G, Koifman L. Os docentes universitários: como transformar a formação? In: Pinheiro R, Silva AG Jr, organizadores. *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2011. p.197-210.
23. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 62a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
24. Guizardi FL, Stelet B, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2011. p. 153-78.

Paro CA, Pinheiro R. Inter-profesionalidad en la graduación en Salud Colectiva: miradas a partir de los escenarios diversificados de aprendizaje. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1577-88.

El objetivo de este artículo fue comprensor como la inter-profesionalidad emerge en los escenarios diversificados de aprendizaje en la formación de la graduación en Salud Colectiva. Se trató de una investigación de naturaleza cualitativa del tipo exploratoria con una propuesta observacional a partir de las experiencias formativas de los estudiantes del curso de graduación en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil. Se realizaron observaciones de cuatro campos de prácticas y se entrevistaron 15 alumnos de graduación de distintos períodos del curso, así como se analizaron documentos referentes a las disciplinas teórico-prácticas. Algunas experiencias demostraron relaciones singulares entre procesos de trabajo y de enseñanza que permitieron la articulación entre saberes y haceres para dar respuestas concretas a las situaciones encontradas por medio de prácticas interprofesionales. No obstante, el distanciamiento entre el mundo académico y el mundo del trabajo repercutió en obstáculos para la realización de un trabajo interprofesional colaborativo.

Palabras clave: Educación profesional en Salud Pública. Práctica de Salud Pública. Graduación en Salud Colectiva. Pasantías. Inter-profesionalidad.

Submetido em 09/11/17. Aprovado em 28/05/18.

Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde:

narrativas de um fazer interprofissional

Geovannia Mendonça Santos^(a)
Sylvia Helena Souza da Silva Batista^(b)

Santos GM, Batista SHSS. Teaching, Pro-Saude and PET-Saude: narratives of an interprofessional practice. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1589-600.

Policies that induce change in health education, such as National Reorientation Program in Professional Health Education (Pró-Saúde) and Education through Work Program for the Health Area (PET-Saúde), constitute teacher learning spaces. In this sense, this article aims at characterizing paths, conceptions and expectations of teachers who work in Pró-Saúde and PET-Saúde of Universidade Federal de São Paulo. Data was obtained through narrative interviews with 13 teachers. Based on the analyses, Pró-Saúde and PET-Saúde are recognized as "spaces for teacher education," though not considered "recognized and valued territories of teacher education." This research allows to map clues to change the dimension of health teacher education proposals based on the learning paths that led the participants of this research to collaborative, interprofessional, critical and socially implied teaching oriented towards the subjects' needs.

Keywords: Higher education. Public policies. Teaching. Narratives.

Políticas indutoras como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) configuram espaços para aprendizagem da docência. Neste sentido, o presente artigo assume como objetivo caracterizar as trajetórias, concepções e expectativas de professores atuantes no Pró-Saúde e PET-Saúde da Universidade Federal de São Paulo. A produção dos dados compreendeu entrevistas narrativas com 13 professores. A partir das análises empreendidas, reconhece-se o Pró-Saúde e PET-Saúde como "espaços de formação docente", não se configurando, todavia, em "territórios reconhecidos e valorizados de formação de professores". Esta pesquisa permite mapear pistas para o redimensionamento de propostas de formação de professores da área da saúde, a partir dos itinerários de aprendizagem narrados que conduziram os participantes desse estudo a docências colaborativas, interprofissionais, críticas, implicadas socialmente e referenciadas nas necessidades dos sujeitos.

Palavras chave: Educação superior. Saúde. Políticas Públicas. Docência. Narrativas.

^(a) Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Avenida Ana Costa, 95, 1º Andar, Vila Mathias, Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11060-001. ge.mendonca@gmail.com

^(b) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Instituto de Saúde e Sociedade, Unifesp. Santos, SP, Brasil. sylvia.batista@unifesp.br

Introdução

A compreensão da docência em saúde como prática social contextualizada demanda situá-la como produzida em espaço intersubjetivo, em que são atribuídos sentidos e significados às experiências e conhecimentos, configurando uma ação entre sujeitos que estão inseridos em circunstâncias sociais comuns.

As propostas de formação docente têm encontrado na aprendizagem da docência, a partir da prática dos professores, um veio fecundo para delineamentos formativos que privilegiam o diálogo, as trajetórias pessoais, as articulações entre concepções e metodologias de ensino e a troca de experiências. Tomar a própria prática docente, num movimento de ação-reflexão-ação, como ponto de partida para empreender mudanças no cotidiano do ensinar e aprender emerge como instigante caminho a ser trilhado nas práticas de formação na e para a educação superior¹.

Neste contexto, expressam-se diferentes desafios, destacando-se a docência no cenário das políticas indutoras de formação para a saúde, a integração ensino-serviço-comunidade e o papel de mediação. Na abordagem da integração ensino e serviço, experiências como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) emergem como caminhos para a formação de profissionais de saúde, por meio da articulação teoria-prática.

O Pró-Saúde, foi instituído por meio da Portaria nº 2.101 de 2005, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior (SESu)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) com o objetivo de incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação².

O PET-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 421 de 2010, seguindo as determinantes e coordenação do Pró-Saúde, apresenta, entre outros objetivos, fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, estimular a qualificação de profissionais e docentes, servindo de iniciação ao trabalho a partir de vivências dirigidas aos estudantes das graduações em saúde, tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade^{3,4}.

Nestas políticas indutoras inscrevem-se diversos espaços de aprendizagem da docência: outros modos de formar e aprender em saúde demandam processos singulares de formação dos professores. Analisar e compreender as potências da inserção dos professores no Pró-Saúde e PET-Saúde para movimentos de reconfiguração da docência universitária em saúde situa-se como nuclear para projetar processos inovadores de formação docente, coadunados com as demandas do aprender na e a partir dos contextos reais da produção da vida, do cuidado e da atenção à saúde.

No bojo deste objeto de pesquisa, o presente artigo assume como objetivo caracterizar as trajetórias, concepções e expectativas de professores atuantes no Pró-Saúde e PET-Saúde da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista e campus São Paulo. Acredita-se que a caracterização crítico-analítica de trajetórias e concepções docentes podem ampliar ações de formação docente, na perspectiva de programas de desenvolvimento docente comprometidos com uma formação ancorada na integralidade do cuidado, na articulação ensino-serviço-comunidade e no aprender a partir e na prática.

Metodologia

Para delimitar quem seriam os professores participantes desta pesquisa foram realizadas diversas buscas com o objetivo de conhecer quais eram os projetos Pró-Saúde e PET-Saúde em vigor nos dois campi e, dessa forma, identificar os professores envolvidos nos mencionados projetos.

É importante situar que o contexto institucional no qual estão inseridos os estes professores apresenta uma tradição de mais de oitenta anos na formação de profissionais de saúde. Ao mesmo

tempo, é uma Instituição de Ensino Superior (IES) que tem participado ativamente das políticas indutoras e também apresenta a singularidade de participar do processo de expansão das universidades federais. Desta forma, os docentes da Universidade Federal de São Paulo vivenciam nos campi diferentes dinâmicas acadêmicas.

A atuação docente definida para esta pesquisa compreendeu as atividades de coordenação ou coordenação adjunta no Pró-Saúde ou tutoria nos grupos PET-Saúde e participação na Comissão gestora local. A partir da identificação dos docentes participantes (obtida com as Coordenações de Curso), foram enviados e-mails contendo a apresentação breve da pesquisadora, o objetivo nuclear da pesquisa, o número de aprovação no comitê de ética e convite para a participação na pesquisa.

Partiu-se de um universo de 23 docentes, sendo 11 do campus Baixada Santista e 12 do campus São Paulo. Após os convites e contatos realizados, participaram desta pesquisa um total de 13 professores, sendo nove do campus Baixada Santista e quatro do campus São Paulo. Os demais docentes convidados não se dispuseram ou não conseguiram agenda para o encontro com a pesquisadora.

A produção de dados ocorreu em oito meses, no período compreendido entre março e outubro de 2014 e constituiu-se de encontros em diferentes prédios dos campi Baixada Santista e São Paulo. Os professores participaram deste momento contribuindo de forma muito generosa com suas experiências e diferentes modos de ser docente em saúde.

O encontro entre pesquisadora e docente envolveu três momentos: (1) apresentação da proposta metodológica da pesquisa (entrevista narrativa⁵) e solicitação de confirmação do aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (2) entrega de um questionário de caracterização com informações sobre gênero, idade, formação, atividades e projetos acadêmicos, e uma folha com a descrição dos eixos que seriam utilizados para a composição das narrativas; e (3) entrevista narrativa, com a permissão para gravação em áudio, seguindo as questões orientadoras do estudo expostas na forma de eixos. Todas as entrevistas narrativas foram integralmente transcritas e transcriadas⁽⁶⁾.

Nesta pesquisa, optou-se pela entrevista narrativa pelo interesse em apreender as representações dos professores sobre suas trajetórias e concepções, possibilitando que participantes e pesquisadoras pudessem intercruciar histórias de vidas, os contextos institucionais e as políticas indutoras de reorientação da formação em saúde. A narrativa hoje tem sido utilizada como um dispositivo metodológico tanto no ensino quanto na pesquisa e diversos pesquisadores tem se aprofundado no tema trazendo discussões muito pertinentes sobre seu uso e modos de construção⁶⁻⁹.

De acordo com os estudos de Jovchelovich e Bauer⁵, compreende-se entrevista narrativa como um percurso que parte de questões *exmanentes* à questões *imanentes* (das questões da pesquisa às questões trazidas pelos participantes).

Ao revelar condições estruturais, normas, opiniões, a fala também possibilita mapear o sistema de referência que informa, orienta e conduz uma maneira de conceber e de agir, que não é somente de um único ator social, e sim reflete situações históricas, econômicas e culturais específicas que são compartilhadas pelos membros de uma sociedade¹⁰.

Para análise dos dados empreendeu-se uma análise de conteúdo do tipo temática, segundo Minayo e Franco^{10,11}, na qual se propõem a leitura crítica do

⁽⁶⁾ Nesta pesquisa adotou-se o referencial de transcrição como instrumento que, para além da transcrição do áudio, respondem às complexidades das narrativas de vida pois compõem com as observações e registros na busca dos sentidos.

material e categorização das falas em unidades de contexto e registro a fim de apreender os sentidos e questões do discurso analisado.

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e aprovado sob número 244.464. Todos os professores participantes da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Conhecendo os professores atuantes no Pró-Saúde e PET-Saúde

Os professores participantes atuam nos cursos de Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Farmácia e Bioquímica. Dos 13 professores participantes, dez eram do gênero feminino, com idade variando entre 39 e 63 anos. Os entrevistados possuem 19 anos de tempo médio de inserção em atividades de docência: o docente com menor tempo de atividade desempenha a função há quatro anos e o docente com maior tempo há trinta anos. Todos, na data da entrevista, possuíam Mestrado e 12 docentes possuíam também doutorado.

Sobre as atividades que desenvolvem na Universidade, todos desempenham a função docente, além de outras relativas ao meio acadêmico como: atividades de gestão, participação em grupos de trabalho, bancas diversas e avaliação de projetos. Das 5 possibilidades de atividades acadêmicas citadas, os docentes desempenham em média quatro atividades. A maior parte deles exerce, simultaneamente, funções de coordenação e docência em mais de um local/turma.

Os professores transitam por diversos projetos, sendo comum a atuação nos projetos Pró-Saúde e PET-Saúde como tutores, coordenadores e co-tutores.

O envolvimento em atividades de iniciação científica e pesquisa, e trabalho com outro(s) projeto(s) foram relatados por todos os professores. Apontaram, também, um grande envolvimento político ao longo de suas trajetórias, principalmente relacionado a movimentos estudantis.

A aproximação com a docência foi construída ao longo de diferentes inserções em suas práticas nos serviços e na academia. Afirmam que em suas formações não tiveram preparo específico para o exercício da docência:

Esse pra mim foi um grande desafio, porque é isso: você se forma técnico e de repente você por alguma via entra para o caminho da docência, ou você escolhe ser docente e não existe esse preparo na graduação. No mestrado ou no doutorado é que você vai aprender um pouco sobre o que é formação. O que é formar o outro. Eu acho que nas minhas primeiras turmas - e eu comento isso ainda hoje com os meus alunos - eu praticamente dava um curso de especialização: eu ia lá no específico do específico. Então entrar pra docência foi também uma grande experiência pessoal: começar a discutir o que é formação, o que é graduação, o que é avaliar, o que é ensinar, mas tudo isso veio muito na vivência do dia-a-dia e nas discussões com os grupos de professores e tal. (Doc. BS1)⁽⁴⁾

São professores que tem uma relação forte com a prática nos serviços, mesmo aqueles que, ao finalizarem a graduação, optaram pelo ingresso seqüencial e imediato em programas de pós-graduação.

⁽⁴⁾ Para preservação do anonimato dos docentes optou-se por identifica-los através da sigla DOC, seguido pelo campus em que atua (BS ou SP) e um algarismo indicando a seqüência das entrevistas narrativas realizadas.

Narrativas: vozes em diálogo

No processo de análise temática^{10,11} das narrativas foram apreendidas 83 unidades de contexto e 133 unidades de registro que permitiram a construção de categorias: 1) Motivações: por que atuo no Pró-Saúde e no PET-Saúde?; 2) Formar em saúde: um projeto em parceria; 3) Docência em saúde: em busca de sentidos; 4) Docência no Pró-Saúde e PET-Saúde: fortalezas, fragilidades e potencialidades.

1) Motivações: por que atuo no Pró-Saúde e no PET-Saúde?

Esta categoria mostra-se constituída de diferentes nuances: uma primeira abrange o comprometimento com a formação a partir da valorização do contato vivo com os alunos, da possibilidade de continuar aprendendo e ensinando, e da importância de oferecer e participar de uma formação mais ampla que possa repercutir nas práticas de atenção e cuidado:

Acho que o que motiva a continuar é querer mudar, é acreditar que o SUS tem que dar certo ... É acreditar no serviço público, acreditar que tem de ter um outro jeito de organizar serviço, um outro jeito de organizar a atenção, de fazer o cuidado, e que então talvez eu tivesse um papel para de alguma forma ajudar a mudar isso que tá aí, e trabalhar com estudantes de graduação é o que me mobiliza: é achar que quem sabe eu tenho algum papelzinho bem pequenininho de fazer com que esses estudantes sejam profissionais diferentes dos que estão aqui hoje [...]. Dependendo da turma, dos momentos até pessoais talvez, a gente fica muito desanimado, mas de repente aparecem alguns alunos que você percebe que conseguiu mexer, que a experiência que eles tiveram - que eu propicieei ao estar junto, ao leva-los a ver uma outra realidade - mexeu com eles, então as vezes isso é superanimador! Se eu conseguir de 120 mobilizar 1 ou 2 já tá bom, mas não é uma tarefa fácil... é muito desgastante, a gente cansa. (Doc.SP3)

Este comprometimento imbrica-se com uma motivação pessoal de se tornar docente, gosto pelo ensino e busca por um fazer significativo que parece sofrer fortes influências de experiências prévias como as vivências na pós-graduação, nos estágios e nas práticas em serviços. Estas experiências motivam e também se constituem em "saberes da prática" que contribuem no exercício de repensar a própria docência e o modo como os profissionais de saúde devem ser formados.

Na esteira das motivações, emergem com destaque nas falas dos docentes a aproximação com as secretarias de saúde, a melhora na relação com os serviços e a participação em um projeto que propõe parcerias:

[...] quando a Universidade escreveu o projeto, ela respondeu ao edital do PROPET, e eu entendi, ou reconheci, ou vislumbrei ali a possibilidade de participar de um projeto que não era estritamente acadêmico, no sentido de que não era um projeto dentro da universidade. Ele é acadêmico porque ele tá ligado à Universidade, mas com uma abrangência maior e num tipo de parceria com a rede [...]. Vislumbrei um projeto com financiamento, financiamento pra muita coisa: capacitação da rede, pagamento de bolsa pra aluno... então é uma coisa que tem um investimento, não é uma simples vontade de meia dúzia de pessoas. Vislumbrei essa coisa de uma parceria que pudesse ser interessante. (Doc.SP2)

2) Formar em saúde: um projeto em parceria

Esta categoria revela um sentido de formação que significa possibilitar aos alunos a reflexão acerca do modo como o cuidado em saúde hoje é produzido. Para tal, os docentes acreditam que é importante que o professor tenha experiência como profissional de saúde nos serviços:

Como docente, eu acho que a gente tem um papel de facilitador do processo de aprendizagem. Então assim: pra eu formar em saúde tem uma área que é a minha área de conhecimento, e

eu tenho que ter uma vivência e conhecimentos nessa área, para junto com o aluno facilitar o processo de aprendizagem dele em relação a isso [...]. A gente aprende vivenciando, não é só em saúde. Esse papel de facilitador também está muito articulado ao facilitar no espaço em que as coisas acontecem, é facilitar fazendo, propiciando ao aluno se integrar nos espaços em que as atividades são realizadas, [...] porque não dá pra você dissociar a formação do trabalho. Eu acho que o papel do docente é esse: é ele ser um facilitador possibilitando a inserção do estudante no mundo do trabalho. (Doc.SP3)

A parceria presente e constituinte na formação em saúde abrange para além da díade educador-educando, os profissionais de saúde, os usuários, a comunidade. Neste sentido, a aprendizagem nos espaços de prática, integrados à rede de serviços de saúde, demanda uma construção conjunta entre os envolvidos no processo de formação:

[...] Eu tenho me esforçado bastante para construir junto com os alunos uma outra forma possível inserção, de construir o trabalho nos serviços, o trabalho que eles vão desempenhar no futuro, então isso é o norte de todo o processo de formação: que tipo de profissional hoje é fundamental pra estar nos serviços? Porque eu sinto que essa construção da reforma foi muito rápida e muita gente tá muito perdida e com dificuldade de produzir sentido no trabalho, e isso não é a toa! De que tipo de experiências essas pessoas puderam participar na vida? Uma dessas experiências é a formação, na faculdade por exemplo. (Doc.B56)

3) Docência em saúde: em busca de sentidos

Os professores narraram a docência como uma atividade prazerosa que envolve aprendizado mútuo e constante. No cotidiano de projetos como o PET-Saúde, relataram a experiência em campo como um desafio que contribui para que eles possam também repensar suas práticas.

Apreende-se um sentido que articula formação profissional com formação de cidadãos comprometidos com questões éticas que dizem respeito a diferentes âmbitos: ser docente reveste-se de grande responsabilidade na medida em que pode contribuir para que sejam pensadas práticas de saúde mais resolutivas. E neste contexto, emergem questões referentes ao exercício nos serviços de saúde, às relações com as secretarias e unidades, ao relacionamento com os alunos que não estão abertos ao aprendizado na prática e à luta cotidiana no exercício de uma docência incomum:

Ser docente eu acho que é uma mistura de uma atividade extremamente prazerosa, a atividade que eu escolhi e que eu fazia tudo de novo para estar aqui, mas ao mesmo tempo é extremamente desafiador e tem uma luta cotidiana de uma certa posição como docente, que não é um docente qualquer, não é um "docente padrão", vamos dizer assim. Não é um docente hegemônico, é um docente que pensa em fazer coisas diferentes, e isso traz uma carga: se por um lado é prazerosa e leve, por outro é muito penosa e muito árdua, principalmente, em relação a quantidade de trabalho. Você ter uma atuação como um docente que é voltada pro serviço te dá uma carga de trabalho em relação a pactuações, planejamentos e avaliações que são constantes e que não são só suas e dos seus alunos, são suas, dos seus alunos, do pessoal do serviço, dos usuários num certo nível, e a gente pode extrapolar pra outros níveis, porque isso só acontece se tiver um planejamento, uma pactuação nos níveis centrais por exemplo, de direção de campus, de secretaria de saúde, então isso traz um lado prazeroso mas também pesado... (Doc.B55)

4) Docência no Pró-Saúde e PET-Saúde: fortalezas, fragilidades e potencialidades

A docência construída no Pró-Saúde e PET-Saúde está atravessada e constituída de fortalezas, fragilidades e potencialidades. No âmbito das fortalezas, os docentes destacaram a Atenção Básica como prioridade para as ações, as parcerias entre Universidade e Secretarias e consequente abertura para diálogo, e a aproximação entre alunos e os serviços de saúde:

Acho que o PET proporciona esse contato entre os serviços, os estudantes, a formação, os problemas de saúde, as questões dos usuários e o debate, então é um espaço muito forte, muito potente, de formação e de transformação. Acho que vale a pena, agora é um espaço de muito trabalho, muito artesanal assim, de lidar com essas relações [...]. Ele vale a pena porque eu acho que pra investir numa formação pro SUS tem que ter a inserção deles no SUS, e essa inserção muitas vezes é diferente da inserção que o aluno imagina quando lê a lei do SUS, quando lê as premissas, os direitos, muitas vezes isso é apresentado pro aluno como se fosse uma coisa posta e não uma coisa processual, construída historicamente e em construção, então a gente vê como é necessário fazer esse contato, perceber os processos, saber se posicionar. Acho que é importante e necessário que na formação dos alunos em saúde tenha esse contato com o que acontece com o SUS e que o aluno possa entender o processo que a saúde está passando enquanto política pública. As pessoas trazem uma visão muito pessoal de saúde e as vezes até muito individualizada, e se você vai trabalhar saúde como um processo, se você entender saúde como uma política pública, isso já ampliou. (Doc.BS9)

Uma fortaleza estruturante na docência no Pró-Saúde e PET-Saúde é a possibilidade de formar profissionais mais críticos a partir das experiências apresentadas em campo, a integração multiprofissional e a promoção de Educação Permanente para os profissionais que atuam nos serviços. Os docentes também ressaltaram as possibilidades de mudanças curriculares e valorização dos projetos de extensão a partir dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde:

[...] Tem outras coisas também, por exemplo, nós aqui na Enfermagem temos um ponto forte que foi que em cima da proposta do Pró-Saúde a gente fez uma tentativa de mudança do currículo e conseguimos. Não sei se ficou melhor logicamente, mas houve esse movimento aqui dentro. Esses pra mim são pontos fortes. Dentro desses pontos fortes nós conseguimos ter um dia de área livre, um dia para eletivas. Isso foi assim um ganho! Agora a luta é ter isso na universidade, porque o que acontece: Medicina não tem um dia pra trabalhar com a Enfermagem que não tem dia com a Farmácia que não tem dia com não sei quem, que não tem dia com nada, e nada funciona com nada. Isso dentro daqui, desse campus. Nem pensar em outro campi, entendeu? Hoje os nossos meninos tem crédito por fazer extensão, tem crédito por fazer eletiva, desde que nós como tutores e coordenadores digamos que eles fazem, porque tem muita gente que diz que está na extensão mas não está e a gente tem que controlar isso e não dar créditos indevidamente. Isso foi muito bom porque faz com que as unidades curriculares eletivas não concorram com quem quer fazer extensão, então isso é um ponto forte. (Doc.SP1)

Por entre fortalezas e fragilidades, a questão do financiamento no âmbito dos projetos não é uníssona, tendo grandes pontos de discordância entre as narrativas analisadas: por um lado, o reconhecimento do valor do fomento para induzir processo de reorientação na formação; por outro, a indicação dos desconfortos quanto ao financiamento: “[...] o fato de envolver pagamento, e ter um pagamento diferenciado... e isso seja para o docente e mais complicado ainda é para os preceptores, porque são vários trabalhadores que acabam exercendo atividades junto ao estudante, então esse é um outro dificultador [...]” (Doc.SP3).

A Docência no Pró-Saúde e PET-Saúde defronta-se com os diferentes modos de conduzir grupos de trabalho, os cenários de prática para o desenvolvimento dos projetos em campo e a falta de articulação entre os componentes da rede de serviços de saúde.

Para além das fragilidades interinstitucionais, relatam a desvalorização das participações dos professores como tutores no Pró-Saúde e PET-Saúde (e projetos de extensão de maneira geral) e o modo como, ao mesmo tempo em que há uma política nacional que valoriza a indução de uma formação ampliada em saúde, institucionalmente é realizada uma avaliação que desvaloriza o docente que trabalha nessa lógica de formação:

[...] a grande crítica que eu tenho disso tudo é que de um lado há incentivo, existe uma parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, mas na hora de você avaliar o docente só pesa aquilo que ele publica em termos de artigo. E só artigo, nem livro nem nada, nem o que você faz nem nada. Não que isso não seja importante, eu acho que é importante sim mas a única moeda de troca aqui dentro é essa, e isso é lamentável principalmente se existe uma parceria entre os dois ministérios. Isso tá errado. (Doc.BS1)

E neste percurso de luta pela valorização docente, os professores narram ainda o não reconhecimento do PET-Saúde como parte do currículo, dificultando a construção de espaços comuns que possibilitem o envolvimento de todos na vivência e avaliação das experiências “petianas”.

Dialeticamente, engendram-se possibilidades: campo de formação para alunos, docentes e preceptores, estratégia para o desenvolvimento pessoal, avaliação e ampliação de serviços em lugares onde não existiam e mudanças no modo como os profissionais se relacionam entre si, com os usuários, alunos e com a rede.

[...] o projeto PET é uma possibilidade de extensão muito rica, muito mais rica do que quando você faz algo no seu casulo, você sozinha, sabe? Você tem o apoio institucional, você tem a possibilidade de fazer inter, o que é bem mais rico do que fazer sozinho. Acho que é uma política indutora de atividades de extensão dentro da graduação de uma riqueza muito grande. (Doc.BS1)

Os docentes narraram que o processo de mudança na formação depende de todos os atores envolvidos e que políticas como o Pró-Saúde e o PET-Saúde contribuem para que as instituições de ensino, docentes e secretarias de saúde estejam motivadas a contribuir para a formação de um profissional crítico e comprometido com o SUS.

Docência em Saúde no Pró-Saúde e PET-Saúde: espaços, lugares e territórios de formação

É possível apreender a partir das análises das narrativas que os professores atuantes no Pró-Saúde e no PET-Saúde dos campi Baixada Santista e São Paulo da Universidade Federal de São Paulo são, além de profissionais de saúde definidos por suas titulações, mulheres e homens comprometidos com a saúde e com a garantia de acesso aos direitos da população, trazendo consigo um rico repertório de experiências que remetem a um preparo ético e político para o exercício de um cuidado ampliado na saúde.

A docência surge para eles imbricada ao campo da prática, potencializada por experiências ao longo de seus trajetos como contato com alunos nos serviços, aproximação ao campo da docência na pós-graduação e oportunidades correlatas.

A partir das trajetórias de formação apresentadas é possível inferir que eles aprenderam a ser docentes no exercício das experiências que lhes foram apresentadas e a partir disto, e de suas referências anteriores, concretizaram o modelo de docência na qual acreditam e investem. Surge neste contexto uma perspectiva diferencial: formar-se professor(a) revela-se também como processo/produto de múltiplas experiências no “território do trabalho”¹². Para este grupo docente, suas vivências nos serviços de saúde, com e nas políticas públicas e ainda, nos movimentos sociais e lutas pela saúde como direito, parecem ser estruturantes na constituição do ser docente.

Neste processo formativo, é possível observar o conceito de autoria¹³: os professores foram e são autores de seus processos formativos, tendo em vista que construíram modos próprios de apreender e transformar o aprendizado dentro do contexto que lhes foi apresentado. Todavia, não se trata de uma autoria solipsista, mas de uma autoria forjada nas relações intersubjetivas em condições concretas de produção do trabalho docente.

Os docentes narram a universidade como espaço¹² potente de transformação e sentem-se motivados a exercerem suas docências junto ao Pró-Saúde e PET-Saúde pelo diálogo e ações junto à

rede de serviços de saúde e aproximação ao campo das práticas, de seus projetos pessoais, assim como pela troca de experiências e parcerias.

De acordo com Carvalho e Ceccim¹⁴, para mudar os lugares de formação faz-se necessário, entre outras coisas: “[...] investir na aprendizagem a partir de valores partilhados e desenvolver a capacidade de crítica, auto-análise e autogestão, com vistas a construir outros modos de aprender, de aprender a aprender, de aprender no trabalho e de aprender na saúde” (p. 25).

Para Freire¹⁵:

[...] ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem forrar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina ensina alguma coisa a alguém. Por isso é que, do ponto de vista gramatical, o verbo ensinar é um verbo transitivo-relativo. Verbo que pede um objeto direto – alguma coisa – e um objeto indireto – a alguém. (p. 12)

Ao narrarem suas trajetórias, concepções e experiências, os professores reconhecem-se como mediadores de aprendizagem e identificam o Pró-Saúde e PET-Saúde como potentes políticas para o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva, construindo sentidos para os diferentes modos de formar-se em saúde.

Reiteram que a manutenção de políticas como estas são de responsabilidade coletiva, mas que a universidade, como proponente, possui o papel de apoiar e contribuir para que os projetos sejam valorizados e viabilizados principalmente dentro dos campi. Sugerem espaços de troca, dentro e fora da universidade, em diferentes níveis (regional, estadual e federal) como simpósios, seminários e congressos, a fim de que as experiências que estão acontecendo pelo país possam ser conhecidas, discutidas, compartilhadas e multiplicadas.

Diferentes autores¹⁴⁻¹⁸ afirmam que os condicionantes políticos e institucionais também conformam modos de ser docente, ao lado dos percursos históricos das profissões e de seus movimentos de ampliação e consolidação. Neste sentido, a singular característica dos participantes desta pesquisa, que vivenciaram as diversas mudanças políticas e sociais que ocorreram no país entre os anos 80 e 90, e de terem sido formados, em sua maioria, no “modelo pré-SUS”, vai marcar a docência envolvida em projetos e programas comprometidos com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Carvalho e Ceccim¹⁴ o número de profissionais especialistas não garante, por si só, um atendimento satisfatório à população e alertam que um dos fatores que corrobora para esta situação seria a fragilidade do ensino sobre o SUS na formação em saúde. O investimento na formação docente em ambiências concretas das práticas de atenção à saúde, e a incorporação às agendas de temas como a luta pela saúde como direito no Brasil, as relações de poder entre as profissões e a profissionalização da docência, poderiam contribuir para o reconhecimento ético-político do trabalho docente em saúde.

As análises empreendidas a partir das narrativas dos docentes que atuam no Pró-Saúde/PET-Saúde dos campi Baixada Santista e São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, permitem afirmar que a formação docente, coadunada com os pressupostos centrados na prática como estruturante do aprender a ser profissional, demanda ser pensada a partir das questões referentes ao modo como os estudantes aprendem, e, também, a partir da reflexão colaborativa sobre motivações para ser professor(a), concepções sobre o formar em saúde, aprender em contextos de prática concreta, da produção do cuidado e os entrelaçamentos com as políticas públicas de saúde e educação.

Considerando que propostas inovadoras de desenvolvimento docente implicam em uma triangulação dialética entre espaço, lugar e território¹⁵, reconhece-se o Pró-Saúde e o PET-Saúde como espaços de aprendizagem da docência universitária: fortalecimento das relações com os estudantes, profissionais e comunidade; a necessidade de desenvolver estratégias metodológicas diferenciadas; a possibilidade de articular ensino, pesquisa e extensão nos serviços de saúde. Estes lugares também evidenciam suas potências como espaços de formação docente: os sentidos atribuídos pelos professores às suas atuações no Pró-Saúde e PET-Saúde, as vivências de campus mais coerentes com

a proposta das políticas, expressando prazer e compromisso, são mobilizadores da reflexão sobre a própria prática e a busca por transformá-la, coletivamente, junto aos estudantes, pares, profissionais dos serviços e comunidade.

Todavia, as fragilidades apontadas, bem como as denúncias de hipervalorização da pesquisa, secundarização do trabalho do professor, restritos ecos no cotidiano da universidade (currículos, práticas de avaliação, relação com a comunidade), as descontinuidades das políticas indutoras e o subfinanciamento da educação, desvelam que o Pró-Saúde e PET-Saúde não têm configurado territórios reconhecidos e valorizados de formação docente.

Desta forma, esta pesquisa reafirma e evidencia pistas¹⁸⁻²⁰ - formação *in loco*, valorização do trabalho docente, atuação na perspectiva interprofissional, parceria universidade-serviço-comunidade, reconhecimento dos saberes da prática e do diálogo destes com os saberes acadêmicos e pedagógicos - para o redimensionamento das propostas de formação docente na área da saúde. Os itinerários de aprendizagem narrados pelos participantes deste estudo foram determinantes na condução a docências colaborativas, interprofissionais, críticas, implicadas socialmente e referenciadas nas necessidades dos sujeitos.

Os movimentos analíticos das narrativas permitiram reconhecer a importância da docência que se compromete com a formação de cidadãos e profissionais para atuação no SUS, e a integração entre universidade, serviço e comunidade, investindo no cuidado como processo vivo, na perspectiva da integralidade como pilar fundamental para o desenvolvimento de projetos que tenham como objetivo a reorientação da formação em saúde.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Aos professores que generosamente participaram e contribuíram com este estudo, pelo exemplo de força na luta pelo fortalecimento do SUS.

A CAPES e Ministério da Saúde, Programa Pró-Ensino na Saúde, pelo financiamento e oportunidade de produção coletiva.

Referências

1. Batista NA, Silva SHS. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: Batista NA, Batista SH, organizadores. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: SENAC; 2014. p. 17-27.
2. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação (BR). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 421, de 03 de Março de 2010. Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36 Supl 1:3-4.
5. Jovchelovich S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 90-113.
6. Evangelista MB. A transcrição em história oral e a insuficiência da entrevista. *Oralidades.* 2010; 4(7):169-82.
7. Evangelista MB. Entre a expressão e a intenção: possibilidades de construção narrativa através da transcrição em história oral. In: Anais do 26o Simpósio Nacional de História; 2011; São Paulo. São Paulo: ANPUH; 2011.
8. Caldas AL. Transcrição em história oral. *Neho Hist.* 1999; (1):71-9.
9. Cunha MI. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev Fac Educ Univ São Paulo [Internet].* 1997 [citado 7 Mar 2015]; 23(1-2):185-95. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/59596/62695>
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 1992.
11. Franco MLPB. O que é análise de conteúdo. *Cad Psicol Educ.* 1986; (7):1-31.
12. Cunha MI. Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. *Educ Unisinos.* 2008; 12(3):182-6.
13. Batista SHSS, Rossit RAS. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: Batista NA, Batista SHSS, organizadores. *Docência em saúde: temas e experiências.* 2a ed. São Paulo: SENAC-SP; 2014. p. 51-68.
14. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006.
15. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 37a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2009.
16. Cardoso L, Chaigar VAM, Forster MMS, Rodrigues H, Wolff R. Um lugar na formação de professores do ensino superior: estágio docência. In: Cunha MI, organizador. *Trajetórias e lugares da docência universitária: da perspectiva individual ao espaço institucional.* Araraquara: Junqueira & Marin; 2010. p. 105-14.
17. Spazziani ML, organizador. *Profissão de professor cenários, tensões e perspectivas.* São Paulo: pUNES; 2016.
18. Veiga IPA. *Universidade e desenvolvimento profissional docente: propostas em debate.* Araraquara: Junqueira & Marin; 2012.
19. Almeida MI. *Formação do professor do ensino superior: desafios e políticas institucionais.* São Paulo: Cortez; 2012.
20. Vasconcellos MMM, Sordi MRL. Formar professores universitários: tarefa (im) possível? *Interface (Botucatu).* 2016; 20(57):403-14.

Santos GM, Batista SHSS. Docencia, Pro-Salud y PET-Salud: narrativas de un quehacer interprofesional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1589-600.

Políticas inductoras como el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud) y el Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud) configuran espacios para aprendizaje de la docencia. En este sentido, este artículo asume como objetivo la caracterización de las trayectorias, concepciones y expectativas de profesores actuantes en el Pro-Salud y PET-Salud de la Universidad Federal de São Paulo. La producción de los datos incluyó entrevistas narrativas con 13 profesores. A partir de los análisis realizados, se reconoce el Pro-Salud y el PET-Salud como “espacios de formación docente”, sin que se configuren, no obstante, como “territorios reconocidos y valorizados de formación de profesores”. Esta investigación permite mapear pistas para el redimensionamiento de propuestas de formación de profesores del área de la salud, a partir de los itinerarios de aprendizaje narrados que dirigieron a los participantes de este estudio hacia docencias colaborativas, interprofesionales, críticas, implicadas socialmente y con referencia en las necesidades de los sujetos.

Palabras clave: Educación superior. Salud. Políticas públicas. Docencia. Narrativas.

Submetido em 13/11/17. Aprovado em 16/08/18.

A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes*

Lucas Cardoso dos Santos^(a)

Janete Pessuto Simonetti^(b)

Antonio Pithon Cyrino^(c)

Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1601-11.

Currently, in view of the complexity of health problems and the need for a quality and safe care to users, there has been an effort to develop interprofessional education from the beginning of undergraduate health courses. The experience of undergraduate Medicine and Nursing students with interprofessional education is investigated in teaching disciplines in primary healthcare from the perspective of these interlocutors through interviews with a semi-structured script. Data was analyzed according to Bardin's Thematic Content Analysis. Despite their stereotypes related to the professions, students can learn about colleagues from other courses and with them, and share practices and knowledge. Furthermore, we found out that teachers play an important role as mediators of the teaching-learning process in the development of interprofessional education.

Keywords: Interprofessional education. Primary healthcare. Higher education. Brazil.

Atualmente, frente à complexidade dos problemas de saúde e à necessidade de uma atenção de qualidade e segura a seus usuários, tem se buscado desenvolver a educação interprofissional (EIP) desde o início da graduação nas profissões da Saúde. Investiga-se a experiência de estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem com a EIP, em disciplinas de ensino na atenção primária à saúde (APS), na perspectiva destes interlocutores, mediante entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin. A despeito dos estereótipos que os estudantes possuem sobre as profissões, eles podem aprender sobre e com os colegas de outro curso e compartilham entre si práticas e saberes. Verificou-se, ainda, que o docente tem um importante papel como mediador do processo ensino-aprendizagem no desenvolvimento da EIP.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Atenção primária à saúde. Educação superior. Brasil.

* Este artigo é resultado de dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). É parte do projeto "Integração universidade, serviços de saúde e comunidade na faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp: construindo novas práticas de formação e pesquisa", financiado pela Capes, Edital 024/2010 – Pró-Ensino na Saúde (AUXPE no 2237/2010 e no 3281/2014), com bolsa de mestrado pelo PPGSC, Faculdade de Medicina de Botucatu

^(a) Pós-graduando do Programa em Enfermagem (doutorado), FMB, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Avenida Prof. Mário Rubens Guimarães

Montenegro, s/no, Distrito de Rubião Junior. Botucatu, SP, Brasil. 18618-687. lucascardoso_santos@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Enfermagem, FMB, Unesp. Botucatu, SP, Brasil. jpessuto@fmb.unesp.br

^(c) Departamento de Saúde Pública, FMB, Unesp. Botucatu, SP, Brasil. acyrino@gmail.com

Introdução

A implantação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu um novo desafio à formação nas profissões da saúde no Brasil que é o de formar profissionais que trabalhem no SUS de forma coerente com seus pressupostos ético-políticos e respondam à complexidade dos problemas de saúde, bem como ofereçam uma atenção com qualidade e segura aos seus usuários. Essas necessidades de saúde têm requerido um outro arranjo de organização do trabalho em saúde.

Nos últimos anos, diversas iniciativas de mudanças na formação das profissões de saúde recomendam a adoção da EIP para avançar em uma nova configuração do trabalho¹.

Trata-se de reconhecer que as transformações no sistema educacional e de saúde devem ocorrer de maneira interdependente e articulada². Em meio a essas mudanças requeridas, cabe destacar aquelas voltadas para alcançar um melhor entrosamento da equipe de saúde, dentro da qual se destaca a necessidade de promover a aproximação de futuros profissionais desde a sua formação como uma estratégia para alcançar uma prática interprofissional na equipe de saúde; ou seja, uma prática de atenção à saúde na qual profissionais de diferentes áreas prestam serviços de modo colaborativo, orientados pela integralidade, envolvendo usuários, familiares e comunidades³.

Nessa perspectiva, estudantes ou profissionais de duas ou mais profissões de saúde que aprendem com, de e sobre cada uma delas melhoram a colaboração e a qualidade da assistência, como bem demonstram pesquisas envolvendo o tema da EIP⁴.

Na esfera da atenção à saúde, observa-se que a incompreensão ou o pouco conhecimento que o profissional de saúde detém sobre o papel das outras profissões que também atuam nos serviços de saúde – influenciado por estereótipos sobre as demais profissões, pelo medo de perder a identidade profissional, pela necessidade de os profissionais protegerem seu núcleo de saber-poder, entre outros aspectos⁵ – resulta em fragmentação da atenção oferecida, o que compromete sua qualidade e produz insatisfação em profissionais e usuários¹.

No Brasil, são pouco difundidas as práticas de EIP nas instituições formadoras das diferentes profissões da saúde, com uma correspondente literatura científica ainda pequena a esse respeito¹. Os estudos já publicados no país reconhecem que os profissionais formados com tal perspectiva estavam mais abertos para a aprendizagem compartilhada⁶⁻⁸; com relações mais próximas entre os envolvidos⁹; mais preparados para o trabalho em equipe^{7,8,10}, assim, potencializando o alcance das competências profissionais⁶, como uma prática mais integral da atenção à saúde^{7,8,10}.

Todavia, a implementação da EIP requer enfrentar uma série de obstáculos, dentre os quais destacam-se: o uso de termos distintos – multidisciplinar e o interdisciplinar, que tratam das relações entre as disciplinas – como se fossem sinônimos de interprofissional; os jargões utilizados em cada uma das profissões da saúde; os estereótipos atribuídos a cada profissão; os aspectos culturais e de linguagem; as assimetrias de gênero que envolvem os estudantes; e, por fim, a questão curricular, institucional, que muitas vezes limita a integração entre cursos de graduação de distintas profissões^{3,5}.

Outro desafio à EIP envolve a formação docente, dimensão essencial para essa prática pedagógica, dado que, para a maioria dos professores, essa vivência requer novos saberes e habilidades profissionais que orientem seus estudantes a aprenderem uns com os outros⁴.

Em muitas experiências, como a tratada neste artigo, o corpo docente tem uma composição bastante heterogênea ao incluir como professores-tutores os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção, o que traz novas questões para o desenvolvimento da EIP¹¹.

A presente pesquisa se debruça sobre um espaço formal e regular de prática pedagógica interprofissional com discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da FMB, tendo como objetivo compreender tal experiência de EIP na perspectiva dos próprios alunos.

Método

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa realizada com estudantes de graduação da área da Saúde que buscou compreender a experiência destes interlocutores com a EIP nas disciplinas de interação universidade-serviço-comunidade (lusc) dentro do contexto da APS¹².

As disciplinas lusc do primeiro e segundo anos dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem da FMB, respectivamente, constituem o campo desta pesquisa, que tem como cenários de prática as unidades básicas de saúde (UBS) do município de Botucatu e seus respectivos territórios de abrangência. Essas disciplinas compõem o currículo regular desses cursos, são obrigatórias e estão orientadas pela integralidade e humanização do cuidado nas práticas de APS.

Anualmente, as disciplinas lusc recebem cerca de 120 estudantes (trinta da Enfermagem e noventa da Medicina), que são divididos em dez grupos mistos (12 a 14 discentes dos dois cursos), sob a supervisão de um professor-tutor. Embora parte desses professores sejam profissionais da rede de serviços, aqui vamos utilizar o termo “docente”. Na composição dos grupos, os discentes da Medicina representam cerca de 70%.

Cada grupo de estudantes tem um docente que os orienta nas atividades com a comunidade. Tais estudantes apresentam uma grande diversidade de perfis profissionais: assistentes sociais, dentistas, educadores, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, pedagogos, profissionais da comunicação, psicólogos, sociólogos e terapeutas ocupacionais.

Utilizou-se de amostra intencional para seleção dos participantes, mediante convite a dois estudantes de cada grupo que cursavam as disciplinas no primeiro e segundo anos de 2013 e 2014, ou que estivessem no último mês letivo da lusc no ano letivo de 2014^{12,13}. Para tanto, os docentes foram convidados a indicar os estudantes que julgassem ser bons informantes, os quais foram esclarecidos quanto ao interesse dos pesquisadores na diversidade de perfis de alunos^(d). Nesse caso, ser bom informante não se confunde com ser “bom aluno”, a despeito do “papel de bom aluno” que geralmente assumem os informantes ao “levarem muito a sério a entrevista e aplicando-se para responder bem a cada uma das perguntas”¹⁴. Todos os sujeitos indicados aceitaram participar das entrevistas, que se realizaram nos meses de março e dezembro de 2014. Por fim, houve um total de dez estudantes entrevistados (três do sexo masculino e sete do sexo feminino), cinco de cada um dos cursos de graduação – Enfermagem e Medicina –, cujas idades variaram entre 19 e trinta anos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com roteiro orientado para captar a experiência desses graduandos nas disciplinas lusc, com destaque à EIP na APS. Uma primeira versão do roteiro de entrevista foi aplicada a seis estudantes que, após avaliação, foi ampliada e reorganizada.

As entrevistas foram realizadas pelo primeiro autor deste artigo, que não atuava como docente da lusc na época. Todos os depoimentos foram registrados mediante o uso de gravador, em lugar de preferência do interlocutor, e tiveram duração média de uma hora. Considerou-se o número de entrevistados suficiente para conformar uma diversidade de padrões e com certa repetição no conteúdo dos relatos, garantindo diversidade e riqueza dos dados¹³.

O documento final das transcrições foi organizado segundo o referencial da Análise Temática de Conteúdo, que tem por finalidade aprimorar as descrições do conteúdo de forma aproximada e subjetiva, com o intuito de evidenciar a natureza dos discursos dos sujeitos. Entre as diversas vertentes desse referencial, a aqui empregada permite recortar, a partir do conteúdo das mensagens

^(d) Os diferentes pontos de vista sobre a EIP observados nos resultados sugerem que se alcançou a diversidade proposta aos docentes das disciplinas estudadas.

obtidas, as unidades de registro, classificando-as por categorias temáticas correspondentes aos temas delimitados¹⁵.

Para preservar a identidade dos discentes que participaram do estudo, foram atribuídos nomes fictícios com correspondência ao sexo biológico dos entrevistados, bem como foi alterada ou suprimida qualquer informação relativa a idade, cidade natal, nome de professores-tutores, entre outras. A informação sobre o sexo (feminino ou masculino) não foi utilizada na interpretação dos resultados. Para que se possa identificar o curso de origem de cada estudante, após seu nome indicou-se E (para Enfermagem) ou M (para Medicina).

O presente estudo foi aprovado pelos conselhos dos cursos de graduação de Medicina e Enfermagem e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB.

Resultados e discussão

A análise permitiu construir duas categorias temáticas em torno da EIP na graduação de Medicina e Enfermagem dentro do contexto da APS, tendo por base a perspectiva dos próprios participantes: (1) o estudante aprende sobre e com os colegas de outro curso e (2) o docente media o processo de ensino-aprendizagem. Em cada uma dessas categorias, buscou-se apresentar as contradições, diferenças e aproximações presentes nos discursos dos interlocutores.

O estudante aprende sobre e com os colegas de outro curso

A vivência e experiência nas disciplinas lusc permitiram aos interlocutores reconhecerem que aprenderam sobre e com os colegas de outro curso. Tal fato é relevante se considerarmos que, anteriormente ao desenvolvimento da EIP nessas disciplinas, não havia práticas curriculares de integração entre estudantes e docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem. Portanto, a EIP representa a primeira iniciativa de integração curricular entre esses cursos.

Todavia, é importante reconhecer que não são poucos os obstáculos que se interpõem entre discentes de cursos diferentes,^{5,16} especialmente entre Medicina e Enfermagem, se consideramos os conflitos na relação entre médicos e enfermeiros já bem estudados^{17,18}.

Essas barreiras ameaçam o esforço, no interior da EIP, para tornar o “ambiente de aprendizagem um espaço no qual os alunos se sintam seguros para se expressarem abertamente”, elemento-chave para uma “efetiva aprendizagem”¹⁹ (p. 25).

No Brasil e em outros países, uma dessas barreiras são as diferenças de renda e gênero²⁰ que marcam essas áreas profissionais, pois orientam previamente diferentes expectativas e escolhas de formação universitária, situação que se alinha à realidade da instituição estudada.

Observa-se que já no início do curso os estudantes expressam concepções estereotipadas da profissão escolhida e das demais¹⁶, o que influencia o modo como se relacionam, como enunciado por uma estudante da Enfermagem: “[...] porque nós temos a visão dos alunos da Medicina [...] deles serem deuses e estarem ali salvando vidas, como eles dizem. [...] é difícil eles pedirem a sua opinião [...]” (Thereza, E).

Em outras vezes, essas concepções estereotipadas foram identificadas como disputas ou hostilidades entre os discentes desses cursos:

Tem gente, por exemplo, que fala: “Ah, é por causa da enfermeira isso”. E aí você vê que é um pouco de preconceito, mas não em relação à profissão e sim isso, de rixa de curso que tem. E, do mesmo jeito, eu já ouvi muito, como, por exemplo, tipo: “Esses médicos não sei o quê”, de um jeito depreciativo, também. (Rodrigo, M)

O distanciamento observado entre os estudantes de Medicina e de Enfermagem foi reconhecido por alguns deles como resultado do isolamento dos primeiros em relação aos colegas de outros cursos.

Contudo, a EIP oferecida permitiu que os próprios estudantes de Medicina se percebessem nesse distanciamento e se sentissem mais interessados no conteúdo de outros cursos:

Em nenhum momento eu achei que iria parar para conversar com uma (colega) da Enfermagem [...]. [Agora] a gente compara como as disciplinas são dadas num curso e no outro. Até onde [vai a] Anatomia? [A] Embriologia? A [...] Fisiologia? E eu acho isso muito interessante esse contato para gente entender o outro. Porque [...] se a gente não entender como ele é formado e o que ele faz, eu não consigo me relacionar bem [...]. (Cláudia, M)

Assim, pode-se reconhecer que a EIP contribuiu para a quebra de barreiras e aproximação entre as profissões durante a formação, com mais chance de se alcançar uma prática interprofissional e colaborativa futura^{16,17}, como indica um estudante de Medicina:

Eu acho muito legal porque a gente acaba percebendo um pouco a diferença, por exemplo, do currículo do outro curso. [...] Mas é legal ter uma relação assim com estudantes de outro curso [para...] já irmos aprendendo como lidar com as outras carreiras que vão estar sempre trabalhando conosco. Então, isso é interessante [...] desde o início da faculdade. (Rodrigo, M)

Neste estudo, foi também possível reconhecer diferentes perspectivas dos sujeitos entrevistados quanto à experiência de aprendizado compartilhado entre os pares de outros cursos. Para alguns deles, a presença do colega de outro curso, no cotidiano das atividades da disciplina, pode ser vista como uma fortaleza ao permitir uma troca de saberes e juízos: “Eu acho uma das disciplinas mais interessantes da faculdade [...] por ter pessoas novas, pessoal da Enfermagem, poder trocar conhecimento com eles [...]. Porque, na maioria das vezes as pessoas trazem coisas novas, a gente consegue compartilhar conhecimento, opiniões e até para confrontar[-las ...]” (Claudia, M).

Por outro lado, para outros estudantes, a experiência da aprendizagem compartilhada requer reciprocidade do outro para com o seu aprendizado e, quando isso não ocorre, podem não perceber tal experiência como positiva ou, até mesmo, podem percebê-la como negativa:

[...] quando a gente estava fazendo visita para essa paciente e tinha na minha carga horária Psicologia, [...] apenas eu [me via] passando conhecimento para [meu colega] e não ele para mim. [...] Eu chegava nele antes da visita e falava assim: olha [...] a gente tem que chegar [na paciente], tem que conversar desse jeito e você também tem que conversar. (Rosa, E)

[...] [Nós] temos a disciplina Relacionamento Enfermeiro-Paciente e Psicologia já no primeiro ano, o que facilita para que tenhamos um olhar mais abrangente do paciente. Os alunos da Medicina [...] só têm as matérias básicas. [...]. Então, você vai, por exemplo, a uma visita familiar com [...] uma aluna da Medicina e percebe que ela tem muita dificuldade ainda de chegar no paciente, conversar, de perguntar sobre a vida dela. Então, eu acho que isso atrapalha muito [o meu aprendizado]. (Thereza, E)

As diferenças de competências dos colegas da Medicina, como indicadas pelos estudantes de Enfermagem, decorrem de assimetrias na grade curricular, que faz com que muitas disciplinas com conteúdos comuns ou próximos sejam ministradas mais tardiamente no curso de Medicina, o que não é entendido como uma oportunidade de orientar o colega e exercitar a EIP.

A positividade da experiência de EIP é percebida por alguns estudantes, especialmente quando desenvolvem atividades comuns aos dois cursos. Para Alessandra, aluna do curso de Medicina, tal vivência não seria possível com conteúdos “específicos”:

Porque não entra em nenhum momento em coisa específica do curso de cada um. Por exemplo, eu acho que tem coisas da Enfermagem, de Administração que a gente não tem essa vivência

na lusc, não tem necessidade, eles têm essas atividades no curso deles. E a gente, por exemplo, cirúrgicas, coisas muito mais médicas, a gente também não tem na lusc. Então, a lusc está num ponto comum entre os cursos, acho que é por isso que dá certo junto. (Alessandra, M)

É interessante observar ainda que a aluna Alessandra distingue o que é comum do que é específico de cada curso, coerente com os objetivos das disciplinas estudadas que buscam desenvolver as “competências comuns” e as “colaborativas”, sem desvalorizar as “competências complementares” ou específicas^(e). Embora a aluna esteja tratando de conteúdos, estes podem compor o conjunto de saberes e habilidades a serem acionados pelo profissional para resolver situações problemáticas concretas no mundo do trabalho, o que chamamos por “competência”²¹.

São nesses momentos de aplicação/compartilhamento dos saberes que os estudantes acreditam que a EIP foi proveitosa e enriquecedora pela oportunidade de aprenderem juntos e compartilharem saberes. A valorização desses encontros com os colegas de outros cursos também aparece na sugestão de que outros cursos da área da Saúde também fossem incluídos nas disciplinas estudadas, para que os alunos pudessem conhecer outras profissões da Saúde.

Já em relação às atividades desenvolvidas nas UBS, para Thereza, aluna da Enfermagem, tais atividades proporcionaram a ela compreender o que é uma prática colaborativa quando acompanharam a atuação conjunta de membros da equipe de diferentes profissões. Essas atividades, ao mesmo tempo, também permitiram aos estudantes construir uma percepção mais interessada na equipe da UBS: “As duas [médica e enfermeira] fizeram uma consulta à gestante juntas. E eu achei muito legal aquilo, porque na verdade [...] o aluno não tem a visão de uma equipe. O aluno tem a visão do profissional independente” (Thereza, E).

Se por um lado a experiência nos serviços lhes permitiram observar bons exemplos de práticas colaborativas, por outro também lhes possibilitaram desenvolver uma capacidade de julgamento do que pode ou não ser um bom exemplo a ser seguido:

Eu sempre falo que vendo as outras pessoas a gente sempre consegue ver o que queremos ser e o que não queremos ser, também. Então, vendo algumas coisas, eu pude ir vendo com o que eu me identificava mais, [...] que eu achava legal, algumas coisas que eu já, talvez, não achava tão interessante. Coisas que eu posso pensar em fazer o dia em que eu for uma profissional e algumas que talvez eu faria diferente. (Maria, E)

A vivência dos estudantes nas UBS também lhes possibilitou conhecer o papel que os outros profissionais desempenham na equipe de saúde, como:

[...] o agente comunitário, que é alguém que é da comunidade, que sabe os problemas, que vai lá na prática e pode trazer essas informações que são relevantes. É isso que vai complementar a abordagem depois. Tudo que você pode fazer dentro do consultório, que não seja uma análise pontual: saber onde está inserido esse paciente, as outras relações que estão além do que a gente pode ver na abordagem clássica. Eu acho que são muito válidas. (Edmo, M)

^(e) As competências comuns são aquelas semelhantes entre todas as profissões, enquanto as complementares são as que “distinguem uma profissão da outra” e as colaborativas “aquelas necessárias para trabalhar efetivamente com os outros”²² (p. 16).

Isso eu achei muito legal [...] [como na UBS] tinha consulta de médico e de nutricionista, [a tutora] encaixou os alunos lá para ver [...] um pouco como o médico trabalha, como a nutricionista trabalha. (Alessandra, M)

Cabe observar que esse julgamento crítico sobre o trabalho da equipe pode ser qualificado quando o docente tematiza questões como o papel de cada profissional na equipe de saúde e/ou a possível colaboração interprofissional presente nas equipes.

É também importante registrar que alguns interlocutores deste estudo apontaram que o contato que tiveram com os profissionais das unidades foi pequeno, o que sugere a necessidade de estratégias pedagógicas que fomentem uma maior interação entre os estudantes e os profissionais dos serviços de saúde.

Eu acho que na teoria a lusc dá bastante importância [...] para a relação que você vai ter com o pessoal da unidade básica. Mas, na prática, o contato é quase nulo com a equipe de saúde. Eu tive mais na lusc I porque numa das primeiras visitas quem me levou à casa do paciente foi a assistente social da unidade. Então a gente conversou e ela contou como era o seu trabalho, o que exatamente fazia e foi bem legal. [...] então, o contato era mais com a professora mesmo, com o restante da equipe não acontecia. (Rodrigo, M)

A despeito das dificuldades elencadas e das diferenças de visões sobre a experiência de EIP, é possível verificar que a prática em serviços de APS oferece uma oportunidade para conhecer o trabalho e o papel dos diferentes profissionais e a eventual colaboração entre estes. Ao mesmo tempo, as oportunidades dadas aos estudantes para que aprendam juntos podem ao longo do tempo reduzir os estereótipos em relação às outras profissões.

O docente media o processo de ensino-aprendizagem

Esta categoria temática expressa o modo como muitos interlocutores deste estudo reconhecem no docente um importante papel na viabilização e fortalecimento da EIP no cotidiano das disciplinas.

Antes de examinar o papel de mediação que o docente pode exercer em sua prática pedagógica, discute-se o quanto a própria composição do corpo docente, com grande diversidade profissional, pode contribuir com a EIP na perspectiva dos próprios estudantes.

Essa grande diversidade de perfis profissionais dos docentes provoca distintas percepções entre os estudantes. Para alguns deles foi bastante positivo quando o docente tinha formação profissional diferente da sua, pois percebiam um maior aprendizado e uma possibilidade de conhecer sobre uma outra profissão:

Eu achei melhor ter um tutor que não fosse médico [...] achei que foi importante eles trazerem [...] informações diferentes por outros caminhos, que eu acho que não teria sido feito por alguém que fosse médico. (Cláudia, M)

[...] porque eu não esperava ter uma tutora dentista. Ela pôde mostrar a sua visão e o quanto uma unidade precisa de vários profissionais para completar a assistência. [...] foi bem legal trabalhar com ela por ser de uma profissão totalmente diferente [...]. Eu acho que quando você traz um tutor que é de uma área diferente da sua você aprende muito mais. (Thereza, E)

Para outros, ter um docente de outra área profissional foi negativa, pois seria uma oportunidade perdida de aprendizado relacionado às competências específicas de sua própria profissão.

Eu acho que talvez fique defasado, como a gente trabalha muito com assistência de Enfermagem, cuidado de Enfermagem e tudo mais... Eu acho que talvez por esse lado fique faltando e poderia ser complementado: "ah, porque no caso da Enfermagem os cuidados

seriam esses, a assistência seria essa". Mas, não que prejudique. Eu acho que pode ficar incompleto. (Graziella, E)

Embora esse ponto de vista possa expressar comportamentos ainda enraizados em uma perspectiva uniprofissional de proteção de uma área de conhecimento e trabalho,¹⁶ também é próprio de uma socialização específica das profissões, que molda os valores e a identidade dos estudantes⁵ e pode, na ausência de uma formação interprofissional efetiva, limitar o contato de estudantes de cursos de distintas áreas profissionais. Nessa socialização, também é importante que o colega de outro curso reconheça e valorize sua futura profissão:

[...] porque com a enfermeira eu me via lá, eu me via nela, ela falava as coisas e eu me via falando. Eu me pegava pensando: "Um dia eu posso ser assim". (Rosa, E)

Eu quero saber o que o enfermeiro faz. [...] então, o interesse seria para ativar mais a curiosidade, despertar o interesse desses alunos [de Medicina ...] seria colocar com o enfermeiro. (Graziella, E)

Há aqui um desafio para o docente, pois, ao mesmo tempo em que precisa valorizar as singularidades das diferentes profissões da Saúde e sua complementaridade na ação da equipe, precisa também lidar com as identidades uniprofissionais muito fortes de alguns estudantes que percebem a EIP e a prática colaborativa como ameaças para seus próprios limites profissionais¹⁶.

A experiência desenvolvida nas disciplinas da FMB com professores de diferentes áreas profissionais mostra-se potente para fortalecer a EIP. Todavia, demanda um processo contínuo e crítico de formação docente, dado que "aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP, ensinando e refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos"²³ (p. 203).

O papel mediador do docente é muito importante no enfrentamento dos obstáculos presentes entre os estudantes, como anteriormente apontado, no reconhecimento das outras profissões, dado que uma atuação crítica desse profissional pode contribuir para a superação dos estereótipos que os estudantes trazem. Em um dos relatos sobre a atuação do tutor, uma aluna da Enfermagem valoriza sua atuação:

Igual a uma paciente que eu atendi e acompanhei. Ela tinha problema de memória e não sabia lidar com isso. Cheguei na unidade de saúde e falei com o meu professor [-tutor], que me disse: "Conversa com a médica, veja até onde isso afeta [a paciente], o porquê que isso acontece. E depois a gente vem e conversa sobre isso com a enfermeira também". (Rosa, E)

O docente, ao valorizar o papel e saber de cada profissão da Saúde, contribui com o enfrentamento dos estereótipos que os estudantes possuem sobre essas profissões. Ao mesmo tempo, pode estimular a troca de saberes entre os alunos de diferentes áreas profissionais e destes com os profissionais da equipe de saúde, construindo assim oportunidades de EIP e de práticas colaborativas.

Há, todavia, situações reportadas nas quais o docente teve dificuldade em lidar com a diversidade de áreas profissionais dos estudantes, o que pode desestimular uma prática de aprendizado voltada para a EIP:

[...] quando eu cursei, ainda não era uma matéria obrigatória para a Enfermagem. Então, na época, por exemplo, era muito falado, assim, até mesmo por pessoas do grupo: "nós da Medicina e as meninas da Enfermagem". Tipo a gente não tinha nome no primeiro ano, era tipo as meninas da Enfermagem, como a gente era tratada. Até mesmo pelos tutores. (Thereza, E)

Os conhecimentos, habilidades e atitudes do docente para exercer esse papel de mediador no desenvolvimento da EIP envolvem diversos atributos, dentre os quais destacam-se as “experiências prévias, a intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes e, em especial, o envolvimento e compromisso docente com a EIP”²³.

Alguns estudantes destacaram a relevância do vínculo construído com o docente, sua experiência anterior e a capacidade de promover a troca entre os pares como elementos importantes para o processo ensino-aprendizagem:

No primeiro ano a gente já tem aquele laço com o professor, então, deixar o mesmo tutor no segundo ano seria bom, porque ela já sabe até que ponto ela pode deixar a gente ir e até que ponto ela pode puxar a rédea. Então eu acharia isso bem legal, continuar a mesma professora. (Rosa, E)

No segundo ano foi muito mais dialogado [...] e você tinha que buscar, trazer e compartilhar com o grupo. Então aconteciam discussões. E no final [a docente] sempre [...] acrescentava uma informação. Então eu acho que era mais dialogado e mais construtivo até, também porque você acabava buscando o conhecimento e complementando com o que o outro trazia. (Thereza, E)

[...] não vi diferença nenhuma por elas serem de outra área profissional [...] agora uma coisa que influenciou é a experiência [anterior]. (Graziella, E)

Os dados empíricos deste estudo indicam a relevância do papel mediador do docente para o desenvolvimento da EIP, tanto no enfrentamento dos obstáculos e estereótipos dos estudantes quanto no desenvolvimento de uma prática pedagógica que valorize a diversidade de saberes das diferentes áreas profissionais da saúde, promova a construção de uma relação de respeito mútuo entre os estudantes e fomente momentos de troca de saberes entre pares e com a equipe de saúde, coerente com o observado por outros autores^{23,24}.

Considerações finais

Esta investigação, ao olhar a EIP sob a perspectiva de estudantes de Enfermagem e Medicina, verificou a presença de estereótipos em relação à área ou profissão do colega já desde os primeiros anos de graduação, o que indica a necessidade de que essa prática pedagógica tenha início já no primeiro ano de graduação das profissões da Saúde.

Ao mesmo tempo, os resultados obtidos sugerem que a EIP é vivenciada quando o compartilhamento de saberes entre os pares, os trabalhadores e usuários da saúde no contexto no qual se inserem é uma dimensão valorizada e destacada no cotidiano das práticas de ensino-aprendizagem. Os dados ainda apontaram aprofundamentos que estão no entorno dos fundamentos essenciais para a operacionalização dessa estratégia pedagógica no ensino da Saúde, entre eles, a importância do professor.

Reitera-se a necessidade da manutenção de espaços para discussão sobre o uso da EIP como abordagem capaz de trazer mudanças na formação profissional, bem como de estudos que se proponham a avaliar a prática e o impacto da EIP no exercício futuro dos profissionais.

Nesse sentido, faz-se necessário ampliar as pesquisas envolvendo a temática, tanto no cenário investigado quanto em outros contextos. Assim, são bem-vindas iniciativas para estimular novas pesquisas que tenham como foco a identificação das fortalezas e fragilidades que permeiam o uso da EIP como prática de ensino, com vistas a qualificar o cuidado na saúde e alcançar um trabalho colaborativo efetivo nas equipes de saúde.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
3. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: WHO; 2010. [citado 16 Jul 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf
4. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 28(3):CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
5. Gilbert JHV. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *J Interprof Care*. 2005; 1 Suppl 1:87-106.
6. Aguilár da Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas)*. 2011; 16(1):167-84.
7. Silva RH. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educ Rev*. 2011; (39):159-75.
8. Almeida MM, Morais RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36 Supl 1:119-26.
9. Cyrino EG. Vivências e percepções da educação interprofissional na pesquisa e ensino na saúde da família. In: *Anais do Congresso Ibero-americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde*; Lisboa; 2012. Lisboa: ISCSP-UTL; 2012.
10. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad Fnepas*. 2012; 2:25-8.
11. Pinto TR, Cyrino EG. Profissionais de saúde como professores: tensões e potências nas práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2014.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualitativa*. 2017; 5(7):1-12.
14. Kaufmann JC. O estatuto do material. In: Kaufmann JC. *A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo*. Petrópolis: Vozes; 2013.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Khalili H, Orchard C, Laschinger HK, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care*. 2013; 27(6):448-53.
17. Holyoake DD. Is the doctor-nurse game being played? *Nurs Times*. 2011; 107(43):12-4.

18. Stein LI, Watts DT, Howell T. The doctor-nurse game revisited. *N Engl J Med.* 1990; 322(8):546-9.
19. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care.* 2005;19 Suppl 1:21-38.
20. Sweet SJ, Norman IJ. The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *J Adv Nurs.* 1995; 22(1):165-70.
21. Manfredi SM. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. *Educ Soc.* 1999; 19(64):13-49.
22. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care.* 1998; 12(2):181-7.
23. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):202-4.
24. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):185-96.

Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. La educación interprofesional en la graduación de Medicina y Enfermería en práctica en la atención primaria de la salud: la perspectiva de los estudiantes. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 2):1601-11.

Actualmente, ante la complejidad de los problemas de salud y la necesidad de una atención de calidad y segura para sus usuarios, se ha buscado el desarrollo de la educación interprofesional (EIP) desde el inicio de la graduación en las profesiones de la salud. Se investiga la experiencia de los estudiantes de graduación de medicina y enfermería con la EIP, en asignaturas de enseñanza en la atención primaria de la salud, desde la perspectiva de estos interlocutores, por medio de entrevistas con guion semi-estructurado. Los datos se analizaron por medio del Análisis Temático de contenido, según Bardin. A pesar de los estereotipos que los estudiantes tienen sobre las profesiones, ellos consiguen aprender sobre los colegas de otro curso, y con ellos, y comparten entre sí prácticas y saberes. También se verificó que el docente desempeña un papel importante como mediador del proceso enseñanza-aprendizaje en el desarrollo de la EIP.

Palabras clave: Educación interprofesional. Atención primaria de la salud. Educación superior. Brasil.

Submetido em 21/11/17. Aprovado em 05/09/18.

Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos:

análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional

José Rodrigues Freire Filho^(a)
 Carinne Magnago^(b)
 Marcelo Viana da Costa^(c)
 Aldáisa Cassanho Forster^(d)

Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV, Forster AC. Specialization courses offered in the scope of the More Doctors Program: documentary analysis from the perspective of Interprofessional Education. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1613-24.

This qualitative and exploratory study aimed to analyze the pedagogical-political projects (PPP) of the specialization courses in Family Health offered under the More Doctors Program (PMM) to verify if it is possible to adopt the theoretical and methodological elements of Interprofessional Education in the courses. A documentary analysis of nine PPPs was carried out. Results show that these documents do not mention explicitly the intention of adopting the theoretical-conceptual and methodological frameworks of Interprofessional Education, but they are fit for the adoption of this approach, as they value reflective pedagogical strategies, recognize the need to develop specific, common and collaborative competencies, and seek to adopt a process-based perspective of assessment. Thus, the analyzed courses represent an opportunity to apply the presuppositions of Interprofessional Education, subsidizing the development of competencies for collaborative practice.

Key words: More Doctors Program. Interprofessional Education. Specialization. Primary care.

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa e caráter exploratório, que buscou analisar os projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM) como possibilidade para adoção dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP). Foi empreendida análise documental de nove PPP, cujos resultados demonstram que tais documentos não trazem explicitamente a intencionalidade de adoção dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP, mas se mostram potentes para a adoção dessa abordagem, na medida em que valorizam estratégias pedagógicas reflexivas; reconhecem a necessidade de desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas; e buscam adotar uma perspectiva processual da avaliação. Dessa forma, os cursos analisados representam uma oportunidade para aplicação dos pressupostos da EIP, subsidiando o desenvolvimento de competências para as práticas colaborativas.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Educação Interprofissional. Especialização. Atenção Primária à Saúde.

^(a, d) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMUSP-Ribeirão Preto). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14049-900. joser.filho@usp.br

^(b) Curso de Medicina, Escola de Saúde, Faculdade Meridional (Imed). Passo Fundo, RS, Brasil. carinne.magnago@imed.edu.br

^(c) Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil. vianacostam@yahoo.com.br

Introdução

O caráter dinâmico e complexo da realidade de vida e saúde das pessoas evidencia cada vez mais a necessidade de reorientação do modelo de produção dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da formação dos profissionais de saúde. O modelo atual caracterizado pela forte divisão do trabalho, centrado no saber técnico do profissional de saúde, e uma formação excessivamente focada nas competências específicas repercutem no desenvolvimento de um perfil profissional incompatível para o enfrentamento desse contexto, com prejuízos para a qualidade e para o atendimento dessas complexas necessidades de saúde^{1,2}.

Esse debate não é estranho ao movimento histórico de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assume o conceito ampliado de saúde e entende a integralidade da atenção como prerrogativa fundamental para a construção de um sistema de saúde forte, capaz de dar as respostas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. A integralidade, enquanto princípio fundamental do SUS, (re)situa essas necessidades na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde³.

Apesar desse princípio e da concepção ampliada de saúde, convive-se com um modelo de formação e de trabalho em saúde centrado nos procedimentos de diagnóstico e de terapêutica, em uma disputa entre o modelo tradicional e outro que parte da compreensão de saúde como direito de cidadania, impondo a necessidade de repensar, de forma conjunta e articulada, reformas no ensino e no trabalho em saúde⁴.

Essa problemática justifica várias recomendações globais que vêm encorajando os países a apostarem no desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe, por meio da colaboração, tendo a melhoria da qualidade da atenção como horizonte dessas mudanças. É com esse propósito que organismos internacionais vêm reconhecendo a importância da educação interprofissional (EIP) e da prática colaborativa como base estruturante de um modelo efetivo de prestação de cuidados de saúde^{5,6}.

A EIP é definida como a ocasião em que atores de diferentes profissões da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de fortalecer a colaboração e melhorar a qualidade dos serviços ofertados⁷. A prática colaborativa, por sua vez, é definida como a integração das práticas profissionais com foco na oferta de atenção integral à saúde, reconhecendo a centralidade dos usuários, famílias e comunidades na ordenação da dinâmica do trabalho e no nível de interação entre as práticas profissionais⁸.

Apesar dessas recomendações, o trabalho em equipe e a formação para a atenção integral enfrentam como um dos grandes desafios a distribuição e formação desigual de profissionais de saúde, problema compartilhado por diferentes contextos ao redor do mundo².

No Brasil não é diferente, principalmente quando se refere à formação e distribuição de médicos. Há uma clara concentração de instituições formadoras em grandes centros urbanos, que reverbera na forte inserção do profissional médico nesses espaços. Como consequência, depara-se com a carência ou completa ausência de profissionais médicos em áreas remotas do país e em regiões carentes das grandes cidades^{9,10}.

Buscando enfrentar esse problema histórico, criou-se, em 2013¹¹, o PMM, que é resultado dos esforços decorrentes da atuação de forças sociais e da maior aproximação entre os interesses do Estado e da sociedade, tornando-se pauta prioritária na agenda governamental. Como base ideológica para a formulação do PMM enquanto componente de uma política pública de saúde, a reemergente tentativa de solucionar a insuficiência de médicos no âmbito do SUS se constitui artifício precípuo para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que esta se operacionaliza por meio de equipes multiprofissionais, nas quais o profissional médico se faz imprescindível¹²⁻¹⁴.

Além de prover médicos para atuação em áreas que carecem desses profissionais, o PMM também objetiva estimular a integração ensino-serviço e a educação permanente como fundamentos para a mudança na lógica de trabalho e de formação em saúde. Nesse sentido, um aspecto diferencial desse programa é a incorporação obrigatória dos médicos em atividades de formação complementar, com propostas metodológicas voltadas para temas que aprimoram a prática da Medicina de Família e

Comunidade e que visam qualificar o profissional na perspectiva do modelo e das políticas de saúde brasileiras^{11,15}. Nessa política, a APS aparece como cenário estratégico para a reorientação da formação dos profissionais de saúde por aproximá-los das necessidades de saúde, sócio e historicamente determinadas, configurando suas complexidades. Além desses aspectos, permite mais possibilidades de desenvolvimento da autonomia dos sujeitos na definição dos atos em saúde mais coerentes com essas necessidades.

A estrutura pedagógica das ações educacionais do PMM está distribuída em dois ciclos formativos. O primeiro é composto de curso de especialização em Saúde da Família, conduzido por uma instituição de ensino superior integrante da Universidade Aberta do SUS (Unasus), e de atividades realizadas pelos supervisores no território. O segundo ciclo busca aprofundar o conhecimento do médico participante em temas relevantes relacionados à APS, sendo realizadas atividades educacionais no nível de aperfeiçoamento e extensão¹⁵.

A atuação do médico do PMM nos territórios visa fortalecer e expandir a capacidade de intervenção e resolução dos problemas, por meio da atuação integrada com os demais profissionais que compõem as equipes de APS. Nesse sentido, as atividades formativas constituem-se oportunidade para o fortalecimento da capacidade de desenvolvimento de competências necessárias à mudança do modelo de atenção à saúde, entre elas, as relacionadas à formação de sujeitos mais aptos ao trabalho colaborativo em equipe. Isso ocorre porque ainda se percebe, no cotidiano do trabalho em saúde, a fragmentação disciplinar do processo de trabalho, que decorre, sobremaneira, de um processo de formação acadêmico uniprofissional que destoa do princípio de integralidade preconizado pelo SUS¹⁶.

Nessa direção, as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina¹⁷, cujo processo de revisão operacionalizado em 2014 foi desencadeado pelo PMM, já explicita que os cursos devem favorecer abordagens formativas com ênfase na interprofissionalidade¹⁸. Assume-se, assim, a EIP como a estratégia mais adequada para a superação de um modelo de formação e de saúde fragmentado, porque ela se configura como uma perspectiva de formação que promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas, tendo por foco as necessidades de saúde da população usuária⁵.

Ao considerar esses aspectos do PMM, a pesquisa foi orientada pela seguinte questão: que aspectos das ofertas formativas do PMM se apresentam como possibilidades para a adoção dos pressupostos da EIP e que se revelam como promissoras para a promoção de mudanças na lógica do trabalho em saúde na perspectiva de uma atenção mais integral e resolutiva?

Posto isso, este artigo tem como objetivo analisar os PPP dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM, como possibilidade para adoção dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, realizada no ano de 2017. A abordagem qualitativa se apresenta coerente frente ao objeto da pesquisa, na medida em que valoriza as percepções, reflexões e impressões dos pesquisadores enquanto parte do processo de interpretação da realidade¹⁹. Já o caráter exploratório se mostra adequado por permitir maior aproximação dos aspectos ainda pouco conhecidos dos PPP relacionados às possibilidades que eles apresentam para a adoção da EIP, evidenciando questões importantes, tais como potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência para o tema em estudo²⁰.

A escolha dos PPP como objeto dessa pesquisa se justifica pela compreensão de que ele representa o instrumento orientador do processo formativo, demarcando suas intencionalidades. É bem verdade que explorar as propostas pedagógicas apresenta limitações por não permitir aprofundamento sobre o cotidiano das escolas, mas é, ao mesmo tempo, o reconhecimento de seu papel nos processos de mudança ou continuidade da formação em saúde.

O *corpus* da pesquisa foi constituído por nove PPP de cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM, cujas instituições proponentes são: Universidade Federal de Ciências

da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS); Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Para evitar qualquer tipo de identificação das instituições na apresentação dos recortes dos PPP, foi utilizado apenas “PPP – Curso” seguido de numeral.

A exploração documental foi orientada pelas fases propostas por Bardin²¹. Inicialmente foi empreendida leitura de todos os documentos para familiarização do conteúdo e para composição do *corpus* analítico. Na sequência, os extratos textuais relevantes foram destacados e agrupados, segundo a sua frequência, permitindo a construção de unidades de sentido e assegurando a elaboração de categorias empíricas, elaboradas *a posteriori*, a partir dos elementos que emergiram na exploração do *corpus*.

A análise dos documentos permitiu identificar os elementos que conformam os contextos educacionais e revelam seu potencial para a adoção dos pressupostos teórico-conceituais e metodológicos da EIP.

Quadro 1. Categorias temáticas, subcategorias e unidades de sentido emergidas da exploração documental dos PPP dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM.

Categories	Subcategorias	Unidades de sentido
Abordagens metodológicas reflexivas	1 - Uso de metodologias reflexivas	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizagem misturada • Ensino a distância • Aprendizagem baseada em problemas
	2 - Foco no ensino pelo trabalho na atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Situações-problema • Problematização • Formação por competências
	3 - Integração ensino-serviço-comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Educação no trabalho • Troca de conhecimentos
Desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas	1 - Formação dos núcleos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito às especificidades das profissões • Atuação na equipe de Saúde da Família • Alinhamento aos problemas complexos de saúde
	2 – Temas comuns ao trabalhador de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisciplinaridade • Atenção integral • Políticas públicas • Responsabilidade compartilhada
	3 – Formação para o trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Ações multiprofissionais • Trabalho colaborativo
Avaliação para o fortalecimento do processo ensino-aprendizagem	1 – Avaliação processual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação diagnóstica • Avaliação formativa • Avaliação somativa

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por se tratar de cursos ofertados cujos PPP estão disponíveis em domínios públicos, a pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos.

Resultados

A leitura em profundidade dos nove PPP permitiu a elaboração de categoriais temáticas de análise, apresentadas a seguir.

Abordagens metodológicas reflexivas

Embora os pressupostos da EIP não tenham aparecido de forma explícita, as abordagens metodológicas se mostram coerentes com o desenvolvimento de competências colaborativas, na medida em que valorizam a reflexão e as experiências de vida dos profissionais em seus espaços de trabalho. A estrutura curricular e os métodos de ensino-aprendizagem adotados podem potencializar a interprofissionalidade, mediante a adoção de mecanismos que favoreçam o aprendizado colaborativo e integrado, a partir do desenvolvimento de temas transversais e estimulando as trocas de conhecimento e a aprendizagem compartilhada.

Métodos como aprendizado misturado (*e-learning* integrado a outro método tradicional de aprendizagem), Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), problematização e resolução de casos complexos aparecem de forma evidente em sete PPP. Esses métodos apresentam importantes elementos para a reflexão dos problemas e necessidades complexas de saúde, por meio da reflexão, aprendizagem compartilhada e prática baseada em evidências.

A concepção pedagógica que orienta o curso está pautada em uma pedagogia crítica e problematizadora. O desenho didático-pedagógico do curso foi elaborado com o objetivo de provocar nos alunos desafios capazes de fazê-los participar de forma ativa durante todo o curso e, sobretudo, articulando teoria e prática. O centro do processo de ensino é o aluno. Ele será estimulado à leitura, à análise crítica e à realização de atividades relacionadas a situações-problema, apresentadas através dos casos complexos. (PPP – Curso 1)

Considerando que os cursos, no âmbito do PMM, são ofertados apenas aos médicos, eles não têm necessariamente caráter multiprofissional, o que, por princípio, pode desestimular a EIP. Por outra via, a aprendizagem compartilhada e o estímulo à reflexão e à valorização do ensino pelo trabalho se apresentam como importantes dispositivos de interação e colaboração mediante a participação de outras profissões, mas que dependem da intencionalidade presente nos PPP.

Com relação à fundamentação teórica, três cursos desenvolvem os princípios da Educação pelo Trabalho e da aprendizagem significativa, adotando a problematização como método pedagógico a partir da integração entre as atividades formativas e os cenários dos serviços de saúde, aspectos que demonstram clara aproximação com os conceitos da EIP.

Para o desenvolvimento do curso, optou-se por utilizar a pedagogia problematizadora e a educação no trabalho, por entender que, em várias situações do cotidiano do trabalho em saúde, a preocupação está dirigida fundamentalmente aos parâmetros técnicos e, por isso, corre-se o risco de atuação de modo mecânico, sem pensar na situação de forma contextualizada e no indivíduo com suas características próprias. (PPP – Curso 8)

O PPP do Curso 9, embora não explicita a teoria educacional adotada, tem seu modelo pedagógico regido pelos paradigmas que regem a prática educacional interativa e a aprendizagem por meio de casos complexos, características que se aproximam da Psicologia Social e da Teoria da Complexidade.

O curso está organizado em uma nova versão que contempla uma maior interlocução entre o referencial teórico e os casos complexos, organizados em módulos de aprendizagem, contemplando aspectos relativos à abordagem familiar, construção de projetos terapêuticos e importância do trabalho em equipe, por entender que tais ferramentas são necessárias para a discussão dos demais casos complexos até o final do curso. (PPP – Curso 9)

Desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas

Apesar de as ofertas formativas, em sua maioria, terem como público-alvo os médicos do PPP, foi possível identificar elementos para o desenvolvimento de competências específicas, comuns

e colaborativas, sendo essas últimas claramente demarcadas pela necessidade de melhorar as capacidades para o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Três projetos se mostram potentes para a formação baseada em competências, pela valorização de disciplinas integradas em eixos ou núcleos. É bem verdade que a integração de conteúdos por si só não desenvolve competências, mas demonstra o entendimento da superação da formação disciplinar que fundamenta a perspectiva uniprofissional. Os conteúdos transversais, previstos em dois PPP, relacionam-se à metodologia de pesquisa voltada para a elaboração do trabalho de conclusão de curso.

Apesar de a organização curricular mostrar-se potencialmente favorável à integração dos conhecimentos e práticas – interdisciplinaridade e interprofissionalidade –, as informações disponíveis nos PPP dos nove cursos não possibilitam maior entendimento sobre a articulação entre as disciplinas e os módulos. Seis projetos pedagógicos apresentam evidências de que o curso objetiva desenvolver competências para a responsabilidade da atuação profissional compartilhada, assumindo a troca de experiências entre os diversos atores imbricados no processo formativo como oportunidade para a reflexão da prática.

Desenvolver o curso de acordo com os princípios da educação no trabalho, estimulando a troca de experiências entre os estudantes, professores, tutores e os profissionais que estão no serviço, possibilitando a reflexão da prática e a criação de espaços para aproximação [...]. (PPP – Curso 7)

Os outros cinco PPP apresentam propostas que se aproximam das bases teóricas e metodológicas da EIP, enfatizando que os cursos preveem a formação voltada para o aprimoramento da capacidade dos participantes do curso para o trabalho em equipe, por meio da integração ensino-serviço, com vistas a tornar o sistema de saúde mais eficiente.

Cabe ressaltar que dois PPP foram elaborados para contemplar a participação de mais de uma categoria profissional (médicos, enfermeiros e odontólogos), dada a oferta do curso também aos profissionais do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab). Esse aspecto evidencia potência para as práticas formativas multi e interprofissionais, embora não se possa afirmar, com base no exposto nos programas, que essas categorias aprendem juntas. Também houve referência ao desenvolvimento das competências específicas de cada profissional participante do curso.

Nos PPP aparecem as expressões “multiprofissional” e “interdisciplinaridade”, que são singularidades do trabalho em saúde e aspectos relacionados ao diálogo e ao desenvolvimento de habilidades que necessitam da integração de diversos profissionais de saúde. Nesse sentido, pode-se afirmar que o contexto de debate da reforma sanitária brasileira permite reconhecer a necessidade de estabelecer o diálogo com essa modalidade de formação, que poderá provocar resultados positivos na prática profissional dos médicos e na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Avaliação para fortalecimento do processo ensino-aprendizagem

Os cursos seguem modelos de avaliação muito semelhantes, mencionando a adoção das perspectivas diagnóstica, formativa e somativa, sem apresentar maior detalhamento. Sem nenhuma dúvida, a avaliação do processo ensino-aprendizagem foi o aspecto de maior fragilidade nos projetos pedagógicos, trazendo poucas informações dos preceitos que orientam essa etapa do processo de formação.

Os modelos avaliativos são de grande relevância para a adoção dos pressupostos da EIP, uma vez que essa reconhece a importância da avaliação sistemática e contínua do grau de alcance dos resultados do processo formativo, a partir do aprendizado compartilhado e da aquisição de habilidades colaborativas que contemplam capacidades para atuação profissional em conjunto.

Os projetos demonstram tendências para o entendimento da avaliação como processo, alinhado à formação por competências nos diversos cenários da realidade de ensino da prática profissional do participante.

A avaliação do curso será processual, somativa e contínua ao longo do desenvolvimento do curso. Será realizada pelo tutor mediante o monitoramento dos processos de construção do conhecimento e da aquisição das competências esperadas, em consonância com o referencial pedagógico do curso. (PPP – Curso 1)

A avaliação do curso deve ocorrer de modo processual, durante todo o curso, podendo ser: diagnóstica: quando auxilia na identificação de pontos fortes e fracos [...]; formativa: quando é realizada de modo processual, durante todo o período da capacitação e somativa: quando essa é a “mensuração” final do aproveitamento do cursista, com atribuição de nota. (PPP – Curso 2)

Os PPP carecem de informações sobre a avaliação do programa, por consequência, dos métodos pedagógicos para o alcance dos objetivos de aprendizagem e dos aspectos relacionados à publicização dos resultados desse tipo de avaliação. Não obstante, tendo em vista a vinculação dos cursos de especialização ao PMM, por meio de pactuação com o Ministério da Saúde, relatórios situacionais de execução dos cursos podem incorporar aspectos de avaliação da proposta pedagógica que não se resumam à descrição quantitativa de dados, de modo a divulgar experiências formativas que sirvam de exemplo para novas proposituras.

Discussão

A EIP constitui-se tema relativamente recente de discussão no cenário nacional, embora a literatura apresente os primeiros movimentos dessa discussão na década de 1960²². Apesar disso, o Brasil apresenta um acúmulo histórico no campo da reforma sanitária, que assume o trabalho em saúde como coletivo, marcado por forte caráter relacional, orientado pelo agir comunicativo²³ e pela valorização da interdisciplinaridade como fundamentos para o fortalecimento do princípio da integralidade da atenção²⁴, aspectos que dialogam fortemente com pressupostos da EIP.

Com a crise mundial na força de trabalho em saúde, caracterizada especialmente pela dificuldade de fixação de profissionais de saúde em locais menos desenvolvidos, notadamente o médico e os princípios da EIP e da prática colaborativa ganharam força e foram assumidos como estratégia precípua para a otimização dos resultados assistenciais^{7,14}.

A EIP se configura como um potente meio de formação em saúde para superar as iniquidades entre as diferentes profissões que compõem o campo da saúde e como uma aposta para superar o ainda vigente modelo biomédico de atenção à saúde, cujo agente principal é o profissional médico. A perspectiva é a de que essa abordagem possa superar a lógica de separação dos campos de práticas, que conformam as tribos profissionais, e centralizar o usuário na orientação dos atos em saúde^{1,25}.

O aperfeiçoamento de médicos no âmbito do PMM, que utiliza os serviços da APS como recurso pedagógico para a formação, representa uma oportunidade para adoção das bases metodológicas da EIP, subsidiando o desenvolvimento de competências voltadas para as práticas colaborativas no cotidiano do trabalho em saúde. Isso ocorre porque os fundamentos dessa abordagem educacional coadunam-se com os princípios orientadores do SUS, apresentando, ainda, relação de mútua influência entre a atenção e a educação na saúde²⁶.

Adotar diversificados métodos pedagógicos como estratégias de desenvolvimento de competências profissionais é um avanço, pois demonstra a intencionalidade de superar o modelo tradicional de formação em saúde, que apresenta limitações na formação de um perfil profissional alinhado às demandas sociais. O uso de metodologias ativas, nomeadamente a ABP e a discussão de casos clínicos complexos, que têm sido apontadas como estratégias para o desenvolvimento de pensamento crítico, é um movimento importante de reconhecimento do caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde, justificando cada vez mais a relevância de práticas interprofissionais para a resolução de problemas por meio do trabalho colaborativo^{27,28}.

O uso de metodologias ativas mostra-se cada vez mais consolidado no âmbito dos cursos de pós-graduação em saúde, como verificado em estudos^{29,30}. Essas metodologias são fortemente

indicadas para processos formativos baseados na EIP³¹, uma vez que estimulam a interação ativa do aprendiz com o conteúdo, o seu protagonismo e a sua autonomia no processo de construção do conhecimento³².

Em se tratando de cursos de especialização semipresenciais, com maior carga horária prevista *on-line*, o uso de métodos ativos para a abordagem da EIP tem o potencial de melhorar a aprendizagem dos médicos do PMM, especialmente no que se refere ao entendimento dos papéis de outros profissionais de saúde, e de superar questões geográficas e logísticas inerentes à prestação dessa abordagem educacional^{33,34}.

É preciso, no entanto, que as metodologias estejam assentadas em uma base teórica robusta, cujos constructos pedagógicos estimulem a aprendizagem significativa. Sobre isso, o *corpus* da pesquisa não traz evidências de que a elaboração dos cursos tenha sido orientada por teorias educacionais, intencionalmente escolhidas, apesar de ser possível identificar elementos de forte valorização da prática reflexiva, já que defende a Educação pelo Trabalho e os preceitos previstos pela Psicologia Social e pela Teoria da Complexidade, que são propostas pela literatura como orientadoras para o desenvolvimento e implementação da EIP^{35,36}.

A Educação pelo Trabalho assume que a inter-relação saúde e educação a partir do trabalho resulta em aprendizados significativos e em desenvolvimento de novos conhecimentos, estreitando as distâncias existentes entre o processo formativo e o processo de trabalho, e fragiliza, por consequência, a lógica da educação bancária³⁶. Nesse sentido, a formação de profissionais de saúde baseada na educação pelo trabalho configura-se como teoria educacional capaz de impulsionar a integração ensino-serviço e transformar as práticas pedagógicas e laborais em saúde³⁷, fortemente relacionada com a perspectiva da prática reflexiva.

A Teoria da Prática Reflexiva reforça as relações entre a construção do conhecimento e a experiência entre a teoria e a prática, em um entendimento de que a reflexão se dá na ação, enquanto ela está sendo executada e, posteriormente, sobre a ação, em um processo avaliativo da prática³⁸.

A Psicologia Social e a Teoria da Complexidade explicam a influência do dinamismo e a interação dos fatores cognitivos e ambientais sobre a aprendizagem, isto é, exploram a interação entre indivíduos e seus contextos e experiências de vida³⁵. Para elas, o conhecimento é criado socialmente por meio de interações com outros profissionais e o ambiente de trabalho e envolve habilidades e atitudes colaborativas. Nesse sentido, interprofissionalmente, os alunos devem se envolver ativamente com os papéis de outros profissionais por meio da aprendizagem colaborativa, de modo a traçar e alcançar metas compartilhadas³⁹.

Importante mencionar a presença de elementos de outras teorias que fundamentam a elaboração de estratégias pedagógicas passíveis de contemplar abordagens que favoreçam o aprendizado interprofissional e o desenvolvimento de competências colaborativas, tal como a Andragogia⁴⁰. A Andragogia é a ciência que estuda as melhores práticas para orientar adultos a construir conhecimentos, a partir da valorização das experiências pessoais dos aprendizes, motivando-os a aprender⁴¹.

É preciso ter em mente que a EIP exprime a adoção de novos conteúdos, o reconhecimento de novos saberes e o uso de novas abordagens de ensino-aprendizagem. Assim, teorias relacionadas ao profissionalismo, ao desenvolvimento de competências profissionais e à aprendizagem crítica-reflexiva e transformadora parecem centrais para a EIP e orientam intervenções educacionais específicas que podem favorecer seus pressupostos³⁵.

É possível afirmar que os PPP trazem pouco detalhamento sobre os elementos centrais do processo formativo, especialmente no que tange aos métodos avaliativos. Embora demonstrem a intencionalidade de realizar uma avaliação processual, não detalham as formas utilizadas para a análise sobre o alcance dos objetivos de aprendizagem.

Entretanto, o reconhecimento da avaliação como processual se mostra relevante na perspectiva da EIP, uma vez que permite explorar as potências e fragilidades dos participantes do curso no processo

de desenvolvimento de competências, de modo que há possibilidade de se alterar ou ampliar as estratégias de ensino, a depender das necessidades educacionais de cada indivíduo ou grupo. De maneira similar, a avaliação institucional deve ser incorporada como incentivo à troca de experiências e flexibilidade pedagógicas, em prol do aprimoramento dos resultados mediante replanejamento dos contextos educacionais³⁰.

Em se tratando de uma importante estratégia de provimento atrelada ao treinamento profissional e tendo em vista a escala inédita na América, os processos analíticos e avaliativos das vertentes que constituem o PMM são imprescindíveis para o sucesso do programa e, por conseguinte, para a melhoria do acesso e da qualidade da APS.

Considerações finais

Estudar os projetos pedagógicos – no contexto do PMM, com foco nos pressupostos da EIP – assume relevância muito singular, na medida em que permite identificar a intencionalidade que permeia essa estratégia de provimento e de formação em saúde, desvelando o projeto de saúde e de sociedade que se pretende construir.

Apesar da ausência de elementos que identifiquem a intencionalidade na defesa dos princípios da interprofissionalidade como base referencial, os PPP, em maior ou menor grau, apresentam possibilidades de fortalecimento dos princípios da EIP, especialmente no que se refere ao reconhecimento do caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde, que demanda, por sua vez, maior interação entre diferentes práticas profissionais.

A pesquisa traz duas importantes considerações, intrinsecamente relacionadas: a necessidade de pensar sobre propostas pedagógicas mais sistematizadas, como maior clareza dos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos; e o fato de que, apesar disso, os cursos se mostram potentes para a adoção dos princípios da EIP. Nessa conjuntura, ressalta-se que o PPP enquanto instrumento institucional, que expressa os valores, os objetivos e os métodos pedagógicos, precisa ser consistente e revelar de maneira elucidativa os elementos condutores do processo formativo.

Ademais, não se pode afirmar que o previsto documentalmente é de fato operacionalizado, o que exige um esforço de complementar esse estudo com outras pesquisas que possam explorar a dinâmica dos processos formativos a partir das realidades e dos sujeitos envolvidos.

Embora a abordagem da interprofissionalidade possa ser obstada pela ausência de outras categorias profissionais no âmbito do curso de especialização, métodos pedagógicos bem empregados podem ser favoráveis ao desenvolvimento dos elementos teórico-metodológicos da EIP, o que exige propostas mais sistematizadas e maior engajamento dessa política com o processo de formação de outros profissionais de saúde. Por fim, é preciso chamar a atenção para a importância de desenvolvimento docente para propostas de formação transformadoras.

O formato dos projetos estudados se configura em uma limitação do estudo, pois não traz elementos suficientes que evidenciem o horizonte desse processo formativo. Os PPP, de uma forma geral, não podem representar apenas uma condicionalidade para a existência do curso: eles precisam também explicitar as bases teórico-conceituais e metodológicas capazes de contribuir para a construção de um novo projeto de saúde e de sociedade.

Esse achado pode ter implicações importantes para a própria política, por mostrar propostas que carecem de maior solidez teórico-conceitual e metodológica, fundamental para um modelo de formação que tem em sua gênese o compromisso pela transformação da lógica da formação e do trabalho em saúde.

Nesse sentido, o programa carece de análises mais aprofundadas acerca de seus aspectos formativos, que podem se mostrar complexos, estruturantes e duradouros.

Contribuições dos autores

José Rodrigues Freire Filho participou de todas as etapas de elaboração do manuscrito; Carinne Magnago e Marcelo Viana da Costa participaram da discussão dos resultados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito; Aldáisa Cassanho Forster participou da concepção do trabalho, revisão crítica do conteúdo, discussão dos resultados e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950-7.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Araújo R organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO; 2006. p. 117-30.
4. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(4):965-71.
5. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO; 2010.
6. World Health Organization. *WHO education guidelines: transforming and scaling up health professionals' education and training*. Geneva: WHO; 2013.
7. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 3:CD002213.
8. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Interprof Care*. 2013; 27(1):50-6.
9. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(4):1045-54.
10. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFP. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(4):1031-44.
11. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
13. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(2):421-4.
14. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa mais médicos. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:1005-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1021>.
15. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de Junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Jun 2015.

16. Peduzzi M, Norman JJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.
17. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014.
18. Freire Filho JR, Costa MV, Forster AC, Reeves S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. *J Interprof Care*. 2017; 31(6):754-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1346592>.
19. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman; 2004.
20. Theodorson GA. A modern dictionary of sociology. London: Methuen; 1970.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
22. Reeves S. Developing and delivering practice-based interprofessional education. Berlin: Verlag Müller; 2008.
23. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
24. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007. p. 161-77.
25. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:709-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>.
26. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.
27. L'Ecuyer KM, Pole D, Leander SA. The use of PBL in an interprofessional education course for health care professional students. *Interdiscip J Problem-Based Learn*. 2015; 9(1):8-18. doi: <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1497>.
28. Thompson C. Do interprofessional education and problem-based learning work together? *Clin Teach*. 2010; 7(3):197-201. doi: 10.1111/j.1743-498X.2010.00381.x.
29. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):331-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200008>.
30. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>.
31. Barr H, Helme M, D'Avray L. Review of interprofessional Education in the United Kingdom 1997-2013. *J Interprof Care*. 2015; 29(1):85.
32. Rocha NB, Silva MC, Silva IRG, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN. Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. *Rev ABENO*. 2017; 17(3):41-54.
33. McKenna L, Boyle M, Palermo C, Molloy E, Williams B, Brown T. Promoting interprofessional understandings through online learning: a qualitative examination. *Nurs Health Sci*. 2014; 16(3):321-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12105>.

34. Reis PJ, Faser K, Davis M. A framework for web-based interprofessional education for midwifery and medical students. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(6):713-7.
35. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009; 29(3):178-84.
36. Morais FRR, Jales GML, Silva MJC, Fernandes SF. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trab Educ Saude*. 2012; 10(3):541-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000300011>.
37. Silva ALF, Ribeiro MA, Paiva GM, Freitas CASL, Albuquerque IMN. Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:975-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0987>.
38. Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
39. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ*. 2012; 46(1):58-70.
40. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation. Oxford: Black-Well; 2005.
41. Draganov PB, Friedländer MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1):149-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100021>.

Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV, Forster AC. Cursos de especialización ofrecidos en el ámbito del Más Médicos: análisis documental de la perspectiva de la Educación Interprofesional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1613-24.

Se trata de un estudio de abordaje cualitativa y carácter exploratorio que buscó analizar los proyectos políticos pedagógicos (PPP) de los cursos de especialización en Salud de la Familia ofrecidos en el ámbito del programa Más Médicos (PMM), como posibilidad para adopción de los elementos teóricos y metodológicos de la Educación Interprofesional (EIP). Se emprendió un análisis documental de nueve PPP cuyos resultados demostraron que tales documentos no proporcionan explícitamente la intencionalidad de adopción de los marcos teórico-conceptuales y metodológicos de la EIP, pero se muestran potentes para la adopción de tal abordaje en la medida en que valoran estrategias pedagógicas reflexivas, reconocen la necesidad de desarrollo de competencias específicas, comunes y colaborativas y buscan adoptar una perspectiva procesual de la evaluación. De esa forma, los cursos analizados representan una oportunidad para la aplicación de los supuestos de la EIP, subsidiando el desarrollo de competencias para las prácticas colaborativas.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Educación Interprofesional Especialización. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 09/11/17. Aprovado em 25/07/18.

A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional

Luana Pinho de Mesquita Lago^(a)

Silvia Matumoto^(b)

Simone Santana da Silva^(c)

Soraya Fernandes Mestriner^(d)

Silvana Martins Mishima^(e)

Mesquita-Lago LP, Matumoto S, Silva SS, Mestriner SF, Mishima SM. Analysis of professional practices as a multiprofessional residency education tool. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1625-34.

The complexity of the population's health needs increasingly demands collaborative work qualification in the Brazilian National Health System (SUS). This article aims at reflecting on the possibilities, limits and challenges of using the Institutional Analysis of professional practices as an interprofessional education tool in a multiprofessional health residency program. This was a participatory intervention research based on the Institutional Analysis' theoretical and methodological framework that provided subjectivities through self-analysis, acknowledgement of non-knowledge and of the education needs, collective listening, and analysis of possibilities of roles and of knowledge sharing. It was also possible to highlight contradictions in the work context and aspects of interprofessional relationships that can impose limits on collaborative practices.

Keywords: Interprofessional education. Health residency. Institutional Analysis. Collective Health.

A complexidade das necessidades de saúde da população exige cada vez mais a qualificação para o trabalho colaborativo no Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem como objetivo refletir sobre possibilidades, limites e desafios do uso da análise institucional de práticas profissionais como dispositivo para a formação interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde. Foi realizada uma pesquisa-intervenção com apoio no referencial teórico-metodológico da análise institucional, de cunho participativo, que possibilitou o encontro de subjetividades por meio do exercício da autoanálise, reconhecimento de não saberes e necessidades de formação, exercício da escuta coletiva e análise de possibilidades de compartilhar saberes e papéis. Ainda, foi possível evidenciar as contradições do contexto de trabalho e aspectos das relações interprofissionais que por vezes impõem limites às práticas colaborativas.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Residência em saúde. Análise institucional. Saúde Coletiva.

^(a, c) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública (Doutorado), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-902. luanamesquita@usp.br; simone_ssilva1@usp.br

^(b, e) Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smatumoto@eerp.usp.br; smishima@eerp.usp.br

^(d) Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. somestri@forp.usp.br

Introdução

Este artigo se desenha no contexto de estudos acerca da formação interprofissional, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), e a possibilidade do uso da Análise Institucional de Práticas Profissionais (AIPP) como dispositivo para reorientação da formação interprofissional. A base referencial das reflexões aqui propostas está ancorada em conceitos da Análise Institucional (AI), tomando como autores principais René Lourau e Gilles Monceau^{1,2}.

Apresentamos uma breve contextualização da necessidade de transformação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS); o movimento do qual emerge a RMS e o desafio da formação interprofissional; a AIPP como dispositivo para a formação interprofissional e sua convergência com os eixos da Educação Permanente em Saúde (EPS). É válido explicitar que intencionamos interrogar e extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional com vista à perspectiva da interprofissionalidade, a fim de qualificar a atenção à saúde. Primeiramente, consideramos que as práticas profissionais hegemônicas demarcam, dia após dia, um cenário de fragilidades para o atendimento de qualidade no SUS. A necessidade de transformações de tais práticas disparou a discussão de elementos relacionados aos projetos políticos e de formação em saúde. Tais discussões buscam apoiar e fomentar mudanças que valorizem a participação de diferentes atores de forma articulada com experimentação de práticas inovadoras³. Nesse caminho, como uma das estratégias para enfrentar os desafios de um modelo hegemônico, centrado na doença, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adota a integralidade como eixo estruturante para fomentar a qualificação dos trabalhadores. Essa perspectiva incentiva tanto mudanças na educação, graduação e pós-graduação quanto no cotidiano dos serviços de saúde, desencadeando processos de ressignificação do sentido do trabalho pelos próprios trabalhadores, com base nas necessidades de saúde locais³.

Em consonância a esse movimento de mudança, a fim de qualificar a formação dos profissionais e promover políticas públicas voltadas para a inclusão de jovens no mercado de trabalho, o Governo Federal, por meio da Lei nº 11.129⁴, instituiu a modalidade Residência em área profissional de saúde como pós-graduação *lato sensu*. Essa modalidade é voltada para a educação em serviço de categorias profissionais que integram as áreas de saúde⁵, com exceção da Medicina, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, sem prever, necessariamente, a integração entre as diferentes áreas.

Um fato importante a se destacar é que, no Brasil, a modalidade Residência consolidou-se como especialização, em um primeiro momento, apenas da Medicina. Ocorria preferencialmente em âmbito hospitalar, segundo a lógica do modelo flexneriano⁶. Tal realidade reforça o modo hegemônico de atuação na saúde por especialidades, com foco em uma prática liberal individual, curativa e privada. Apesar disso, a integração de outros profissionais nas residências constituiu-se por uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Essa aproximação viabilizou a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) em junho de 2005⁴ e, nesse mesmo ano, por meio da portaria 2.117⁷, foi instituída a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde. É importante destacar que o perfil multiprofissional teve início na década de 1970, no Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul, modelo de residência integrada ao sistema de saúde^{8,9}.

Um incentivo à manutenção das RMS foi a reorientação do modelo de assistência na perspectiva da APS, a partir do Programa de Saúde da Família, e, mais tarde, Estratégia Saúde da Família, modelo que resultou na ampliação da oferta de vagas para profissionais nas equipes de Saúde da Família. Posteriormente, estes atuaram também nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica¹⁰.

Outro aspecto relevante para a presente discussão está na compreensão da proposta de programas de residência como dispositivos de intervenção para qualificação do SUS no nível local. Isso se dá a partir da formação de profissionais de saúde em aspectos que envolvem o planejamento, a gestão e a clínica na APS. Nesse caminho, a aposta se dá no trabalho da equipe multiprofissional com vistas à integralidade da atenção em saúde^{9,11}, que, apesar de não alcançar efetivamente sua plena

concretização, busca construir e ofertar uma caixa de ferramentas que instrumentalize cada profissional para a criação da própria maneira de intervir.

Ao longo dos anos, as RMS foram permeadas por discursos baseados no modelo das residências médicas e, por seu caráter multiprofissional, são consideradas uma “invenção” importante na busca de qualificação, ampliação e cooperação entre diferentes saberes que respondam aos desafios da saúde^{12,13}. Esse modelo de formação, que integra diferentes profissões nos serviços, abala a hegemonia da prática médica e questiona paradigmas de formação em saúde ao propor o trabalho em equipe interprofissional¹². Além disso, pode possibilitar uma formação política, de desenvolvimento de competências e habilidades de negociação, mediação, tolerância, vivência de conflitos e relações de poder nos serviços de saúde^{13,14}.

A literatura aponta que essa modalidade de formação multiprofissional pode ser um espaço intercessor para a EPS, pois propõe o encontro entre os diferentes atores, residentes, docentes, usuários e profissionais do serviço; e a construção de relações e interações¹⁵. Apesar disso, é relevante evidenciar que frequentemente, na APS, o trabalho em equipe multiprofissional apresenta uma postura de espera pelo sujeito das mudanças, ou seja, frente às fragilidades que o SUS carrega, a imobilidade e frustração dos profissionais se constitui como real^{9,16}. Frente ao exposto até aqui, defendemos que, para mudar essa realidade, ou seja, para que a residência se constitua um campo potente para o fortalecimento da articulação ensino-serviço, com uma formação que integre as diferentes áreas e seja interprofissional, é necessário fomentar o protagonismo desses atores, na perspectiva de uma gestão participativa em que todos sejam corresponsáveis pelo cuidado^{9,11,13,16}.

Entendemos que a diferença entre a educação interprofissional, difundida inicialmente no Reino Unido¹⁷, e a educação multiprofissional¹⁸ é marcada pela interação dos envolvidos. Enquanto, na primeira, estudantes de duas ou mais profissões aprendem de forma interativa e engajada com os membros do grupo sobre suas profissões, no segundo caso, aprendem lado a lado, em paralelo, sobre e com as demais profissões, porém, de forma fragmentada, sem que haja a aprendizagem interativa¹⁹.

Diante do explicitado até aqui, é possível compreender a importância de se contextualizar os momentos histórico, político, social, econômico e outros no delineamento das estratégias de qualificação do SUS. Assim, tendo em vista as mudanças no perfil epidemiológico e a complexidade das necessidades de saúde da população brasileira, é importante que o modelo de atenção proposto pelo SUS seja centrado no reconhecimento dessas necessidades e na tomada de decisão compartilhada entre os envolvidos. Para isso, sem dúvidas, há uma exigência gradativa pela formação para o trabalho cooperativo e participativo na defesa de um sistema de saúde, portanto, interprofissional²⁰.

A análise institucional na perspectiva da socio-clínica institucional

Este artigo se apoia no referencial teórico-metodológico da AI¹, em especial na Socio-clínica Institucional, que trata do aprofundamento do referencial louraudiano realizado por Gilles Monceau²¹ nos anos 2000. A AI surgiu na França na década de 1960, a partir da tese de Lourau, e possui três conceitos básicos: instituído, instituinte e processo de institucionalização¹.

Esse referencial parte das contradições existentes nas instituições, com suas regras peculiares, e nas relações sociais envolvidas. As contradições resultam do movimento dialético entre forças, de imobilidade e permanência, denominado de instituído, e forças instituintes, de transformação, mobilidade e criação. O instituído e instituinte, em uma relação de disputa, compõem um terceiro momento: o processo de institucionalização¹. Nesse referido momento, as forças instituintes são incorporadas à instituição, tornando-se o instituído, em um movimento dinâmico e característico das instituições²². O sentido da AI está em interrogar essas instituições e colocá-las em análise.

Sobre as instituições aqui evidenciadas, podemos dizer que possuem o poder de objetificar as pessoas frente às suas próprias funções, pois fixam normas. Reconhecemos sua dinamicidade e poder de ocultar-se frente ao explícito. É “presente e ausente, envia falsas mensagens em linguagem clara por sua ideologia, e verdadeiras mensagens em código por seu tipo de organização”¹ (p. 157).

As estratégias de intervenção propostas na Socioanálise louraudiana¹ seguem princípios como a análise das encomendas, das demandas, das implicações e o uso de analisadores e do diário de

pesquisa como ferramenta de intervenção¹. Após uma releitura das práticas socioanalíticas, Monceau²¹ propôs um arcabouço teórico-metodológico com a indicação de oito passos em intervenções mais longas e uso de dispositivos variados, caracterizando o que ele denomina como Socio-clínica Institucional. A intervenção socio-clínica conta então com: análise da encomenda e demanda; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção de produção de conhecimentos; e atenção aos contextos e interferências institucionais²¹. Assim, quando nos referimos ao trabalho dos analisadores, nosso intuito é destacar que esse é um conceito-chave durante o processo coletivo de análise, pois eles permitem identificar aspectos contraditórios ocultos das instituições.

Entre os dispositivos reflexivos que podem ser utilizados, vamos dar ênfase à AIPP^{2,23}, que tem mostrado grande êxito nas transformações das práticas dos profissionais em países como a França. Para isso, partimos do entendimento de que a AI é construída a partir da análise das práticas sociais e, no presente artigo, das práticas profissionais.

O objetivo deste artigo é refletir sobre as possibilidades, limites e desafios do uso da análise institucional de práticas profissionais como dispositivo para a formação interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde.

Metodologia

O presente artigo é parte de uma pesquisa, em andamento, de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, que se apoia no referencial teórico-metodológico da AI¹. Vamos focar o uso da AIPP como dispositivo para a formação interprofissional no contexto de um programa de residência multiprofissional, a fim de colocar em evidência as práticas realizadas pelos residentes no trabalho em saúde e suas contradições.

Operacionalmente, a AIPP se caracteriza por um processo em que um coletivo profissional, conduzido por um facilitador, tem o objetivo de elucidar questões de sua prática com uma postura de distanciamento que possibilita ter diferentes visões de uma mesma situação²³. Dessa forma, os profissionais colocam em análise aspectos de sua prática, levando em consideração o contexto no qual estão inseridos.

O programa de residência em questão está vinculado a uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, que conta com residentes de diferentes profissões da área da saúde: Farmácia; Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Participaram 32 residentes de duas turmas (R1 e R2), 26 mulheres e seis homens, com idade entre 22 e trinta anos, a maioria formada em instituições públicas e tendo a residência como sua primeira experiência profissional.

A AIPP foi realizada em encontros mensais em um espaço já instituído na matriz curricular para estudos referente ao conteúdo teórico comum a todos os profissionais. Foram realizados grupos de reflexão em formato de rodas de conversa, gravados e posteriormente transcritos, com a presença de uma moderadora/pesquisadora, em oito encontros agendados previamente com os participantes. A pesquisadora fez uso do diário de campo para registro de observações, impressões sobre o encontro e a dinâmica de trocas de informações e saberes, entre os diferentes residentes. Desses registros, foram escritas narrativas com o objetivo de disparar o movimento de análise no encontro seguinte. Nesses encontros, o coletivo teve a oportunidade de refletir sobre a sua prática como profissionais de saúde em formação, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde e, mais ainda, compartilhar saberes que subsidiam práticas colaborativas ou não no SUS.

Para complementação do contexto de formação aqui apresentado, foi realizada análise de documentos do referido programa, especificamente, do Projeto Político Pedagógico e da proposta do programa inscrita em edital em 2011, obtidos após solicitação à coordenação do programa. Os dados foram posteriormente analisados a partir de conceitos da Socio-clínica Institucional²¹.

Como parte do processo de produção coletiva dos dados, é fundamental a aplicação da restituição de dados no percurso da pesquisa, um dos elementos da Socio-clínica Institucional que auxilia no

processo de AIPP ao criar um espaço coletivo de análise²⁴ não dos residentes em sua individualidade, mas de suas relações interprofissionais. Na AI, o momento da restituição constitui-se de um encontro para análise coletiva dos dados e resultados provisórios^{21,25}, momento em que o participante pode contribuir com seu ponto de vista em relação às análises feitas pelo pesquisador, validando-as ou não.

No contexto deste estudo, optamos pela escrita de narrativas a partir dos registros da pesquisadora/primeira autora, como modalidade de restituição a cada encontro. Assim, o início dos encontros era marcado pela leitura da narrativa do encontro anterior a fim de lembrar e discutir aspectos vividos. Esse era o momento da análise coletiva dos dados pela pesquisadora/primeira autora e pelos residentes participantes do estudo. As questões que mais chamavam a atenção do grupo eram valorizadas, discutidas e colocadas em análise. Um limite a ser considerado é que a restituição representa uma leitura da situação feita pelo pesquisador, mas que pode ser trabalhado à medida que é discutido com o coletivo. Rossi e Passos²⁶ explicam que, nesses momentos, a análise institucional se apresenta tanto como intervenção quanto formação contínua, possibilitando a produção coletiva dos resultados da pesquisa e o reconhecimento e reflexão sobre pontos importantes da prática.

Estratégias de restituição como a escrita de narrativas pelo pesquisador, além de incluir os participantes na produção dos dados, possibilitam um momento em que há uma fusão entre pesquisa, intervenção e formação. Nas pesquisas dessa natureza, esta parceria entre pesquisador e profissionais pretende alcançar um objetivo próprio dos dispositivos de análise de prática profissionais, ou seja, a formação contínua e permanente e a produção de novos conhecimentos sobre sua prática²⁷.

A AIPP ocorreu em formato de roda de conversa, que é um dispositivo da pesquisa que possibilita que os participantes se aproximem, coloquem suas opiniões e sejam ouvidos pelos demais, além de revelar medos e angústias. Compreendemos que a proposta da roda, muito além da conformação circular ou da relação custo-benefício para quem trabalha com grupos, ganha potência na possibilidade de produzir conhecimento. Isso ocorre por meio das trocas entre os participantes, que reverberam na transformação de práticas a partir da transformação do sujeitos²⁸.

Outro aspecto relevante nesta pesquisa está em dar atenção às interferências institucionais²¹. Isso porque, a partir de tais interferências, é possível compreender o funcionamento das instituições em nós e como estas também podem interferir na prática do outro. É a partir dessa análise que iremos produzir conhecimento e, conseqüentemente, os resultados da pesquisa. Com essa perspectiva de pensamento, é importante considerar que os profissionais de saúde portam seus saberes que lhes são exclusivos e, frequentemente, resistem em compartilhá-los. Tal comportamento se dá pelo receio de perder seu poder, seu controle, já que o poder está exatamente nessas relações²⁹ e não em um indivíduo. Admitir seu não saber, sua dúvida e sua curiosidade é expor suas fragilidades frente ao grupo ou à equipe de saúde, mas também evidencia o que é/está instituído. A AIPP propõe que essas relações sejam repensadas à medida que dialogam sobre a complexidade do trabalho em saúde e se reconhecem na demarcação entre os diferentes núcleos de saber para reconstrução das práticas na perspectiva colaborativa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo CAAE 66290417.0.0000.5393 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Para o entendimento das contradições que se apresentaram durante o processo de AIPP e do seu contexto, foi necessário explorar nos documentos do programa aspectos relacionados ao seu processo de institucionalização. No momento da criação do programa, dito no referencial da AI como o momento de sua fundação, evidenciamos aspectos contraditórios. Por um lado, há a busca pela qualificação da formação voltada para o atendimento com base na integralidade com a ampliação de vagas para profissionais que poderiam trabalhar em equipe de forma interdisciplinar. Por outro lado, está o instituído da proposição de alocação de profissionais que poderiam fazer parte do NASF, ainda incipiente nesse município. Esse movimento representa uma disputa de forças presente no processo de institucionalização desse programa.

Esse movimento se repete em outros cenários da formação em saúde nos países nos quais a residência passa a suprir uma demanda por assistência em detrimento da formação¹³. Esse fato contribui para que a residência por vezes se afaste ou se aproxime de sua profecia inicial¹, ou seja, do cuidado ao usuário com base na integralidade e da formação interdisciplinar, este último, um objetivo explícito nos documentos no momento de sua fundação.

Diante do desafio em que o residente está imerso, que é o de manejar relações da sua formação em serviço que qualifiquem sua atuação no SUS, o dispositivo de AIPP possibilitou um movimento de encontro potente para as transformações das práticas. Nesse caso, residentes de diferentes turmas (turma 1 – R1 e turma 2 – R2) viveram um movimento de autoanálise da sua formação ao refletirem sobre o modo de funcionamento dos espaços de formação comum (neste eixo são abordados os temas comuns a todos os profissionais de saúde). E puderam analisar seu objetivo, conteúdo, metodologia, carga horária e a necessidade de convidar outros membros do programa para essa discussão.

Nessa perspectiva, o coletivo pôde rever seus diferentes momentos de formação – uns iniciando o curso (R1) e outros finalizando-o (R2) – e propor novas formas de gestão de seu espaço com a inclusão de parte da coordenação do programa nas discussões. Essa aproximação evidenciou contradições presentes neste processo: por um lado, fortaleceu a rede de comunicação entre esses atores; por outro lado, revelou muitos conflitos e interferências institucionais dentro do coletivo (entre R1 e R2; e entre diferentes profissões) e deste com os demais atores envolvidos; um confronto entre diferentes subjetividades próprio do processo de formação em serviço.

No âmbito desta pesquisa, que é participativa e utiliza o dispositivo da AIPP, consideramos a produção de subjetividades e, no confronto destas, o exercício do reconhecimento e inclusão da diferença, e, dessa forma, a proposição ao participante para ocupar uma posição diferente, de protagonista²⁴. Ele também pode se apropriar de seu contexto e de seus problemas e, assim, analisar-se. À medida que entendem seu papel e sua posição neste processo, os residentes também buscam as soluções para os seus problemas, por exemplo, ao constituírem movimentos de ampliação dos canais de comunicação entre si e entre os demais atores do programa (professores, tutores e preceptores). Assim, consideramos que esse processo é dinâmico e mutável e que os encontros dos residentes são momentos que têm potência para o exercício da autoanálise que pode, ao mesmo tempo, movimentar as forças instituintes e/ou atuar a favor da manutenção do instituído.

Dilemas e desafios do uso da AIPP na formação interprofissional

A possibilidade da formação em uma perspectiva colaborativa na residência multiprofissional é atravessada por diferentes instituições, interesses que se constituem em dilemas e desafios para tornar essa prática efetiva. Em AI, atravessamento é toda a rede de forças que atua conjuntamente em favor da manutenção do instituído, com a função de reprodução das regras do sistema, são aspectos que atuam conjuntamente e que servem à exploração e à conservação da situação dominante³⁰. Assim, o uso do dispositivo da AIPP evidenciou atravessamentos na formação em serviço que impedem as práticas de caráter colaborativo. Citamos entre tais atravessamentos: a exigência da produção em massa, principalmente por atendimento individual especializado; a centralidade no profissional médico; o pouco tempo para reflexão nos espaços de atuação; e o não encontro entre diferentes profissionais nos serviços.

A AI faz investimentos no sentido de que os sujeitos da ação reconheçam esses atravessamentos, colocando-os em uma posição diferente e potente para o movimento de interação e compartilhamento de saberes. Dessa forma, em interação, houve a oportunidade de reflexão sobre as possibilidades de trabalho conjunto, momentos de encontro e temas de aprendizagem que são comuns na sua formação. Apesar disso, é salutar considerar que esses aspectos são demarcados também por questões políticas. Elas, por sua vez, têm relação direta com o Estado, responsável pelo delineamento legal da residência multiprofissional que, por esse motivo, muitas vezes, está vulnerável a atender aos interesses estruturais e produtivos do próprio Estado e que podem ser expressos como atravessamentos. Assim, em AI, o Estado no qual estamos inseridos também está em análise; ele faz parte do campo de análise³¹.

Apesar de ser difícil definir o seu papel, o Estado não deve ser personalizado, e no contexto de uma pesquisa-intervenção é preciso também colocar em análise algumas de suas manifestações de forças; por exemplo, a instituição da política de educação permanente e a proposição da residência multiprofissional como formação em serviço. Quando o Estado manifesta sua força com a promulgação da Lei nº 11.129⁴, ele responde a uma demanda de manutenção de um sistema de saúde e de qualificação dos trabalhadores. Em contraposição a esse movimento de disputa de forças, esse mesmo Estado põe em risco a prerrogativa da APS como ordenadora deste mesmo sistema ao “atualizar” as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica¹⁰.

Assim, no contexto do uso da AIPP, é preciso considerar que também somos atravessados pelo Estado e que temos implicações profissionais com as instituições que nos cercam, estabelecendo relações com as instituições que nos atravessam; por exemplo, a instituição do cuidado, da formação, da saúde e da educação³². Os residentes têm implicações profissionais com o Estado, com a universidade na qual estão filiados, com os serviços de saúde nos quais trabalham; há portanto, diferentes implicações profissionais que devem ser colocadas em análise. Essa análise coletiva pode evidenciar quais os limites de transformação de suas práticas³².

Esses limites estão velados, pois o Estado, muitas vezes, nega a si próprio e vai contra aquilo que produziu como profecia inicial no momento de sua fundação. Sobre isso, podemos refletir, por exemplo, que a profecia inicial da residência está voltada para a formação de profissionais, qualificação do sistema de saúde e cuidado com base na integralidade. A negação de si acaba por produzir, portanto, superespecialização do trabalho e fragmentação do cuidado, que são efeitos de dissolução de sua profecia inicial³¹.

Frente ao exposto até aqui, é possível compreender a importância do uso do dispositivo de AIPP no processo de formação interprofissional que, mesmo constituído por saberes e práticas profissionais diferentes, pode alcançar a cooperação e a contribuição de forma interativa por meio da aproximação do seu objetivo: oferecer um atendimento de saúde de qualidade com base na integralidade do cuidado.

Esse movimento revela aspectos do contexto de formação, de trabalho e de sociedade desses residentes. O desafio está no despertar para a construção de um projeto coletivo³³, para o qual seja possível conhecer suas potencialidades e limites e entrever as possibilidades de negociação de estratégias, com os docentes, tutores, preceptores e equipe, de modo que favoreça seu protagonismo como profissional de saúde em formação.

Considerações finais

O uso de dispositivos reflexivos como a AIPP na construção do conhecimento e para a transformação de práticas na formação em serviço pode explicitar nós críticos que necessitam ser enfrentados por todos os atores envolvidos: residentes, preceptores, tutores, professores, gestores e usuários. Para tanto, deve-se considerar a complexidade das organizações e os atravessamentos das e nas instituições que operam no campo da saúde e da educação, uma vez que este dispositivo possibilita a reflexão sobre a sua prática e seu contexto de formação e de trabalho.

Assim, consideramos também que o uso da AIPP como dispositivo de análise contribui para a qualificação do cuidado da população atendida pelos profissionais em formação nos serviços de saúde em questão. Somado a isso, seu foco no trabalho, na reflexão e na prática, dá subsídios para propostas de trabalho de caráter cada vez mais interativo e que valorize uma melhor comunicação e compartilhamento de saberes entre os diferentes profissionais das equipes de saúde. Um fator limitante é que, nesse caso, esse dispositivo foi utilizado apenas com os residentes, porém, suas potencialidades convergem para os propósitos da EPS e apontam para a possibilidade de ser utilizado em coletivos que incluam a participação de trabalhadores dos serviços de saúde.

O movimento da restituição dos dados no percurso da pesquisa, por meio de narrativas escritas e lidas com o coletivo, mostra-se como um dispositivo que possibilitou a análise e um elemento importante para o acompanhamento das mudanças que ocorriam à medida que o trabalho reflexivo

avançava, na perspectiva de transformar para conhecer. Apesar de apresentar um olhar singular do pesquisador, a escrita e o encontro têm potencialidades, como o processo de reconhecimento de não saberes, de suas necessidades de formação e de suas implicações profissionais.

As reflexões aqui apresentadas não são definitivas, mas têm a intenção de ampliar possibilidades de releituras críticas e de enfrentamento das questões levantadas do campo da saúde e da educação. Acreditamos ainda que outras reflexões complementares serão possíveis na finalização desta pesquisa. A análise cotidiana do trabalho pode colaborar para construção da prática interprofissional colaborativa no sistema de saúde e se desenha como caminho para o enfrentamento da resistência à mudança e à transformação das práticas em saúde. Destacamos que esse exercício de análise tem maior potência no contexto coletivo, não por seu caráter específico de grupo, mas, sobretudo, pelo esforço de ressignificar sua própria realidade frente aos tempos marcados pela desvalorização daquilo que é público e coletivo.

Contribuições dos autores

Luana Pinho de Mesquita Lago, Silvia Matumoto, Simone Santana da Silva, Soraya Fernandes Mestriner e Silvana Martins Mishima participaram ativamente da discussão dos resultados do trabalho, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Aos residentes, pela produção coletiva, e aos demais membros do programa, pela possibilidade de realização desta pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo fomento por meio da bolsa do tipo demanda social.

Referências

1. Lourau R. A análise institucional. Ferreira M, Tradutor. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
2. Monceau G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicol Rev.* 2015; 21(1):197-217.
3. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
4. Brasil. Presidência da República. 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 da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 30 Jun 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 287, de 8 de Outubro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
6. Da Ros MA, Pierantoni CR, Haddad AE, Ribeiro C, Severo DO, Souza TT. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. *Cad RH Saude.* 2006; 3(1):109-17.
7. Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 4 Nov 2005. sec. 1, p. 112.

8. Sól NAA. A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio histórica de sua trajetória enfocando programas específicos [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
9. Rossoni E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. *Physis*. 2015; 25(3):1011-31.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
11. Batalha E. Residência não é fábrica de recursos humanos [Entrevista de Paula Cerqueira]. *RADIS*. 2013; 133:32-3.
12. Dallegre D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):213-26.
13. Batalha E. Mergulho na vivência e na (dura) realidade. *RADIS*. 2013; 133:30-1.
14. Lobato CP, Melchior R, Baduy RS. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*. 2012; 22(4):1273-91.
15. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (Esp 2):16-24. doi: 10.1590/S0080-623420150000800003.
16. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saude*. 2011; 9(1):85-112.
17. Barr H, Ford J, Gray R, Helme M, Hutchings M, Low H, et al. Interprofessional education Guidelines [Internet]. London: Centre for advancement of interprofessional education; 2017 [citado 2 Out 2017]. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>.
18. World Health Organization. Learning together to work together for health [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 5 Jan 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37411/1/WHO_TRS_769.pdf.
19. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence [Internet]. Oxford (UK): Blackwell; 2005 [citado 25 Mar 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470776445.fmatter/pdf>.
20. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.
21. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 91-103.
22. Monceau G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente. *Educ Pesqui*. 2005; 31(3):467-82.
23. Monceau G. L'institutionnalisation de la réflexivité: succès du praticien réflexif et obstacles à l'analyse de l'implication [Internet]. In: *Colloque International Réflexivité en Contextes de Diversité: un carrefour des sciences humaines?*; 2010; Limoges, France. Limoges: Dynadiv, Université de Limoges; 2010 [citado 14 Mar 2017]. Disponível em: <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-01080588>.
24. Escóssia L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):689-94.

25. Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
26. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev Epos*. 2014; 5(1):156-81.
27. Breugnot P, Fablet D. Analyser les pratiques de professionnels de la protection de l'enfance, entre recherche et intervention. In: Monceau G, director. *Enquêter ou intervenir? Effets de la recherche socio-clinique*. Nimes: Champ Social Éditions; 2017. p. 120-8.
28. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2):1299-312.
29. Lemos FCS, Cardoso HR Jr, Alvarez MC. Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. *Psicol Soc*. 2014; 26 (Esp):100-6.
30. Barembliitt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5a ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
31. Lourau R. O Estado na análise institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 140-53.
32. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal*. 2008; 20(1):19-26.
33. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(1):151-64.

Mesquita-Lago LP, Matumoto S, Silva SS, Mestriner SF, Mishima SM. El análisis de prácticas profesionales como dispositivo para la formación en la residencia multiprofesional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1625-34.

La complejidad de las necesidades de salud de la población exige cada vez más la calificación para el trabajo colaborativo en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). El objetivo de este artículo es reflexionar sobre posibilidades, límites y desafíos del uso del análisis institucional de prácticas profesionales como dispositivo para la formación interprofesional en un programa de residencia multiprofesional de salud. Se trata de una investigación-intervención con apoyo en el referencial teórico-metodológico del análisis institucional, de cuño participativo, que posibilitó el encuentro de subjetividades por medio del ejercicio del auto-análisis, reconocimiento de no saberes y necesidades de formación, ejercicio de escuchar colectivamente y análisis de posibilidades de compartir saberes y papeles. También fue posible poner en evidencia las contradicciones del contexto de trabajo y los aspectos de las relaciones interprofesionales que, algunas veces, imponen límites a las prácticas colaborativas.

Palabras clave: Educación interprofesional. Residencia de salud. Análisis institucional. Salud colectiva.

Submetido em 15/10/17. Aprovado em 13/06/18.

Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade

Cristiane Trivisiol Arnemann^(a)
 Maria Henriqueta Luce Kruse^(b)
 Denise Gastaldo^(c)
 Alan Cristian Rodrigues Jorge^(d)
 André Luis da Silva^(e)
 Ane Glauce Freitas Margarites^(f)

Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF, et al. Preceptor's best practices in a multiprofessional residency: interface with interprofessionalism. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1635-46.

In this article, based on Appreciative Inquiry, we present and discuss the best practices of a group of preceptors from a multiprofessional health residency program in Brazil. The best practices we identified are the multiprofessional consultation, the reception given to residents, and the integrated actions among different majors of the residency. In addition, we identified their strategies to develop the practices in health settings. The practices follow the presuppositions of interprofessional education, as they promote the reflection of different actors on the construction of practices that aim at the provision of better healthcare for users of the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Interprofessional education. Permanent health education. Multiprofessional health residencies. Appreciative inquiry. Professional practice.

Nosso artigo, fundamentado na Pesquisa Apreciativa, apresenta e discute as melhores práticas de um grupo de preceptores de um programa de residência multiprofissional em Saúde. As melhores práticas identificadas são: a consulta multiprofissional, o acolhimento dos residentes e as ações integradas entre as diferentes ênfases da residência. Além dessas, identificaram-se as estratégias para desenvolver as práticas nos cenários de saúde que seguem os pressupostos da educação interprofissional, já que promovem a reflexão de diferentes atores do processo na construção de práticas que buscam maior atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Educação interprofissional. Educação permanente em saúde. Residências multiprofissionais em saúde. Pesquisa apreciativa. Prática profissional.

Cassio Lamas Pires^(g)
 Nádia Mora Kuplich^(h)
 Maite Telles dos Santos⁽ⁱ⁾
 Robledo Leal Condessa^(j)

^(a) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua São Manoel, 963, sala 205, Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-110. cris.trivisiol@gmail.com

^(b) Escola de Enfermagem, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. kruse@uol.com.br

^(c) Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto. Toronto, Canadá. denise.gastaldo@utoronto.ca

^(d, e, f, g, h, i, j) Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. ajorge@hcpa.edu.br; andresilva@hcpa.edu.br; amargarites@hcpa.edu.br; clpires@hcpa.edu.br; nkuplich@hcpa.edu.br; mtsantos@hcpa.edu.br; rcondessa@hcpa.edu.br

Introdução

A educação dos profissionais de saúde vem sendo (re)discutida amplamente no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a educação dos profissionais de saúde ainda é considerada fragmentada, descontextualizada e produtora de um currículo estático ao avaliar a dinâmica de mudanças que ocorrem nessa área¹. No Brasil, destacamos o movimento da Educação Permanente em Saúde (EPS), assumido a partir de 2004 como uma política pública que busca promover mudanças nas práticas dos profissionais de saúde². A EPS compõe um projeto político que abarca propostas de mudança na formação dos profissionais de saúde. Uma das mudanças já implementadas foi a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). As RMS foram criadas com objetivo de estimular práticas que respondam às demandas do SUS, constituindo espaços para o desenvolvimento de ações de EPS³.

Assim, as residências emergem como possibilidade de problematização da realidade no cotidiano dos serviços de saúde e de articulação destes com as instituições de ensino em busca da integração de residentes, docentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde. Além disso, as RMS tendem a permitir a permeabilidade das ações educativas no cotidiano das práticas de saúde, vislumbrando o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais vinculados aos serviços de saúde²⁻⁴.

Do mesmo modo, as residências multiprofissionais também podem ser espaços profícuos para o desenvolvimento da educação interprofissional (EIP) por trabalharem em uma perspectiva que busca promover a integração entre os diferentes profissionais⁵. A educação interprofissional oferece oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais da saúde, buscando desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo⁶, que preconiza que profissionais de diferentes áreas desenvolvam suas atividades e aprendam conjuntamente, de modo interativo, melhorando a colaboração e qualidade da atenção à saúde¹. Assim, a EIP complementa e fortalece o ideário do SUS, fornecendo subsídios para a construção de um projeto de sociedade que contemple a concepção ampliada de saúde⁷. O desenho de currículos interprofissionais e a adoção de disciplinas comuns aos diferentes cursos da área da saúde e da interprofissionalidade nas residências multiprofissionais em saúde são movimentos que contribuem para reformular a formação dos profissionais⁷.

Nesse cenário, tem-se a figura do preceptor, que vem se destacando nas instituições assistenciais por proporcionar situações de aprendizagem aos residentes, fazendo com que intervenções e condutas sejam exercitadas, refletidas, transformadas e apreendidas de modo satisfatório durante o processo de formação, tornando a preceptoria uma prática educativa⁸.

Estudos acerca do preceptor sinalizam para a importância desse ator no processo pedagógico das RMS, apontando sua importância nessas práticas educativas e as dificuldades frente a aspectos do seu processo didático⁸⁻¹⁰. Nessa direção, considerando a visibilidade deste profissional e a importância de suas práticas, propomos conhecer e apresentar práticas exitosas desenvolvidas pelo grupo de preceptores, evidenciando a potencialidade da residência como modalidade de formação.

Metodologia

Este estudo é caracterizado como uma Pesquisa Apreciativa, que, conhecida em inglês como Appreciative Inquiry, é uma metodologia usada para identificar as melhores práticas desenvolvidas e empregadas pelas pessoas que trabalham em uma instituição. Essa metodologia permite a participação e o engajamento de profissionais da área da saúde em pesquisas relacionadas à sua área de atuação, com potencial para ser aplicada em múltiplas áreas¹¹.

Justifica-se a escolha da Pesquisa Apreciativa por constituir uma abordagem metodológica que vem se destacando no cenário das pesquisas qualitativas, já que explora pontos positivos e pontos comuns desenvolvidos nos meios nos quais é aplicada, e por começar a ser utilizada em estudos da área da saúde no Brasil¹¹. Além disso, a Pesquisa Apreciativa incentiva debates reflexivos e críticos por

parte dos participantes, estabelecendo um espaço de discussão para que mudanças ocorram¹¹⁻¹². A metodologia foi organizada em quatro estágios que constituem um ciclo 4D: Discovery, Dream, Design e Destiny. Essas fases foram traduzidas para o português como: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino (DSPD).

Neste artigo, destacamos a primeira fase do ciclo, que contempla a fase a Descoberta¹³, devido ao seu objetivo central, que é identificar as melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores. Este estudo foi desenvolvido no Programa de Residência Integrada Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes desta pesquisa foram sete preceptores, contemplando as áreas da referida residência: Adulto Crítico, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Controle de Infecção Hospitalar e Onco-Hematologia. Em relação às categorias profissionais, tivemos as profissionais das seguintes áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Educação Física e Serviço Social.

Como critério de inclusão dos preceptores, estes deveriam atuar na Residência Multiprofissional com o mínimo de um ano de experiência e ter interesse em refletir e discutir sobre Educação Permanente em Saúde. Também foi considerada a possibilidade de participar das reuniões com, no máximo, uma falta ao longo de toda coleta de dados. Foram incluídos preceptores de todas as profissões, de modo a contemplar ao menos um representante de cada profissão. Foram excluídos da pesquisa, de acordo com os critérios de exclusão, os preceptores que estivessem em período de férias ou licença no período da coleta de dados.

Como estratégias para produção dos dados, foram realizados grupos de discussões com os preceptores. Para registro dos dados, foi utilizado áudio gravador para as transcrições dos grupos de discussões. Além disso, foram utilizadas notas de campo como complementação das reuniões.

A fase Descoberta contemplou três reuniões com o grupo de preceptores, com duração de cerca de duas horas cada uma. Nestas, o objetivo era identificar quais as melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores. Para isso, anteriormente à primeira reunião, foi dada aos preceptores uma tarefa reflexiva, que pedia que relembassem uma experiência positiva enquanto preceptores. Nomeamos “tarefas reflexivas” as atividades que os participantes realizavam antes de cada reunião, com intuito de possibilitar a reflexão acerca do objeto de estudo, funcionando como estratégia para preparar as reuniões do grupo¹¹.

Na primeira tarefa reflexiva, solicitamos que os participantes escrevessem uma carta; endereçada a algum colega, à coordenação de uma instituição ou às pesquisadoras do estudo; sobre sua trajetória profissional, descrevendo uma atividade positiva realizada na Residência Multiprofissional.

A segunda e a terceira reunião contemplaram a fase Descoberta, a primeira fase do ciclo DSPD. Essa fase pode ser iniciada com o diálogo para encorajar os participantes da pesquisa a compartilharem experiências, a fim de descobrirem ou redescobrirem os seus pontos fortes, ativos ou nos quais tiveram suas maiores conquistas.

A fase da Descoberta envolveu o descobrimento das melhores práticas dos participantes por meio da apreciação do que “dá vida e energia” aos indivíduos, ao seu trabalho e à organização¹²⁻¹⁴. As questões que orientaram o grupo de discussão foram: Quais são as melhores práticas que esse grupo desenvolve? O que dá vida e energia no trabalho da Residência Multiprofissional? O que vocês consideram que esteja funcionando na Residência Multiprofissional?

A análise de dados foi realizada de acordo com Denzin e Lincoln¹⁵, sendo utilizados os seguintes passos para o processo temático da análise dos dados: imersão, codificação, categorização e generalização. Para o estudo, foi considerada a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa, obtendo parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae) nº 35009014.5.0000.5327.

Resultados e discussão

Neste artigo, apresentamos a categoria melhores práticas de EPS em uma Residência Multiprofissional em Saúde. Essa categoria é oriunda da tese “Educação permanente em saúde no

contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico”. A Pesquisa Apreciativa possibilita que os pesquisadores proponham a criação de uma produção científica coletiva com os participantes, tornando estes coautores do artigo. Assim, essa categoria contemplou o objetivo de produzir um manuscrito enfatizando a disseminação das melhores práticas desse grupo de preceptores. A categoria foi subdividida em duas subcategorias: melhores práticas coletivas orientadas pelos princípios da EPS e estratégias para o desenvolvimento de ações interprofissionais.

Em relação à primeira subcategoria – “melhores práticas coletivas orientadas pelos princípios da EPS” –, os preceptores apontam a consulta desenvolvida no ambulatório de Cardiologia:

As duas práticas que destaquei são o planejamento e a execução de uma nova prática multiprofissional, como o ambulatório lá na Cardiologia. (P2)

Eu pensei e elenquei que seria a consulta ambulatorial que foi citada pela colega, que é o ambulatório multiprofissional. (P7)

Foi interessante [a consulta multiprofissional na Cardiologia] porque é uma proposta que começou do zero, da necessidade de trabalhar a partir disso e o que me pareceu uma experiência bastante exitosa. Eu acho que temos experiências boas tal como o ambulatório da Cardiologia. (P4)

A consulta multiprofissional também é uma prática que foi elencada por várias pessoas aqui e acredito que seja possível de exequibilidade. (P1)

Uma questão da prática de como tu consegues colocar isso em prática é o Projeto Terapêutico Singular [PTS]. Diferentes pessoas “metem a mão” naquela prática de todo o tratamento do paciente, do desenrolar de tudo o que é necessário para desenvolver o cuidado. É a interconsulta multiprofissional. (P2)

A partir da descrição da consulta multiprofissional, podemos relacionar sua operacionalização com a interconsulta, considerada uma estratégia facilitadora para os profissionais de equipes interdisciplinares na área da saúde. Ela promove o trabalho em equipe e uma atuação pautada no modelo biopsicossocial. A interconsulta iniciou-se no campo da Medicina e consiste na presença de um profissional de saúde, em uma unidade de serviço, a partir da solicitação médica para garantir um olhar mais global sobre o usuário desse serviço¹⁶. Tais práticas buscam solidificar o trabalho em equipe multiprofissional em prol da melhoria da qualidade do cuidado ao usuário.

Outra prática considerada importante no cenário das residências multiprofissionais é o acolhimento dos novos residentes como atividade de integração nas RMS.

Diversas são as atividades que considero como experiências positivas que já vivi no trabalho enquanto preceptora. Entretanto, uma que posso destacar foi a recepção do campo para os novos residentes no início deste ano. Fiquei responsável por organizar as atividades que seriam desenvolvidas no campo nos primeiros dias dos novos residentes. (P5)

Os preceptores se organizaram para realizar a atividade de recepção e apresentação dos serviços, em que os residentes teriam atuação nas RMS. Os *rounds* multiprofissionais também são considerados como as melhores práticas e têm se consolidado nos cenários das Residências Multiprofissionais.

Round multiprofissional. Nós começamos a participar de *rounds* através da residência. (P6)

Na X, nós temos experiências bem positivas. Também tem o *round* multidisciplinar diário, onde todos os preceptores com os residentes participam e mais toda a equipe e é chamado de *round* multidisciplinar. (P5)

Os *rounds* são reuniões multiprofissionais nas quais os residentes apresentam casos de seus pacientes e trocam experiências. Inicialmente, os residentes multiprofissionais iniciavam a participação nos *rounds* médicos. A fala de P2 compara os *rounds* multiprofissionais em uma perspectiva interprofissional, nomeando-a como interconsulta.

Tem a consulta, mas também têm outras ações que podem ser pensadas e realizadas. O nosso campo não vai fazer consulta. Não conseguimos fazer PTS. Mas o *round* multiprofissional não deixa de ser uma interconsulta o que nos favorecia neste sentido. (P2)

Além das práticas centradas na atuação dos residentes, P1 descreve que a visita realizada em uma instituição não hospitalar é considerada uma experiência exitosa na sua trajetória.

[...] escrevo esta carta para lhe contar sobre uma experiência muito interessante e exitosa que tivemos na RMS. No semestre passado, tivemos a oportunidade de visitar, juntamente com os residentes da ênfase X, o Sanatório Partenon, aqui na nossa cidade. Essa instituição é responsável pelo tratamento de tuberculose aqui no Rio Grande do Sul. (P1)

A partir disso, os preceptores discutem a importância das vivências dos residentes em outras áreas de formação da RMS, a possibilidade de ações conjuntas entre as ênfases e as vivências em outros cenários, destacando a presença de preceptores junto com os residentes e a inserção de novas profissões na Residência descritas por P2.

E a presença destes preceptores junto com os residentes de fato é uma prática positiva da nossa Rims [Residências Integradas Multiprofissionais], a presença, a cobertura destes residentes de não ficarem abandonados à própria sorte, há um cuidado neste sentido. Para mim, são estas práticas que são positivas. (P2)

Nesse contexto, os preceptores se preocupam em oportunizar formação com elementos que promovam um modelo assistencial pautado na integralidade. Uma dessas estratégias para essa formação é oportunizar ações entre as diferentes ênfases, o que os preceptores nomeiam de “ações interênfases”.

As ações interênfases. Destaco uma que nós fizemos da área X com a área Y. Por exemplo, na área X têm muitos pacientes com déficit cognitivo importante, comprometimento intelectual severo na internação e a parte de controle de infecção é bem difícil se tu estiveres cuidando dos pacientes em si. A questão das doenças sazonais, por exemplo, no verão é muito comum. Então, as residentes foram, pediram autorização para os preceptores e tiraram um tempo da semana delas lá no Controle de Infecção e foram lá na unidade. (P2)

As ações interênfases que nós colocamos pensando mais do que um trabalho multidisciplinar é uma proposta de formação. Uma proposta de formação entre as ênfases. E já temos algumas experiências para compartilhar. (P7)

Um trabalho intercursos [...] antes de ser uma residência, de saúde mental, adulto crítico, controle de infecção, saúde da criança, álcool e drogas, ela é uma residência integrada multiprofissional em saúde. (P2)

As ações realizadas entre as ênfases, nomeadas pelos preceptores como ações interênfases, são atividades que buscam integrar os preceptores e residentes da mesma área de atuação, propondo a integração de diferentes áreas e núcleos profissionais, e têm estado presentes nas discussões a respeito da formação profissional em saúde. Integralizar implica considerar novas interações no trabalho em equipe, configurando trocas de experiências e saberes. Tais trocas voltadas ao respeito à diversidade,

cooperação e solidariedade constituem práticas transformadoras na direção da atenção permeada pelo diálogo e colaboração.

As melhores práticas trazidas pelo grupo de preceptores, tais como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), consultas multiprofissionais, acolhimento dos residentes, *rounds* multiprofissionais, novas profissões nas RMS e ações interênfase são dispositivos construídos em coerência com o modelo de atenção à saúde biopsicossocial. Dessa forma, as melhores práticas promovem a aprendizagem significativa, pois são baseadas na reflexão cotidiana, ganhando sentido por estarem alinhadas à realidade dos preceptores das RMS. A aprendizagem significativa na EPS se refere a uma pedagogia que propõe ao profissional de saúde um papel ativo na atenção à saúde relacionada à experiência prévia do sujeito, contrapondo-se aos modelos tradicionais¹⁷. De acordo com autores¹⁸, o espaço da residência multiprofissional utiliza diversas metodologias ativas que visam contribuir para uma formação que agregue os saberes de todos os núcleos profissionais, evidenciando a potencialidade dessas metodologias em processos de formação que buscam aproximar os diferentes atores envolvidos com o SUS e para o SUS. Compreendemos que o preceptor que articula mudanças nas práticas de saúde é ator do processo de mudança.

Por conseguinte, podemos pensar que essas práticas podem estar possibilitando o pensar e o atuar coletivo de um grupo de profissionais atuantes em uma modalidade de formação como as RMS. Isso nos leva a pensar que, mesmo diante da jornada intensa de trabalho do preceptor, tais profissionais estão dispostos a procurar modos de ensinar a partir de uma lógica que busca a integralidade da atenção pautada no modelo biopsicossocial, pois buscam realizar um bom trabalho na formação dos residentes, defendendo uma proposta que faça diferença na formação dos recursos humanos¹⁹. Porém, há também uma preocupação de que a Residência não seja compreendida apenas como formação resolutive, complementar aos problemas oriundos da academia, podendo, assim, proporcionar uma visão distorcida daquela e do papel do preceptor²⁰.

A subcategoria "estratégias para o desenvolvimento de ações interprofissionais" apresenta as estratégias para o ensino e a integração entre as diferentes ênfases das RMS, como mapear o conhecimento de cada residente e utilizar rodas de conversa, disciplinas teóricas, metodologias de integração entre as áreas das RMS e encontros coletivos. A partir das estratégias para o ensino multiprofissional, podemos nos questionar: como trabalhar distintas práticas e teorias em grupo com diferentes núcleos profissionais, em que cada residente apresenta conhecimento singular advindo de suas experiências e formação acadêmica específica? P2 emprega como estratégia mapear o conhecimento de cada residente.

Tu perguntaste de um instrumento para prestar preceptoria de campo. Primeiro o que a gente usa é o mapeamento do conhecimento de cada um. Nos primeiros encontros, mapear e ver qual é o nível de instrução daquela área. (P2)

Para a estratégia de mapeamento, P2 utiliza rodas de conversa, que permitem conhecer os saberes singulares que compõem o grupo dos residentes e possibilitam compartilhar os conteúdos abordados para os residentes do campo.

[...] eu vou levantar o tópico e vejo qual é o conteúdo que elas [residentes] têm [...] e a partir disso eu consigo desenvolver uma roda de conversa ou uma pesquisa sobre um tópico [...]. Tudo isso pelo instrumento do mapeamento inicial. (P2)

Quanto ao desenvolvimento do ensino multiprofissional, uma das estratégias que se destaca é o mapeamento dos conhecimentos dos residentes, pois cada residente apresenta seu saber e novos saberes são construídos na relação preceptor-residente. Consideramos que os saberes individuais valorizam distintos saberes advindos da experiência profissional, do conhecimento tácito ou mesmo do conhecimento pessoal. A EPS trabalha na perspectiva de que todos os educandos têm uma experiência que não deve ser ignorada²¹. De acordo com Freire²¹, com ética crítica, competência científica e

amorosidade autêntica, sob a perspectiva do engajamento político libertador, pode-se ensinar os educandos a serem seres mais atuantes e envolvidos.

Em relação ao ensino multiprofissional, as práticas identificadas podem vislumbrar o interesse dos preceptores em promover espaços de aprendizagem que não sejam confinados ao núcleo profissional, mas que promovam a interface entre as diversas profissões, convergindo para uma atuação multiprofissional que visa à integralidade da atenção em saúde. Com a iniciativa do ensino multiprofissional, tem-se o crescimento dos envolvidos, transpondo a barreira acadêmica, tradicionalmente voltada a uma formação focada apenas na profissão²². Além disso, a prática multiprofissional proporciona à sociedade atenção integral, à medida que as pessoas passam a ser vistas no âmbito biológico, psicológico e social, sentindo-se acolhidas e vinculadas à equipe de saúde. A Residência Multiprofissional proporciona o conhecimento das diferentes áreas envolvidas, gerando discussões mais densas e complexas e obtendo maior resolutividade dos problemas apresentados pela sociedade²³.

Porém, a partir do exposto, percebemos que os conceitos que abarcam as RMS estão, em sua maioria, atrelados aos princípios da multiprofissionalidade. Observamos que as Residências Multiprofissionais propõem que as ações desenvolvidas sejam multiprofissionais e interdisciplinares. Assim, como podemos avançar nas discussões que permeiam a interprofissionalidade nos espaços das Residências Multiprofissionais em Saúde? As práticas exitosas apresentam aderência à proposta da educação interprofissional; no entanto, são apresentadas como iniciativas multiprofissionais, pois estas integram o trabalho coletivo de diferentes profissões, demonstrando aproximação com alguns princípios da EIP. A interprofissionalidade aponta para a articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões, tendo como resultado ações mais resolutivas e integrais.

Além dessas estratégias, os preceptores ressaltam que as disciplinas teóricas das quais os residentes participam poderiam ser revistas, para que constituam momentos para discussões multiprofissionais, explorando os saberes transversais e comuns às diferentes profissões.

E de tu teres em um primeiro momento políticas de saúde, eu acho que as disciplinas teóricas também funcionam bem e dão suporte para as discussões que a gente vem fazendo no campo. (P4)

Nós precisávamos pensar um pouco sobre este processo de construir um trabalho multi e criamos a estratégia de colocar o conhecimento teórico acerca da multiprofissionalidade. (P2)

Os preceptores destacaram as metodologias ativas utilizadas na formação dos residentes. O grupo aborda tais metodologias como estratégias para o ensino interprofissional, pois proporcionam aos residentes a possibilidade de se posicionarem e discutirem suas experiências.

Surgiu uma aula que era justamente para se discutir sobre identidade profissional, o posicionamento do X na equipe multiprofissional. E veio uma professora do curso de X e ela, por e-mail, me disse: eu tenho planejado uma aula de vinte minutos e o resto é discussão. E eu pensei: Como assim? Ela não sabe que a aula é para ser em torno de duas horas? E foi a aula, pelo menos a que eu assisti, mais absurda (positivamente!). (P7)

Não é porque já tem a aula tradicional que tu tens que seguir aquela aula, mas sim pensar em novas propostas que vão enriquecer, tais como as metodologias ativas. Estas metodologias nos ajudam a pensar em outras possibilidades para as aulas. (P5)

E também a sugestão de modificar a proposta das aulas que já tem de núcleo [...] tivemos uma oficina em março e as aulas, a princípio, foram acontecendo nesta metodologia. Tivemos coisas bem interessantes, exemplos de coisas bem práticas, peça teatral, algumas discussões bem legais. As respostas dos residentes foram tímidas inicialmente, mas aos poucos eles foram se envolvendo e participando mais ativamente das novas propostas. (P7)

As metodologias ativas também podem ser evidenciadas quando os preceptores, juntamente com os residentes, reúnem-se para discutir temáticas transversais às áreas de atuação de cada profissional, por meio de disparadores reflexivos como filmes, atividades teóricas extras, apresentação coletiva dos projetos e Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) nas aulas de campo, contemplando as diferentes ênfases das RMS.

Um exemplo foi trabalhar temáticas sobre as drogas, disparadas por filmes, porque esta temática é muito abordada pelo cinema. Nós conseguimos desenvolver quatro seminários e desenvolver debates. Nós fizemos a cada 15 dias um encontro com os pacientes, profissionais e residentes com a temática de saúde mental [...] os próprios pacientes acabam trazendo filmes, propostas e tal. (P4)

A proposta do colega eu achei interessante nós fazermos, ter uma sessão de cinema que fosse para todos os grupos da residência. Olha a riqueza, coordenar uma ação assim. Os preceptores estarem lá como os debatedores. (P6)

[...] outra coisa que estamos oportunizando para os residentes é um seminário de apresentação dos TCR e dos projetos. Dentro das aulas de campo, das últimas três aulas de campo, a gente está fazendo a apresentação dos TCRs. (P4)

Dentre as estratégias para integrar as diferentes ênfases das RMS, é sugerida a integração entre as áreas das RMS, o que é trazido por P6:

Pensei em nós termos eventos, como o colega está dizendo [...], que nós montássemos seminários de integração. Uma aula, uma disciplina. O encontro de Bioética ele faz isso e é legal. Algumas vezes são casos, trazidos, discutidos antes para ver se adéquam a situações que eles consideram, que envolveram questões éticas e, algumas vezes, tem dois campos envolvidos. (P6)

Ainda, os preceptores acreditam que encontros coletivos envolvendo os preceptores, tutores e residentes fortalecem o coletivo na perspectiva multiprofissional.

[...] que nós tivéssemos assuntos, temas que perpassassem. Mas assim, ter na mesa residente, preceptor, tutor e fazer encontros da residência. Só para debater com o coletivo. (P6)

Os preceptores discutiram como as melhores práticas nas RMS podem ser desenvolvidas, elencando estratégias para o desenvolvimento do ensino multiprofissional e para a integração das diferentes ênfases que compõem as RMS.

As estratégias evidenciadas pelos preceptores valorizam o conhecimento do residente e as metodologias ativas sinalizam as RMS como fomentadoras de espaços de geração de novos conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial¹⁹. Assim, tais propostas podem representar um ponto de partida para proporcionar aos residentes um ensino que promova a formação interprofissional. Corroborando essa ideia, Meyer, Félix e Vasconcelos²³ apresentam como sinalizadores a produção de metodologias que permitam a experimentação de um fazer coletivo, por meio de oficinas de trabalho, rodas de conversa, discussão de filmes, reflexões a partir de falas e cenas vivenciadas no serviço, músicas, poesias, literatura e outros artefatos culturais. A formação das RMS pode ser considerada – além de um espaço de absorção de informações, conhecimentos e modelos que resultam em especialistas – um tempo para a reinvenção de si e do mundo, além de uma potência para a proximidade e o cuidado para com os usuários no seu território⁴.

Assim, neste texto, a interprofissionalidade foi usada com foco nas melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores, ainda que estas sejam relacionadas à multiprofissionalidade, pois os elementos trazidos pelo grupo de preceptores evidenciam características relacionadas à EIP no cotidiano dos

serviços e na atuação dos preceptores, residentes e profissionais do serviço. Essas são experiências que se contrapõem àquelas da educação interprofissional que acontecem em atividades de sala de aula ou simulações clínicas; por isso, merecem ser disseminadas²⁴.

A EIP pode ser adotada tanto no ensino de graduação quanto na realidade dos serviços²⁵. Assim, as residências multiprofissionais são potente espaço para a adoção da EIP, pois esta constitui uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento do trabalho coletivo, com o intento de otimizar a qualidade da atenção à saúde^{8,25}. Isto posto, precisamos entender como as residências funcionam e se elas se apresentam como cenários possíveis para a EIP, compreendendo que apenas juntar diferentes profissões em um mesmo espaço não pode ser considerada educação interprofissional. É preciso conhecer quais marcos teóricos e metodológicos podemos usar para, de fato, formar sujeitos mais aptos à colaboração na dinâmica do trabalho em saúde.

Diante dos resultados apresentados, podemos visualizar que as melhores práticas dos preceptores, assim como suas estratégias, para viabilizá-las nas RMS sinalizam para o desenvolvimento de habilidades interprofissionais dos diferentes atores. As atividades desenvolvidas no coletivo tornam visíveis os elementos que reorganizam a prática de trabalho dos preceptores, possibilitando a valorização dos atores desse processo de ensino-aprendizagem.

No que concerne ao SUS como ordenador da formação, espera-se que esses profissionais sejam habilitados para além de uma inserção nessa lógica e que a sua formação os prepare para atuar como articuladores participativos na identificação dos nós críticos; na tomada de decisões; e na criação de alternativas estratégicas na gestão e atenção, a fim de promover mudanças necessárias para atuar na sua realidade e empenhados na melhoria do cuidar em saúde²⁶.

A formação dos residentes desencadeada por espaços onde atores dialogam acerca da EPS precisa ser compreendida como um processo, e não somente como algo pontual, trabalhado sob uma determinada perspectiva, visto que, por meio dessa formação, os residentes terão a capacidade de desenvolver competências. Instigar os questionamentos sobre a realidade e ir ao encontro do cotidiano tornam-se de fundamental importância para estabelecer uma proximidade entre os saberes socialmente construídos e a vivência a partir do mundo do trabalho¹⁷.

Assim, a responsabilidade dos centros formadores com a instrução dos profissionais da área da saúde é fundamental, sendo que esse processo deve refletir as realidades social, política e cultural, fundamentadas pelos princípios e diretrizes do SUS²⁷. Sabe-se que os programas de Residência Multiprofissional alteraram os cenários dos serviços que as sediam. Os avanços que essas modalidades de educação em serviço implementaram no SUS são significativos e apresentam potenciais para operar mudanças na formação e no trabalho. Porém, poucas experiências estão documentadas, registrando essas mudanças e reafirmando a importância desse dispositivo de formação das RMS para a consolidação de ações interprofissionais e das práticas colaborativas.

Diante disso, podemos pensar que a identificação das melhores práticas pode estar atribuída a um indicativo de mudança na formação nas RMS, pois estas podem ser consideradas espaços para ações de ensino-aprendizagem, visto que combinam o dia a dia do serviço dos preceptores com a *expertise* dos profissionais da academia. Dessa forma, a Residência pode ser considerada uma via de mão dupla, na qual o serviço contribui para a formação de profissionais qualificados e estes contribuem para o aperfeiçoamento do serviço como um todo¹⁰.

Espera-se que essas vivências interprofissionais sejam capazes de preparar melhor os futuros profissionais de saúde para atuarem dentro dos princípios estruturadores do SUS e que a qualificação profissional implique também na ascensão da qualidade da atenção oferecida à população, contribuindo para o desenvolvimento do senso de responsabilidade social na formação em saúde.

Considerações finais

Este estudo apresenta as melhores práticas de um grupo de preceptores de uma residência multiprofissional. O reconhecimento das práticas apresentadas pelos preceptores está relacionado sob a ótica da EIP, pois a consideramos um dispositivo para a concretização de práticas colaborativas que

produzam o trabalho em equipe. Nosso destaque é para a interprofissionalidade como uma estratégia potente para a formação em saúde, com destaque para as residências multiprofissionais, por considerar a integração dos diferentes núcleos profissionais para a criação de uma estratégia integradora.

Ao realizarem essas práticas, consideradas pelo grupo como as melhores práticas realizadas nas RMS, os preceptores as reconheceram como positivas e marcantes na sua atuação como preceptores, levando-os a reconhecer que seu trabalho, apesar de ter inúmeros problemas, faz a diferença na formação de profissionais. Disseminar as práticas exitosas de um grupo de preceptores de uma residência profissional é fundamental para dar visibilidade a essas práticas colaborativas, significativas e produtoras de saberes, buscando sempre fomentar a EIP na atenção à saúde.

Reconhecemos que, como estudo qualitativo, não temos a intenção de generalizar dados. Para tanto, nosso desafio é **disseminar propostas de EPS e EIP nas residências multiprofissionais**, com intuito de avançar nas discussões e apresentar possibilidades que possam ser viabilizadas em diferentes residências multiprofissionais. Diante disso, novas pesquisas que disseminem experiências exitosas das residências multiprofissionais em saúde, incluindo preceptores, continuam sendo necessárias.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio na realização da pesquisa.

Referências

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genebra: WHO; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: SGETES; 2005.
3. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. Texto Contexto Enferm. 2016; 25(1):1-9.

4. Haubrich PLG, Silva CT, Kruse MHL, Rocha CMF. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. *Saude Redes*. 2015; 1(1):47-56.
5. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93.
6. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96
7. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):709-20.
8. Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gauch Enferm*. 2013; 34(4):161-5.
9. Botti S, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):363-73.
10. Steinbach M. A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
11. Arnemann CT, Gastaldo D, Kruse MHL. Pesquisa apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):121-31.
12. Cooperrider D. Appreciative inquiry: toward a methodology for understanding and enhancing organizational innovation [dissertation]. Cleveland: Western Reserve University; 1986.
13. Arnemann CT. Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
14. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Implementing the 4D cycle of appreciative inquiry in health care: a methodological review. *J Adv Nur*. 2013; 69(6):224-34.
15. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2a ed. Thousand Oaks: Sage; 2000.
16. Bortagarai FM, Peruzzolo DL, Ambrós TMB, Souza AR. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Disturb Comun*. 2015; 27(2):392-400.
17. Franco TB, Chagas RC, Franco CM. Educação permanente como prática. In: Pinto S, Franco TB, Magalhães MG, Mendonça PEX, Guidoreni AS, Cruz KT, et al. *Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 427-38.
18. Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011; 3(15):329-38.
19. Cloos TT. Inserção do serviço social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade social. In: Bellini MIB, Closs TT, organizadores. *Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente*. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2012. p. 34-62.
20. Dallegrave D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):213-37.

21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 51a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
22. Lima M, Santos L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinariedade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicol Cienc Prof*. 2012; 1(32):126-41.
23. Meyer DE, Félix J, Vasconcelos MFF. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):859-71.
24. Chen AK, Rivera J, Rotter N, Green E, Kools S. Interprofessional education in the clinical setting: a qualitative look at the preceptor's perspective in training advanced practice nursing students. *Nurse Educ Pract*. 2016; 21:29-36.
25. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):202-4.
26. Melo MC, Queluci GC, Gouvêa MV. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(4):706-14.
27. Martins GM, Caregnato RCA, Barroso VLM, Ribas DCP. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev Gauch Enferm*. 2016; 37(3):1-8.

Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF, et al. Prácticas exitosas de los preceptores de una residencia multiprofesional: interfaz con la inter-profesionalidad. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1635-46.

Nuestro artículo, fundamentado en la investigación apreciativa, presenta y discute las mejores prácticas de un grupo de preceptores de un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud. las mejores prácticas identificadas son: la consulta multiprofesional, la acogida de los residentes y las acciones integradas entre los diferentes énfasis de la residencia. Además de esas, se identificaron las estrategias para desarrollar las prácticas en los escenarios de Salud que siguen los supuestos de la educación interprofesional, puesto que promueven la reflexión de diferentes actores del proceso en la construcción de prácticas que buscan una mejor atención de la salud de los usuarios del Sistema Brasileño de Salud (SUS).

Palabras clave: Educación interprofesional. Educación permanente en salud. Residencias multiprofesionales en salud. Investigación apreciativa. Práctica profesional.

Submetido em 17/11/17. Aprovado em 28/05/18.

Educação Interprofissional na pós-graduação *stricto sensu*: o olhar dos egressos*

Maria Aparecida de Oliveira Freitas^(a)
Gabriela Souza dos Santos Demarchi^(b)
Rosana Aparecida Salvador Rossit^(c)

Freitas MAO, Demarchi GSS, Rossit RAS. Interprofessional Education in Master's and Doctoral programs: postgraduate students' perception. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1647-59.

This research was developed in the context of postgraduate studies in the area of health and aimed to analyze the perception of students who attended the discipline Teacher Education in Health in relation to the principles of Interprofessional Education. Interprofessional Education has remarkable characteristics: Teamwork, discussion of roles and responsibilities, commitment to the solution of problems, permanent exercise of dialog, and negotiation in decision-making. A Likert-type instrument was answered by 79 students. The data underwent statistical and content analyses. The nucleus 'Discipline's Guiding Principles' indicates that working in teams is possible and may be a path towards the development of teachers committed to the health professionals education aligned with the principles of the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Interprofessional education. Teacher education. Postgraduate studies.

Este estudo foi desenvolvido no contexto da pós-graduação em Saúde e teve como objetivo analisar a percepção dos egressos da disciplina Formação Docente em Saúde em relação aos princípios da Educação Interprofissional (EIP). A EIP se compromete com uma formação que tem características marcantes: trabalho em equipe, discussão de papéis e responsabilidades, compromisso na solução de problemas, exercício permanente do diálogo e negociação na tomada de decisão. Responderam ao instrumento tipo Likert 79 egressos. Os dados receberam análise estatística e de conteúdo. O núcleo "Princípios norteadores da disciplina" indicou que trabalhar em equipe é possível e pode ser um caminho para o desenvolvimento de docentes comprometidos com a formação de profissionais de saúde alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Educação interprofissional. Formação docente. Pós-graduação.

*A pesquisa é resultado de estágio pós-doutoral da autora principal sob a supervisão da última autora e foi desenvolvida no programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

^(a) Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Pedro de Toledo, 859, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04039-032. maofreitas@unifesp.br

^(b) Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (Mestrado), Unifesp. Santos, SP, Brasil. gabriela.demarchi@hotmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Unifesp. Santos, SP, Brasil. rorossit.unifesp@gmail.com

Formação docente e educação interprofissional

Equipes que trabalham bem, juntas, são mais efetivas e inovadoras¹. (p. 173)

O interesse em realizar esta pesquisa com egressos da disciplina Formação Docente em Saúde de um programa de pós-graduação vem ao encontro da necessidade de analisar a formação de docentes para o ensino superior em Saúde, na perspectiva da EIP, com vistas ao aprofundamento e compreensão da importância atribuída ao desenvolvimento de competências no pós-graduando para o exercício da docência e a formação de futuros profissionais.

Nas últimas décadas do século XX, ocorreram mudanças importantes no cenário da formação profissional no ensino superior, que induziram reflexões sobre o papel do professor, passando de transmissor do conhecimento para mediador e facilitador da construção de novos saberes. Dentre essas mudanças, destacam-se o: “[...] crescimento explosivo do conhecimento e do acesso à informação, os grandes avanços no campo da Psicologia Educacional e da Educação Superior, a introdução de novas técnicas de ensino e de avaliação, bem como as modificações do perfil do estudante universitário” (p. 246).

No Brasil, a formação docente “esteve durante longo tempo em posição periférica na formação do pós-graduando”² (p. 246), pois a pesquisa era priorizada em detrimento do desenvolvimento docente. Esses aspectos não devem caminhar separados, mas sim buscar um equilíbrio entre a formação para a docência, a partir dos conhecimentos didático-pedagógicos, e a formação para pesquisa, com ênfase nos métodos científicos³.

No cotidiano do ensino superior, ainda se encontram muitos docentes que replicam os modelos recebidos na graduação, que, na maioria das vezes, têm como características as estratégias tradicionais de transmissão de informações, conteudistas e centradas no conhecimento do professor, não abrindo espaço para o novo⁴.

Reeves⁵ destaca a relevância da competência do docente como mediador nas situações de aprendizagem ancoradas na EIP, indicando que:

[...] esta competência abrange um conjunto de dimensões que vão desde as experiências prévias, a intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes, até o envolvimento e compromisso docente com a EIP⁶. (p. 203)

Para Batista e Batista⁶, a mediação docente, nesta perspectiva, inscreve uma demanda real por formação, situando-a como: “[...] um eixo central frente às experiências de inovação educativa, ao complexo processo de discutir as identidades profissionais na formação e à potência de espaços de troca de saberes e práticas entre os professores⁶” (p. 203).

Configura-se, dessa maneira, “uma experiência interprofissional: colaborativa, significativa, interativa e produtora de saberes compartilhados”⁶ (p. 203).

As pesquisas acerca da formação docente não são recentes⁷⁻¹¹; entretanto, ainda há escassez de produções que retratem o percurso formativo dos novos docentes do ensino superior em saúde. É importante que elas possibilitem o alinhamento dos processos de ensino, aprendizagem e avaliação aos princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹⁰⁻¹², a fim de formar profissionais generalistas, críticos, reflexivos, com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos para atuarem com qualidade e resolutividade no SUS⁴.

Neste contexto, torna-se desafiador formar profissionais de saúde com tais perspectivas, uma vez que os currículos de algumas instituições de ensino superior ainda são fragmentados, com disciplinas sequenciais em forma de grade, não abrindo espaço para o ensino e a aprendizagem em cenários de práticas, considerados fundamentais para a vivência interprofissional¹³.

Treviso e Pinheiro da Costa¹⁴, em pesquisa realizada em dez cursos de graduação em Saúde, indicam que os estudos acerca da formação docente reforçam a necessidade de compreender o exercício da docência para além do domínio de conteúdo específico da sua área de atuação e assumindo o

compromisso com a qualificação desses profissionais. Esses docentes devem dominar, também, aspectos referentes aos processos de ensino, aprendizagem e avaliação, no sentido de compreender essa complexidade e de favorecer aprendizagem significativa e duradoura para os estudantes.

Araújo, Batista e Gerab¹⁵ indicam a importância de pesquisas que possibilitem compreender o “processo de mudança na área, permitindo delinear diretrizes para a elaboração de projetos de desenvolvimento docente” (p. 486).

Entre as prioridades para o desenvolvimento de pesquisas sobre a EIP, está o desafio de formar a nova geração de docentes do ensino superior, seja na licenciatura ou na pós-graduação^{16,17}.

Entre os novos desafios colocados, está a necessidade de conduzir a aprendizagem dos estudantes, no sentido de que estes aprendam uns com os outros. A integração de tal procedimento demanda trabalho interprofissional e colaborativo, com o intuito de assegurar a integralidade da atenção e a humanização no atendimento aos usuários do SUS¹¹.

A estratégia da EIP tem como pressupostos educacionais as aprendizagens: de adultos (aprende-se quando se vê significado, considera-se o conhecimento prévio do estudante e percebe-se aplicabilidade no que se aprende), a baseada nas interações e a da prática (movimentos de observação, simulação e ação)¹⁸.

Rossit et al.¹⁹ analisaram a formação de profissionais da saúde a partir da vivência em um currículo ancorado nos princípios da EIP, tendo como evidências: o desenvolvimento de inúmeras competências para o trabalho em equipe, a prática colaborativa, a atenção centrada no paciente e a integralidade no cuidado. Os dados apontaram que 84% dos participantes mostraram-se totalmente satisfeitos com a formação recebida.

Nesse sentido, tem sido atribuída às universidades a desafiadora missão de formar profissionais de Saúde, desde os anos iniciais da graduação, para as interações, trocas e ações recíprocas entre diferentes profissões com a finalidade de consolidar o SUS “de maneira eficaz às diferentes e emaranhadas dimensões que compõem o processo saúde-doença”²⁰ (p. 1564).

Para formar profissionais nessa perspectiva, as instituições de ensino superior precisam investir no desenvolvimento docente e, como afirmam Batista e Batista²¹, “discutir a formação do professor universitário na área da saúde emerge com seus desafios e perspectivas” (p. 17). É desafiador porque não basta ser um bom profissional de saúde e ter anos de experiência clínica para desempenhar a docência com competência, é fundamental abandonar práticas cristalizadas que têm permeado a formação de estudantes e avançar, reconhecendo que a educação e a prática colaborativa interprofissional são importantes estratégias para o atendimento das demandas profissionais do século XXI.

Conforme descrito por Peduzzi²², é necessário construir programas e currículos que adotem estratégias de ensino inovadoras e que trabalhem na perspectiva da EIP, favorecendo que estudantes de “duas ou mais profissões aprendam sobre os outros, com os outros e entre si”^{23,24} (p. 6-7), visando promover melhoria dos resultados na saúde.

A EIP se compromete com uma formação na qual o trabalho em equipe, a discussão de papéis e responsabilidades, o compromisso na solução de problemas, o exercício permanente do diálogo e a negociação na tomada de decisão são características marcantes¹⁸.

Desenvolver a docência em uma perspectiva dialógica e problematizadora e que avance na implementação de propostas inovadoras para atender às demandas de formação dos profissionais de saúde deve ser a tônica para os programas de formação docente. Essas discussões devem avançar para: “[...] consolidar a mudança do paradigma da atuação do professor, de simples transmissor de conhecimentos para um profissional que cumpre uma diversidade de papéis no campo educacional, com domínio dos conhecimentos e habilidades pertinentes”² (p. 247).

Destaca-se que os princípios da EIP se aplicam também à educação permanente dos profissionais que compõem as equipes de trabalho nos serviços e na docência, pois está ancorada nos pressupostos da aprendizagem de adultos, que valorizam o conhecimento prévio, as experiências dos sujeitos como importantes fontes de aquisição de conhecimentos e a possibilidade da aplicação imediata destes^{16,17}.

Nesse sentido, Reeves⁵ descreve que estudos sobre EIP na educação permanente são mais eficazes, uma vez que os participantes já têm uma sólida compreensão de sua identidade profissional, por

meio da qual desenvolvem habilidades de comunicação, aumentam a capacidade de análise crítica e aprendem a valorizar os desafios e benefícios do trabalho em equipe.

De acordo com Batista e Batista⁶, a “vivência de aprendizagens interativas na EIP é reconhecida como promotora do desenvolvimento de competências para a prática colaborativa” (p. 203).

A disciplina Formação Docente em Saúde configura-se como um espaço de aprendizagem em/sobre a EIP que contribui para a discussão da pós-graduação como um *locus* privilegiado de estudo, pesquisa e desenvolvimento de competências para a docência universitária, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

Contudo, é preciso ter clareza de que essa não é uma tarefa fácil, nem breve, pois romper com os modelos de formação vigentes no ensino superior, especialmente na Saúde, na qual predomina a divisão do trabalho, requer dos professores, estudantes e gestores o compromisso com propostas que possam viabilizar a construção de um fazer docente diferenciado²⁵.

Considerando a formação da nova geração de docentes na perspectiva da EIP, é inquietante e também desafiador investigar como os pós-graduandos, egressos da disciplina Formação Docente em Saúde do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde – *campus* Baixada Santista/Unifesp, percebem a formação docente em Saúde, a partir da vivência de aprendizagens compartilhadas.

EIP na pós-graduação

A disciplina Formação Docente em Saúde foi desenvolvida na perspectiva da EIP com equipes constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e experiências.

Compreendendo que o processo de ensinar e aprender é dinâmico e dialógico, a disciplina foi desenvolvida em dez encontros presenciais e momentos de produção extraclasse. Os conteúdos foram desenvolvidos a partir de leituras, trabalhos em equipes, estudos dirigidos, atividades práticas, preleções dialogadas, construção de mapa conceitual, entre outras, privilegiando as metodologias ativas de aprendizagem e valorizando as aprendizagens compartilhadas, significativas e colaborativas.

A avaliação das aprendizagens dos pós-graduandos ocorreu de forma continuada e formativa, com *feedback* após cada atividade: produções individuais e coletivas, análise crítica do referencial teórico, participação nos processos de ensino e aprendizagem, preparação e desenvolvimento de oficinas de metodologias ativas e do planejamento de uma ação educativa em saúde. Cada turma foi composta por 30 estudantes organizados em cinco equipes heterogêneas, com seis participantes de diferentes profissões e experiências, e exigiu 75% de frequência mínima nos encontros.

Considerando a crença de que a formação docente deve privilegiar interações e trocas, favorecendo a proximidade, o diálogo e o trabalho coletivo, a disciplina constitui-se em um espaço de reflexão e discussão da própria prática, trazendo para a sala de aula as contribuições do cotidiano como professores, preceptores, profissionais ou estudantes, que, de forma crítica, foram estimulados a avaliar as experiências vivenciadas e discutir o papel do docente no ensino superior.

A disciplina foi estruturada em eixos (Competências, Desenvolvimento, Princípios Norteadores e Avaliação) e planejada em três momentos:

1 Discussão e reflexão sobre temáticas relacionadas à docência em saúde – privilegiou o pensar coletivo a partir de textos e experiências em torno de núcleos que problematizam o ensinar e o aprender no campo das Ciências da Saúde. A partir do referencial teórico-conceitual e de situações-problema, mobilizaram-se as concepções sobre o que é ser docente nas profissões da saúde, favorecendo as trocas de saberes, aprendizagens compartilhadas e a busca pelo aprofundamento de temas disparadores.

Conforme descrito por Ausubel²⁶, investir em estratégias metodológicas que possibilitem a participação ativa dos estudantes fomenta a aprendizagem significativa, cujas experiências e conhecimentos prévios são valorizados como fonte de novas aprendizagens.

2 Prática docente – foi pautada na análise das vivências em diferentes metodologias ativas de ensino, aprendizagem e avaliação, tendo como objetivo refletir sobre o lugar das estratégias educativas e dos recursos didáticos na e para a construção de novos conhecimentos, nos diferentes cenários de ensino e aprendizagem. Buscou-se assumir uma perspectiva que articulasse a técnica, a reflexão e a crítica, produzindo possibilidades de negociação, atribuição de significados, tomada de decisões e mediação de conflitos. A discussão sobre os recursos instrucionais inicia-se com as oficinas de trabalho, nas quais os pós-graduandos selecionam temáticas do binômio saúde e educação para vivenciar as diferentes metodologias ativas. Essas oficinas proporcionam oportunidades de estabelecer relações entre os conteúdos, bem como discutir a estratégia educativa selecionada, os objetivos traçados, as competências esperadas e as estratégias de avaliação da aprendizagem.

3 Planejamento de ensino – compreendeu o processo de construção coletiva de uma proposta de ação educativa em saúde. O plano foi desenvolvido nos momentos presenciais e extraclasse, com a mediação do docente, que explicitou as intencionalidades, tendo favorecido não apenas aprendizagens relativas ao ato de planejar, mas também uma reflexão sobre as responsabilidades sociais na área da Saúde.

Esses três momentos caracterizaram a dinâmica dos encontros presenciais. Ao refletir, desenvolve-se uma prática docente que, por sua vez, traduz um dado planejamento; transita-se por entre os conteúdos sistematizados da ciência educacional, as representações dos sujeitos e os condicionantes da área da saúde como prática social e historicamente situada. Lida-se com a diversidade profissional, exigindo a contextualização dos ofícios e de seus processos de formação, ensino e aprendizagem, além da construção de práticas interprofissionais e colaborativas.

A ênfase do planejamento da disciplina está no desenvolvimento de competências para a docência, entendida como o resultado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que conferem ao profissional de saúde ou ao docente condições para desenvolver seu trabalho com eficiência. Tal entendimento vem ao encontro da definição de Deluiz²⁷ quando indica que competência é a: “[...] capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidades em situações concretas de trabalho e em um determinado contexto cultural”²⁷ (p. 13).

O trabalho em equipe propõe integrar os saberes e fazeres e torna-se um componente essencial para a integralidade no cuidado, o que é possível diante de uma visão ampliada do processo saúde-doença, valorizando-se o contexto de vida das pessoas envolvidas, mediante a sensibilidade dos profissionais para compreender o ser humano com as suas especificidades e, ao mesmo tempo, proporcionar autonomia ao usuário dos serviços de saúde.

Para este artigo, será apresentada a análise da percepção dos egressos da disciplina Formação Docente em Saúde, a partir do núcleo direcionador “Princípios norteadores da disciplina”, que revelou a percepção dos pós-graduandos acerca da formação docente voltada para o trabalho em equipe, compreendendo que as trocas entre sujeitos de diferentes formações podem fortalecer relações mais dialógicas, na direção do desenvolvimento das competências colaborativas.

Percurso metodológico

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. No período compreendido entre 2014 e 2017, a disciplina Formação Docente em Saúde foi cursada por 205 pós-graduandos e, desses, 79 egressos (38,5%) participaram da pesquisa.

Gil²⁸ indica que pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, sendo que as pesquisas descritivas são definidas por descrever características de determinada população ou fenômeno ou por estabelecer relação entre variáveis.

Os dados quantitativos foram coletados a partir da aplicação de um instrumento estruturado em quatro núcleos direcionadores: Competências (cinco assertivas), Desenvolvimento da disciplina (oito

assertivas), Princípios norteadores da disciplina (dez assertivas) e Avaliação (sete assertivas), contendo trinta assertivas em escala tipo *likert*^(d) de quatro pontos (“discordo plenamente”, “inclinado a discordar”, “inclinado a concordar” e “concordo plenamente”) e um rol de 33 competências a serem assinaladas com as opções “desenvolvi”, “não desenvolvi”, “aprimorei”, “não aprimorei”.

Os dados qualitativos foram colhidos a partir das respostas às quatro questões abertas sobre os desafios em participar da disciplina, desenvolvida na perspectiva da EIP e da prática colaborativa.

Considerando a possibilidade dos egressos estarem em diferentes localidades, o instrumento foi preparado e disponibilizado em plataforma eletrônica.

A carta convite, o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento foram direcionados aos endereços eletrônicos particulares dos egressos, disponibilizados pelo docente responsável da disciplina.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente, utilizando-se: o Teste de Correlação Linear (*r*), a Análise de Confiabilidade por Spearman-Brown, a Análise Fatorial, Análise de Componentes Principais, o Teste de Razão da Verossimilhança e o cálculo das médias. As assertivas com média de 1,0 a 1,33 foram classificadas em “zona de perigo”; com média de 1,34 a 2,67, em “zona de alerta”; e com média de 2,68 a 4,0, em “zona de conforto”.

Os relatos das questões abertas foram transcritos na íntegra e analisados com as ferramentas da análise temática, compreendendo, segundo Minayo³⁰, a pré-análise do material coletado com a realização da leitura flutuante, constituição do *corpus* dos dados e leitura aprofundada para a identificação das unidades de contexto (UC) e unidades de registro (UR).

O anonimato dos participantes foi preservado, e os trechos estão identificados pela letra E, seguida da ordem em que responderam ao instrumento, tendo a seguinte configuração: E₁, E₂, E₃ e assim sucessivamente.

O projeto foi aprovado pelo parecer nº 1.575.739/2016 e pela Plataforma Brasil – CAEE 54774116.6.0000.5505. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Resultados e discussão

Dos 205 pós-graduandos que frequentaram a disciplina Formação Docente em Saúde no período entre 2014 e 2017, 79 egressos (38,5%) completaram o instrumento e, destes, 59 (74,7%) responderam às questões abertas.

A análise estatística do instrumento, aferida por meio do teste de Spearman-Brown, mostrou validação das 30 assertivas e confiabilidade de 0,90. A média geral das assertivas foi de 3,63, o que indica zona de conforto, demonstrando percepção positiva dos respondentes e denotando êxito nos aspectos investigados.

O Gráfico 1 apresenta a média das assertivas do núcleo direcionador “Princípios norteadores da disciplina” e o Quadro 1, as assertivas correspondentes a esse núcleo

^(d) O trabalho de Likert deixava claro que sua escala se centrava na utilização de cinco pontos. Embora o uso de escalas com outro número de itens, diferente de cinco, represente uma escala de classificação, quando esta não contiver cinco opções de resposta, não se configura uma escala *likert*, mas sim uma escala do “tipo *likert*”²⁹ (p. 163).

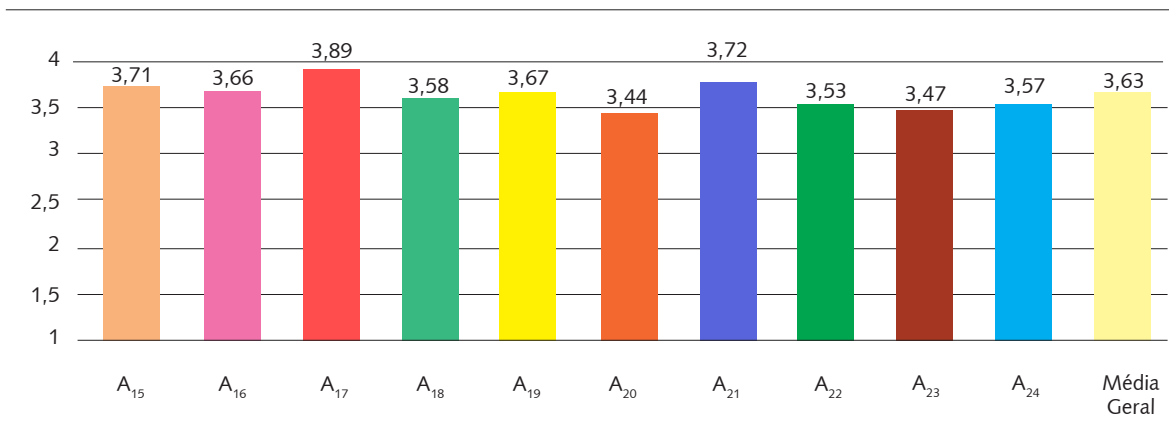


Gráfico 1. Médias das assertivas no núcleo direcionador Princípios Norteadores da Disciplina

Quadro 1. Assertivas que compõem o núcleo direcionador Princípios Norteadores da Disciplina

A ₁₅ – A partir da vivência da interprofissionalidade e da prática colaborativa durante a disciplina Formação Docente em Saúde, compreendo a importância de exercer a docência dentro desta perspectiva.
A ₁₆ – A vivência da disciplina Formação Docente em Saúde me fez repensar a docência no sentido de romper com a lógica da educação bancária e trabalhar com os estudantes a articulação entre Saúde e Educação para práticas de aprendizagens significativas.
A ₁₇ – A interação dos pós-graduandos de diferentes formações é fundamental para um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para o trabalho em equipe e a interprofissionalidade.
A ₁₈ – A disciplina Formação Docente em Saúde foi uma experiência inovadora no campo da aprendizagem interprofissional e que favoreceu o diálogo, a negociação de saberes, troca de experiência e a afetividade.
A ₁₉ – A relação entre inovação educacional e a formação docente é determinante para as transformações a partir das políticas educacionais.
A ₂₀ – A disciplina Formação Docente em Saúde proporcionou compreender o que é a Educação Interprofissional e como desenvolvê-la.
A ₂₁ – A mediação docente ao longo da disciplina foi fundamental para a compreensão do papel do professor no ensino superior.
A ₂₂ – Aprender como ensinar aos alunos “uns com os outros, uns sobre os outros e uns para os outros” foi uma experiência nova e desafiadora.
A ₂₃ – A disciplina Formação Docente em Saúde proporcionou o entendimento dos papéis e responsabilidades das diferentes profissões, quando tivemos que planejar estratégias de aprendizagens para grupos interprofissionais.
A ₂₄ – Aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP refletindo sobre as experiências, compartilhando saberes, construindo projetos coletivos e planejando estratégias de intervenção.

A percepção dos pós-graduandos acerca da importância da EIP e do trabalho em equipe assume a construção coletiva das novas aprendizagens para formar docentes na área da Saúde. Isso corrobora com Batista e Batista⁶, que afirmam que “aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP, ensinando e refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos” (p. 203).

A disciplina Formação Docente em Saúde privilegiou momentos de aprendizagem, nos quais práticas inovadoras estimularam a criatividade, reflexões e troca de experiências nos caminhos da docência, proporcionando aos pós-graduandos vivências significativas e “momentos compartilhados de aprendizagem como importantes ganhos para a mudança da lógica da educação profissional em Saúde”¹² (p. 758).

As assertivas A15, A16, A18, A20 e A23 indicaram alto índice de concordância plena, evidenciando o valor que os egressos atribuíram ao desenvolvimento da disciplina para a aprendizagem

interprofissional e o trabalho em equipe, visto que a dinâmica privilegiou o “aprender fazendo”, conduzindo os pós-graduandos a refletirem sobre a docência, o compartilhamento de saberes, negociação, significados, cenários de aprendizagem e lideranças. Aprender com o outro e sobre o outro é desafiante tanto para quem forma quanto para quem está sendo formado^{5,6,18}.

Nesse sentido, planejar espaços e oportunidades de vivenciar a interprofissionalidade e a prática colaborativa, seja na pós-graduação ou em programas de desenvolvimento docente, possibilita àqueles que exercem a docência experiências inovadoras e diferenciadas, objetivando formar profissionais mais bem preparados para a prática em saúde.

A percepção em relação à assertiva A22 é reforçada com o depoimento dos egressos, que reconhecem a contribuição de cada participante, mesmo com formações diferentes, para o planejamento das atividades, a resolução de problemas e o exercício da criatividade, tópicos que enriquecem a experiência na qual o “aprender a aprender”, o “aprender a fazer” e o “aprender a viver”, juntos, são competências que a educação e o trabalho colaborativo permitem desenvolver^{18,31}.

A formação é muito diferente, permite enriquecer, discutir, ver maneiras diferentes de resolver, de criar, de resolver as questões/problemas e desenvolver essas metodologias. [...] Cada aluno vem com uma carga de conhecimento, mas as diferentes formações permitiram enriquecer essa experiência [...]. (E₃)

[...] vi muito trabalho em equipe, muita cooperação, um complementando a ideia do outro [...] saíram coisas lindas! Os trabalhos apresentados foram muito bons, a construção deles também! [...] o aprendizado que a gente construiu foi muito bom, uma experiência muito boa. (E₄)

Articular atividades de ensino e aprendizagem entre profissionais com diferentes formações é um desafio para os docentes envolvidos com programas que se propõem a trabalhar na perspectiva da EIP e da prática colaborativa¹⁸.

Barr¹⁶ indica que as universidades precisam passar por um processo de democratização para compreender que já não é mais possível continuar formando profissionais que não tenham capacidade de interação, negociação e que não saibam trabalhar em equipe.

Nesse sentido, é essencial planejar atividades que possam romper com a lógica uniprofissional que ainda prevalece na formação dos profissionais de saúde. Essa não é tarefa fácil e carece de discussão entre os responsáveis pela elaboração de currículos, de programas de qualificação docente e, também, por gestores dos serviços de saúde^{12,22}.

Os egressos reconhecem que profissionais detentores da oportunidade de formação conjunta desde a graduação têm mais facilidade do que outros para conviver com as diferenças, ampliando o olhar para as possibilidades de resolução de problemas que vão além de sua formação específica, compartilhando ações e conhecimentos³².

O que mais diferenciou, além da estrutura da disciplina, foi a formação que era diferente. Uns já vinham do programa interdisciplinar e já estavam acostumados, e outros não, nunca tinham lidado com isso. Eu acho que o grupo se deu muito bem e a gente conseguiu conviver muito bem nas diferenças. No começo é difícil, mas agrega e amplia bastante, tem coisa que você nunca pensaria na sua visão, às vezes pela sua vivência ou pela sua formação. (E₁)

[...] o fato de lidar com as diferenças só nos enriquece e nos prepara mais em relação ao poder de argumentação e, também, em relação ao preparo que temos que ter para participar do grupo. (E₁₄)

A assertiva A17 (“A interação dos pós-graduandos de diferentes formações é fundamental para um processo de aprendizagem”) obteve a média mais alta (3,89). Esse aspecto foi reforçado nos depoimentos dos pós-graduandos, que reconhecem o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para o trabalho em equipe e a interprofissionalidade. Ao

mesmo tempo, compreendem que “ensinar, aprender, se relacionar e refletir sobre os problemas de saúde”¹² (p. 760) são elementos fundamentais na prática colaborativa.

[...] você aprende muito, você também contribui para o aprendizado do outro, acho que no conjunto isso facilita muito, desenvolve habilidades que você talvez não tivesse ou percepções que você não tinha. Você acaba se desenvolvendo em relação a atitudes [...] esse potencial de ter atitude, de ir adiante, de arriscar, de procurar entender, de procurar fazer, mesmo que você erre, porque você sabe que vai ter alguém que está ali e que pode te auxiliar, pode te ajudar nesse processo, um ajudando o outro [...] foi muito produtivo para mim, para eu entender várias coisas. (E₂)

O bacana é observar as diferenças de enfoque da atuação em cada um dos diferentes profissionais, referente ao mesmo tema. Isso ajuda a nortear os estudantes em relação a como manter um esforço sinérgico em prol do paciente respeitando os limites de atuação de cada área. (E₁₀)

De acordo com Reeves⁵, “espera-se que a EIP possibilite a profissionais de saúde as habilidades necessárias para trabalhar efetivamente juntos para garantir uma atenção de alta qualidade e com segurança aos pacientes” (p. 185).

A EIP e a prática colaborativa devem ser desenvolvidas não só na graduação, mas direcionadas a todos os profissionais e docentes que devem ter a oportunidade de formação nessa perspectiva⁵. Esse aspecto foi evidenciado na média da pontuação da assertiva A15 e nos depoimentos.

[...] essa proposta da disciplina é um desafio! Acho que está caminhando ainda, acho que é uma proposta promissora dentro do processo de ensino-aprendizagem, tanto de alunos como de docentes. A experiência foi muito rica, de poder compartilhar e vivenciar com outros estudantes. A partir do momento que a gente vivencia o processo de ensino-aprendizagem com outros estudantes com áreas tão diversas, a gente acaba entendendo um pouquinho mais o lado do outro, e das outras profissões, sem deixar a sua identidade profissional. (E₇)

[...] Aceitar a opinião do outro e desconstruir algumas “verdades” foi bem desafiador. (E₈)

Considerações finais

Este estudo possibilitou identificar as potencialidades da disciplina, desenvolvida no contexto de um programa de pós-graduação, que influenciou a formação de docentes para o ensino superior em saúde, na perspectiva da EIP e da prática colaborativa.

Experimentar a construção do trabalho colaborativo, mediado pelas metodologias ativas de ensino e de aprendizagem no contexto dessa disciplina, com as diversas áreas profissionais envolvidas constituiu-se em um caminho singular de transformação e grandes desafios.

O desenvolvimento dessa disciplina implicou no pensar e no fazer a docência como prática social contextualizada, relação e ação entre sujeitos, visto que é um processo intenso de atribuição de significados e de quebra de paradigmas, permeado pela subjetividade dos vários saberes envolvidos na busca da formação docente por meio da EIP.

A construção coletiva dos planejamentos educacionais foi apresentada ao final da disciplina e estabeleceu uma rica e diversificada rede de possibilidades educativas em saúde, intencionalidades e escolhas que foram discutidas. Assim, tornou-se possível apreender o impacto dessa experiência na postura de trabalhar em equipe; aprender a lidar com as diferenças, negociar e construir consensos a partir de tomada de decisões coletivas; e aperfeiçoar ou desenvolver a escuta qualificada, a capacidade de síntese e a comunicação.

As equipes dos pós-graduandos, constituídas intencionalmente por diferentes profissões, apresentaram as propostas de cursos, disciplinas para graduação e pós-graduação, simpósios, ciclos de palestras, educação em saúde na comunidade, oficinas de trabalho, campanhas de prevenção e a construção de uma matriz para o desenvolvimento e avaliação de competências comuns aos profissionais da saúde. Como público-alvo, essas propostas contemplaram: estudantes universitários, usuários dos serviços de saúde e educação, grupo de cuidadores, estudantes do ensino fundamental e médio, funcionários dos serviços de saúde, egressos e profissionais em seus processos de educação permanente, de diferentes faixas etárias.

Os desafios para o desenvolvimento dessa disciplina perpassam desde favorecer os pós-graduandos com a reflexão sobre a docência em Saúde como uma atividade complexa e dinâmica até as possibilidades de vivenciar o trabalho em equipe com profissionais de diferentes formações.

Outros desafios estiveram presentes nas intenções dos docentes responsáveis: identificar o perfil dos participantes para a composição das equipes heterogêneas; quebrar paradigmas entre os pós-graduandos, mediar as diferentes percepções, opiniões e conceitos sobre um mesmo objeto; mediar discussões em pequenos grupos; e tomar decisões. Entretanto, o maior desafio foi ser o docente-modelo para as futuras gerações de professores.

Nesse cenário dinâmico, no qual a construção do diálogo se fez presente, os caminhos da construção coletiva foram fundamentais na transformação da prática docente.

Na percepção dos egressos, o formato no qual a disciplina Formação Docente em Saúde foi oferecida contribuiu com a formação de novos docentes, que compreenderam a importância da EIP como estratégia formadora. Ressalta-se a motivação, envolvimento, criatividade e interesse em buscar aprofundamento para os conhecimentos adquiridos.

Destaca-se que a disciplina se configurou como um espaço de aprendizagem em/sobre a EIP, que se constituiu como um *locus* privilegiado de estudo, pesquisa e desenvolvimento de competências para a docência, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa. Assim, constata-se que trabalhar em equipe é possível e pode ser um caminho na formação de docentes comprometidos com a complexidade que envolve o trabalho em saúde no contexto do SUS.

Ainda são poucos e recentes os estudos sobre os processos de formação de professores para o ensino superior em Saúde na perspectiva da EIP. Esta pesquisa avança nesse sentido ao mostrar a possibilidade de planejar e desenvolver uma disciplina estruturada nos princípios da interprofissionalidade e da prática colaborativa, mostrando caminhos para o desenvolvimento de competências cuja finalidade é formar futuros professores, bem como para aprimorar aqueles que já exercem a docência.

Os achados aqui apresentados referem-se a uma experiência exitosa, vinculada a uma universidade pública com *expertise* na implementação de currículos, na graduação e pós-graduação, ancorados nos princípios da EIP e da interdisciplinaridade, sendo importante ressaltar a necessidade de outros estudos para obter-se maior robustez.

Contribuição das autoras

Maria Aparecida de Oliveira Freitas foi responsável pela concepção e delineamento do projeto, coleta, análise dos dados, discussão dos resultados, redação do manuscrito e aprovação da versão final do trabalho. Gabriela Souza dos Santos Demarchi foi responsável pela construção e organização do banco de dados, revisão e formatação do texto e referências, assim como participou da discussão dos resultados e da aprovação da versão final do manuscrito. Rosana Aparecida Salvador Rossit responsabilizou-se pela supervisão na elaboração do projeto, redação do manuscrito, discussão dos resultados e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Matuda CG, Aguiar DML, Frazao P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude Soc.* 2013; 22(1):173-86.
2. Troncon LEA, Bollela VR, Borges MC, Rodrigues MLV. A formação e o desenvolvimento docente para os cursos das profissões da saúde: muito mais que o domínio de conteúdos. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2014; 47(3):245-8.
3. Mas-Torelló O, Olmos-Rueda P. El profesor universitario en el espacio europeo de educación superior: la autopercepción de sus competencias docentes actuales y orientaciones para su formación pedagógica. *Rev Mex Invest Educ.* 2016; 21(69):437-70.
4. Abensur PLD, Carvalho GPM, Ruiz-Moreno L. O processo de formação didático-pedagógica em saúde: aprendizagens percebidas na voz dos pós-graduandos. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(3):158-63.
5. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):185-96.
6. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):202-4.
7. Pimenta SG, Anastasiou LGC. *Docência no ensino superior.* São Paulo: Cortez; 2010.
8. Silva SHS, Mendez J, Magron RC. Algumas reflexões sobre o fazer docente a partir da ótica sócio-interacionista. *Rev APG (PUCSP).* 1992; 2:54-68.
9. Batista NA, Batista SHSS. A função docente em medicina e a educação permanente do professor. *Rev Bras Educ Med.* 1998; 22(2-3):31-6.
10. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União.* 9 nov 2001; Seção 1:37.
11. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União.* 9 nov 2001; Sec. 1, p. 38.
12. Costa MV, Borges FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 Supl 1:753-63.
13. Santos CG, Portugal FTA, Silva MAB, Souza AC, Abrahão AL. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 Supl 1:985-93.
14. Treviso P, Costa BEP. Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2017 [citado 6 Jun 2018]; 26(1):e5020015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e5020015.pdf.

15. Araujo EC, Batista SH, Gerab IF. A produção científica sobre docência em saúde: um estudo em periódicos nacionais. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):486-92.
16. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement [Internet]. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015 [citado 6 Jul 2018]. Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>.
17. Vasconcellos MMM, Sordi MRL. Formar professores universitários: tarefa (im)possível? *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):403-14.
18. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad Fnepas*. 2012; 2:25-8.
19. Rossit RAS, Batista SH, Batista NA. Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da Unifesp Baixada Santista. In: *Atas do 9o Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências*; 2013 Nov 10-14; Águas de Lindóia, São Paulo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciência; 2013 [citado 6 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1395-1.pdf>.
20. Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis*. 2012; 22(4):1563-83.
21. Batista NA, Batista SH. *Docência em saúde: temas e experiências*. 2a ed. São Paulo: Senac; 2014.
22. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.
23. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [citado 6 Jul 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf.
24. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Holler SA, tradutor. 2a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
25. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
26. Ausubel DP. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Teopisto L, tradutor. Apresentação da teoria da assimilação da aprendizagem e da retenção significativas. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 2003. p. 1-19.
27. Deluiz N. *Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho*. Formação. 2001; 2:7-17.
28. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
29. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *RGO Rev Gest Organ*. 2013; 6(3):161-74.
30. Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
31. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. *Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Eufrázio JC, tradutor. São Paulo: Cortez; 1996. p. 89-101.
32. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educ Rev*. 2011; 39:159-75.

Freitas MAO, Demarchi GSS, Rossit RAS. Educação Interprofissional em el postgrado *stricto sensu*: la mirada de los egresados. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1647-59.

Este estudio se desarrolló en el contexto del postgrado en Salud con el objetivo de analizar la percepción de los egresados de la asignatura Formación Docente en Salud con relación a los principios de la Educación Interprofesional (EIP). La EIP está comprometida con una formación con características señaladas: trabajo en equipo, discusión de papeles y de responsabilidades, compromiso con la solución de problemas, ejercicio permanente del diálogo y negociación en la toma de decisiones. Respondieron el instrumento del tipo Likert 79 egresados. Los datos se analizaron estadísticamente y con relación al contenido. El núcleo "Principios Orientadores de la Asignatura" indicó que es posible trabajar en equipo y que puede ser un camino para el desarrollo de docentes comprometidos con la formación de profesionales de salud alineados a principios del Sistema Brasileño de Salud (SUS).

Palabras clave: Educación interprofesional. Formación docente. Postgrado.

Submetido em 18/10/17. Aprovado em 04/07/18.

A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento:

uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde*

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima^(a)

Rosana Lúcia Alves de Vilar^(b)

Janete Lima de Castro^(c)

Kenio Costa de Lima^(d)

Lima RRT, Vilar RLA, Castro JL, Lima KC. Interprofessional education and aging: analysis of pedagogical health projects. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1661-73.

This article analyzes the inclusion of the aging and interprofessional education topics in the education of Family Health Strategy (ESF) and Family Health Support Center (NASF) professionals by analyzing their courses' pedagogical projects. The article is based on a qualitative documentary research held in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. The pedagogical projects were analyzed based on the content analysis method using the thematic analysis procedure in two predetermined recording units: (i) professional competencies and (ii) curricular structure. As part of the results, none of the courses investigated in this study offer an interprofessional health education addressing deeper aging discussions.

Keywords: Aging. Elderly health. Interprofessional education. Professional health education. Family health.

O artigo analisa a inserção da temática do envelhecimento e da educação interprofissional na formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) a partir da leitura dos projetos pedagógicos dos cursos desses profissionais. A pesquisa que deu origem a este artigo é do tipo documental, com abordagem qualitativa, realizada no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Os projetos pedagógicos foram analisados com base no método da análise de conteúdo, utilizando o procedimento da análise temática em duas unidades de registro preestabelecidas: (i) competências profissionais e (ii) estrutura curricular. Como parte dos resultados, nenhum dos cursos investigados neste estudo oferta uma educação interprofissional em saúde que contemple discussões mais profundas acerca do envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde do idoso. Educação interprofissional. Formação profissional em saúde. Saúde da família.

*Artigo resultante da dissertação de mestrado do autor principal, defendida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

^(a) Observatório de Recursos Humanos, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Avenida Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova. Natal, RN, Brasil. 59078-970. limarrt@gmail.com

^(b) Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde (CCS), UFRN. Natal, RN, Brasil. rosanaalvesrn@gmail.com

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, CCS, UFRN. Natal, RN, Brasil. janetecastro.ufrn@gmail.com

^(d) Departamento de Odontologia, CCS, UFRN. Natal, RN, Brasil. limke@uol.com.br

Introdução

Em detrimento das conquistas políticas e sociais, bem como do avanço da ciência e da tecnologia, a expectativa de vida e o aumento da proporção de pessoas idosas (pessoas com idade superior ou igual a sessenta anos) têm se tornado um fenômeno global¹. No Brasil, constata-se uma diminuição da taxa de natalidade e um crescimento acentuado de pessoas idosas, que se intensificará nas próximas décadas².

Ao acelerado processo de envelhecimento populacional incorpora-se o aumento de morbidades, incapacidades funcionais, diminuição da independência e da autonomia, bem como o aumento no número de internações em unidades de terapia intensiva³. Diante desse momento de transição demográfica, é preciso investir no Sistema Único de Saúde (SUS) para dar respostas às necessidades das pessoas idosas^{4,5}.

O SUS agrega ações de atenção à saúde, de gestão, de participação social e de educação, sendo definido como um espaço intersetorial e interprofissional⁶. Nesse sentido, ressalta-se a importância em fortalecer a educação e o trabalho interprofissional para qualificar o cuidado integral à saúde da pessoa idosa, configurando-se como alternativa para responder os problemas de saúde dessa parcela da população^{7,8}.

A educação interprofissional possui os seus princípios alinhados aos da saúde pública brasileira⁹, pautando-se na formação interativa, significativa e no intercâmbio de saberes entre diferentes profissionais^{10,11}. Além do melhor preparo para atuarem em equipe e em consonância aos princípios do SUS, baseando-se na integralidade do cuidado, por meio da educação interprofissional, os estudantes e futuros profissionais de saúde tornam-se mais ágeis para lidarem com as dificuldades presentes no cotidiano do trabalho¹².

Nas últimas décadas, a educação interprofissional tem se destacado como um componente importante para a transformação da formação e da atenção à saúde, na perspectiva do desenvolvimento do trabalho colaborativo e eficaz^{11,13}. Porém, no Brasil, o modelo de formação em saúde predominante ainda é caracterizado como uniprofissional, focado em disciplinas isoladas e na fragmentação do cuidado e da prática biomédica, sendo totalmente destoante do ideal preconizado pelo SUS e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde¹⁴.

Ademais, para a atenção à saúde da pessoa idosa, é preciso organizar redes de atenção que sejam coordenadas pelas equipes da atenção primária à saúde, mais precisamente pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)¹⁵. As tentativas de organizar a atenção primária à saúde no Brasil remontam desde 1920, com a formulação de diversas propostas em diferentes regiões do país¹⁶. Contudo, o fortalecimento da atenção primária à saúde só teve início na década de 1990 por meio do processo de descentralização do SUS, com a garantia da transferência de recursos federais para estados e municípios.

Ainda na década de 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), derivado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), fundado em 1991, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção primária à saúde e em conformidade com os princípios do SUS¹⁷. Tendo como base a promoção e proteção à saúde, bem como a prevenção de agravos, seja no âmbito individual ou coletivo, o PSF tornou-se eixo estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, passando a se chamar ESF no ano de 2006¹⁸.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instaurada em 21 de outubro de 2011, por meio da Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, a ESF é a principal porta de entrada do SUS e o principal meio de comunicação dos usuários com as redes de atenção à saúde. O cuidado proporcionado pela equipe de profissionais da ESF, no âmbito domiciliar ou nas unidades básicas de saúde, é capaz de valorizar a singularidade e a história de vida dos sujeitos, criando vínculos entre os usuários e os serviços de saúde¹⁹.

Com o objetivo de fortalecer ainda mais a atenção primária à saúde no Brasil e ampliar o escopo de atuação dos profissionais da ESF, o Ministério da Saúde criou em 2008 o Nasf, por meio da Portaria nº 154. Os profissionais do Nasf, juntamente com os profissionais da ESF, assumem a função coordenadora do sistema de saúde a partir da atenção primária à saúde, proporcionando a

integralidade do cuidado para os demais níveis de atenção. Além disso, com a realização do apoio matricial, buscam romper com as práticas de trabalho verticalizadas e hierarquizadas²⁰.

No que tange à saúde da pessoa idosa, o cuidado integral no âmbito da ESF requer a atuação de um elenco de profissionais para além do médico, tais como agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, bem como os profissionais do Nasf⁶. Esses profissionais devem atuar à luz da prática colaborativa e promover ações em prol do envelhecimento ativo²¹.

Portanto, para identificar se a formação profissional em saúde está de acordo com o que é almejado para atender à população idosa, este artigo tem o objetivo de analisar a inserção da temática do envelhecimento e da educação interprofissional na formação dos profissionais da ESF e do Nasf.

Metodologia

Caracterização da pesquisa

Este artigo é resultante de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo documental, realizada no estado do Rio Grande do Norte (RN), localizado na região Nordeste do Brasil. O Nordeste é a segunda região do país com o maior número de pessoas idosas, concentrando aproximadamente 29% de toda a população idosa brasileira²². Além disso, de acordo com o censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 10,8% da população do RN possuía idade superior ou igual a sessenta anos²³.

Para atingir o objetivo da pesquisa, foi realizada a busca e análise dos projetos pedagógicos dos cursos para as profissões que compõem as equipes da ESF e do Nasf (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização das equipes profissionais da ESF e do Nasf – Brasil, 2012

Profissionais da ESF	
Profissionais de nível médio	Agente comunitário de saúde, técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem
Profissionais de nível superior	Cirurgião-dentista, enfermeiro, médico
Profissionais do Nasf	
Profissionais de nível superior	Assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, arte-educador e sanitário

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Coleta dos dados

Os dados da pesquisa foram coletados a partir da leitura dos projetos pedagógicos dos cursos para as profissões relatadas no Quadro 1. Inicialmente, foram identificados setenta cursos registrados nos sistemas de informação do Ministério da Educação, ofertados em instituições de ensino públicas e privadas do RN (Quadro 2). Para identificar os cursos de nível médio, foi consultado o Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (Sistec); e para identificar os cursos de nível superior, foi consultado o Sistema de Regulação do Ensino Superior (e-MEC).

Em seguida, os projetos pedagógicos foram pesquisados juntamente com as coordenações dos cursos identificados, por meio do acesso às páginas eletrônicas institucionais, e-mail ou pessoalmente, havendo a disponibilidade e, por conseguinte, análise de 57 projetos pedagógicos (Quadro 2). Todo o processo de coleta dos dados aconteceu entre os meses de junho e agosto de 2016.

Quadro 2. Distribuição do quantitativo de projetos pedagógicos analisados por curso – Rio Grande do Norte. 2016

Curso	Nº total de cursos	Nº de cursos ofertados por instituições de natureza privada	Nº de projetos pedagógicos disponibilizados e analisados	Nº de cursos ofertados por instituições de natureza pública	Nº de projetos pedagógicos disponibilizados e analisados
Bacharelado em Arte e Educação	01	00	00	01	00
Bacharelado em Educação Física	07	05	05	02	02
Bacharelado em Enfermagem	11	09	06	02	02
Bacharelado em Farmácia	05	04	02	01	01
Bacharelado em Fisioterapia	06	05	04	01	01
Bacharelado em Fonoaudiologia	02	01	01	01	01
Bacharelado em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (Saúde Coletiva)	01	00	00	01	01
Bacharelado em Medicina	03	01	01	02	02
Bacharelado em Nutrição	06	05	04	01	01
Bacharelado em Odontologia	03	01	01	02	02
Bacharelado em Psicologia	07	06	04	01	01
Bacharelado em Serviço Social	11	09	06	02	02
Bacharelado em Terapia Ocupacional	01	01	01	00	00
Técnico em Agente Comunitário de Saúde	02	00	00	02	02
Técnico em Enfermagem	02	00	00	02	02
Técnico em Saúde Bucal	02	00	00	02	02
Total	70	47	35	23	22

Fonte: Ministério da Educação, 2016.

Análise dos dados

Os projetos pedagógicos foram analisados com base no método da análise de conteúdo, na modalidade temática, contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Segundo Minayo²⁴, em pesquisas qualitativas, a análise de conteúdo é utilizada para auxiliar a interpretação subjetiva de textos. Já o tema é um elemento significativo identificado a partir da leitura de um determinado conteúdo textual, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso que contribuirão para a formulação das unidades temáticas²⁴.

Nesse sentido, as temáticas envelhecimento e educação interprofissional, definidas como objeto deste estudo, foram analisadas em duas unidades de registros preestabelecidas: Competências profissionais e estrutura curricular. Optou-se por analisar as citadas temáticas nessas duas unidades de registro, pois as competências, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional²⁵, consistem na capacidade de mobilizar, articular, colocar em prática valores, habilidades e conhecimentos necessários para o desempenho eficiente de atividades requeridas no trabalho.

Ademais, tais competências podem ser proporcionadas por meio da existência de temas específicos na estrutura curricular de cada formação. Desse modo, as unidades de registro aqui definidas e que devem constar obrigatoriamente nos projetos pedagógicos influenciam de maneira significativa no saber fazer de cada profissional de saúde. Ressalta-se que o processo de análise dos dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2016.

Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa documental, na qual os documentos analisados são de domínio público, não foi preciso submeter o projeto da pesquisa para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orientações das Resoluções nº 466/2013 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados, julgamos ser necessário descrever primeiramente algumas informações sobre os cursos e as instituições de ensino participantes deste estudo. Foram identificados setenta cursos para as 17 profissões que atuam na ESF e no Nasf. Tais cursos são ofertados por 16 instituições de ensino, sendo a maioria (82%) de natureza privada. Ademais, 62% do quantitativo total de instituições de ensino concentra-se na região metropolitana do município de Natal, capital do estado.

Destaca-se que 81% dos cursos de Enfermagem, 80% dos cursos de Farmácia, 83% dos cursos de Fisioterapia, 86% dos cursos de Psicologia e 81% dos cursos de Serviço Social, que formam profissionais que estão contemplados nas equipes da ESF e do Nasf, são ofertados por instituições de ensino da rede privada. Dos setenta cursos existentes, 57 (81%) disponibilizaram os seus projetos pedagógicos para a pesquisa.

Entretanto, 13 cursos (19%) não tiveram os seus projetos pedagógicos analisados por dois principais motivos: ou o projeto pedagógico não estava publicado na página eletrônica da instituição de ensino, ou a instituição de ensino recusou-se a disponibilizar o projeto pedagógico. Por isso, não houve análise do projeto pedagógico do curso em Arte e Educação (referente ao profissional arte-educador), pois a única instituição de ensino que oferta essa graduação no estado não disponibilizou o mencionado documento institucional.

A partir da operacionalização das análises das competências profissionais e estruturas curriculares descritas nos projetos pedagógicos, à luz das temáticas do envelhecimento e da educação interprofissional, emergiram duas categorias analíticas: formação uniprofissional e secundarização do envelhecimento.

Categoria 1: formação uniprofissional

A formação profissional em saúde descrita nos projetos pedagógicos analisados está em consonância com o modelo de formação descrito nas DCN, almejando uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva aos futuros profissionais de saúde, conforme os trechos a seguir:

O curso forma um profissional com perfil generalista, humanístico, crítico e reflexivo, para atuar nos diversos níveis de atenção à saúde com base no rigor técnico e científico [...] em articulação com as novas tecnologias para diagnóstico e tratamento clínico-cirúrgico. (Trecho extraído do projeto pedagógico do curso de Odontologia, ofertado em uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal)

O profissional deverá ter uma formação generalista, com competências teórica, metodológica e política e capacidade de análise crítica e propositiva nos diversos espaços de atuação político-profissional. (Trecho extraído do projeto pedagógico do curso de Serviço Social, ofertado em uma instituição de ensino pública do interior do RN)

O curso propõe, aos seus futuros enfermeiros, uma formação generalista, a partir da qual eles poderão exercer a sua profissão com postura ética e humanista, atuando na assistência direta aos usuários do sistema de saúde e coordenando o processo do cuidar em Enfermagem. (Trecho

extraído do projeto pedagógico do curso de Enfermagem, ofertado em uma instituição de ensino privada do interior do RN)

Todavia, em nenhum dos projetos pedagógicos está previsto o desenvolvimento de competências para que os profissionais possam atuar frente às necessidades de saúde da população idosa, em especial no que se refere à atuação interprofissional que propicie o cuidado integral e o desenvolvimento da autonomia, do protagonismo e da independência do sujeito que envelhece.

O profissional deverá desenvolver todos os aspectos relacionados ao estudo do medicamento: pesquisa, produção, comercialização, dispensação, atenção farmacêutica e vigilância. Tal formação também abrange a formação social do farmacêutico como profissional da saúde, bem como a formação para as análises clínicas e toxicológicas e para a indústria de medicamentos. (Trecho extraído do projeto pedagógico do curso de Farmácia, ofertado em uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal)

Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia. (Trecho extraído do projeto pedagógico do curso de Fisioterapia, ofertado em uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal)

Percebeu-se também a inexistência de cursos que ofertam componentes curriculares abordando o envelhecimento de modo interdisciplinar e interprofissional, exemplificado pelos seguintes trechos:

O componente curricular tem o objetivo de identificar as principais contribuições teóricas da Psicologia do Desenvolvimento em suas dimensões física, cognitiva e psicossocial para a compreensão do processo saúde/doença no contexto da idade adulta e envelhecimento. (Trecho extraído da ementa do componente curricular Idade Adulta e Envelhecimento no Contexto da Saúde do curso de Psicologia, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal)

Oportunizar a aquisição de conhecimento teórico e prático sobre o processo de avaliação física e prescrição de exercícios físicos voltados a indivíduos idosos visando a qualidade de vida e saúde. (Trecho extraído da ementa do componente curricular Avaliação e Prescrição de Exercício para Idosos do curso de Educação Física, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal)

Como nos projetos pedagógicos dos citados cursos o desenvolvimento de competências para atuar no cuidado interprofissional à saúde da pessoa idosa não está previsto, acredita-se que essa ausência seja a justificativa para não haver conteúdos que possibilitem tal desenvolvimento.

A formação profissional para o cuidado da saúde da pessoa idosa, nessas situações, está pautada exclusivamente na assistência às doenças crônico-degenerativas, bem como na identificação e prevenção de danos à saúde. Além disso, tal formação ocorre de forma uniprofissional, ou seja, de forma isolada entre alunos de um mesmo curso.

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. (Trecho extraído do projeto pedagógico do curso de Nutrição, ofertado em uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal)

Formar um profissional que apresente responsabilidade social, capacitado a atuar na prevenção, reabilitação e cura das pessoas, promovendo melhoria na sua qualidade de vida, jamais

abandonando seu senso investigativo e crítico reflexivo, na busca de seu aperfeiçoamento. (Trecho extraído do projeto pedagógico do curso de Fisioterapia, ofertado em uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal)

Categoria 2: secundarização do envelhecimento

Em algumas situações, tais como no curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Técnico em Enfermagem, ambos de uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal; no curso de Serviço Social de uma instituição de ensino privada do interior do RN; e nos cursos de Enfermagem de duas instituições de ensino (uma pública e uma privada) da região metropolitana de Natal e de uma instituição de ensino pública localizada no interior do estado, o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa são abordados juntamente com os demais ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adolescente e saúde do adulto).

Práticas de atenção básica: educação em saúde, vigilância à saúde e epidemiológica e sanitária; imunização; planejamento familiar, pré-natal; prevenção do câncer, prevenção e controle de DST/aids e de doenças imunopreveníveis; prevenção e controle de riscos e agravos à saúde mental, à saúde do trabalhador e à saúde do idoso. (Trecho extraído da ementa do componente curricular Atenção Básica e Saúde da Família do curso de Enfermagem, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal)

Desenvolver ações de Promoção e Prevenção à Saúde e prevenir riscos e agravos nos ciclos de vida; apoiar e acompanhar o desenvolvimento do ciclo gravídico; acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças conforme planejamento da equipe de saúde; realizar ações de promoção e prevenção à saúde priorizando as situações de vulnerabilidade dos adolescentes; desenvolver e acompanhar ações da Política Nacional da Saúde do Homem; acompanhar o processo de envelhecimento e as situações de vulnerabilidade da pessoa idosa. (Trecho extraído da ementa do componente curricular A Família e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal)

Em outras situações, como nos cursos de Medicina de uma instituição de ensino pública do interior do RN; de Fisioterapia de uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal; e de Fisioterapia, Nutrição, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional de outra instituição de ensino privada também localizada na região metropolitana de Natal, a contextualização do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa está reduzida aos aspectos biológicos e fisiológicos.

Estudos e práticas profissionais voltados ao idoso, com ações de promoção e prevenção de doenças, estimulação cognitiva e tratamento terapêutico ocupacional de doenças decorrentes das alterações fisiológicas dos idosos. (Ementa do componente curricular Estágio em Geriatria e Gerontologia do curso de Terapia Ocupacional, ofertado em uma instituição de ensino privada da região metropolitana de Natal)

Apesar dessa predominância em secundarizar ou simplificar a discussão da temática do envelhecimento, destaca-se a existência de componentes curriculares que vão contra essa corrente dominante. No projeto pedagógico da graduação em Fisioterapia de uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal, por exemplo, consta a existência do componente curricular Gerontologia, que tem como principal objetivo propiciar aos alunos e futuros profissionais de saúde uma compreensão multidimensional do envelhecimento. Porém, o referido componente curricular ainda não é ofertado como um requisito obrigatório na formação dos fisioterapeutas e ocorre de modo uniprofissional.

Reflexão sobre os principais tópicos da Gerontologia e Geriatria, através de um estudo multidimensional do processo de envelhecimento, com enfoque na prevenção e na reabilitação dos problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida do idoso. Análise dos elementos teóricos e metodológicos necessários para a avaliação das dimensões de saúde, dos programas de intervenção e suas repercussões no estado de bem-estar das pessoas idosas. (Ementa do componente curricular Gerontologia do curso de Fisioterapia, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal)

Vale salientar que na instituição de ensino referida no parágrafo anterior, também há o componente curricular Saúde e Cidadania. Nesse componente curricular, os graduandos da área da saúde se inserem em serviços de saúde da atenção primária, com ou sem ESF, para que possam compreender, por meio da educação interprofissional e do método pedagógico da problematização, as demandas sociais que acometem a população usuária do SUS. Entretanto, nesse componente curricular não há discussão de questões relativas ao envelhecimento.

A disciplina Saúde e Cidadania – Saci – busca a integração do ensino a partir da interação básico/profissionalizante, teoria/prática, disciplina e cursos com os serviços de saúde e a comunidade. Visa oferecer ao aluno, iniciante dos cursos da área da saúde, o ambiente propício à reflexão dos problemas da saúde da população e das atividades de atenção à saúde na comunidade, buscando o estabelecimento da relação educação, saúde e cidadania, através do trabalho interprofissional e interdisciplinar. (Trecho extraído da ementa do componente curricular Saúde e Cidadania, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal)

Outro exemplo refere-se ao curso de Medicina localizado no interior do estado, no município de Caicó. No referido curso, a estrutura curricular está organizada por núcleos de conhecimentos, formados por diferentes componentes curriculares. Entre esses núcleos de conhecimento, há um específico para a atenção à saúde da pessoa idosa, denominado Geriatria.

Tal núcleo aborda questões de ordem fisiológica, epidemiológica e social do processo de envelhecimento e do processo de transição demográfica vivenciada no Brasil. Ademais, nesse mesmo núcleo é abordada também a questão da promoção à saúde da população idosa, todavia, de modo uniprofissional.

Conceitos e aspectos epidemiológicos do envelhecimento. O processo do envelhecimento e alterações fisiológicas. Princípios da prática geriátrica – processo saúde-doença. Grandes síndromes geriátricas: distúrbios mentais, incontinências e traumatismos (quedas). Doenças degenerativas do sistema nervoso central: Alzheimer, demências, doença de Parkinson. Aspectos farmacológicos e psicológicos [...]. Reabilitação geriátrica e promoção da saúde. O impacto do envelhecimento e a perspectiva de morte. Relação médico-paciente-cuidador. Aspectos éticos em geriatria. (Trecho extraído da ementa do componente curricular Geriatria do curso de Medicina, ofertado em uma instituição de ensino pública do interior do RN)

Discussão

No campo do trabalho em saúde, a formação profissional é uma discussão permanente. Entre 1990 e 2010, por exemplo, a maioria (71,2%) das produções científicas sobre trabalho e educação em saúde discorria sobre a qualificação dos recursos humanos para atuação no SUS²⁶. Além da produção científica, observa-se no sistema educacional brasileiro uma acentuada expansão na oferta de cursos para a formação profissional em saúde²⁷.

Todavia, a concentração regional de instituições de ensino em saúde, principalmente em áreas metropolitanas, bem como a proliferação desordenada de cursos, sobretudo de nível superior, tem

ocasionado a formação de profissionais com perfil inadequado para dar suporte às necessidades de saúde da população²⁸. O ensino na saúde tende a hipervalorizar áreas específicas, limitando a formação dos profissionais em conhecimentos específicos, sem reconhecer a abrangência e a complexidade das necessidades de saúde⁶. Nesse sentido, emerge um grande desafio para a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: fortalecer o diálogo entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, a fim de proporcionar uma formação pautada na educação interprofissional e que esteja em consonância com as transformações sociais e as demandas do SUS^{9,29}.

A lacuna na interface entre saúde e educação torna-se maior quando se destaca a relação entre a saúde da pessoa idosa e a educação profissional. Por um lado, evidencia-se a forte dependência das pessoas idosas aos serviços de saúde, especialmente das pessoas idosas longevas (que tem idade superior ou igual a oitenta anos), que, no cenário atual, representam o segmento etário mais crescente entre a população idosa³⁰.

Nos próximos anos, essa dependência tenderá a ser maior³¹, sendo resultante do processo de transição demográfica que acontece não só no Brasil, mas também em outros países emergentes, como Rússia, Índia e China, sobretudo em um contexto de significativa desigualdade social^{32,33}. Por outro lado, nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, a contextualização do processo de envelhecimento humano ainda é pouco expressiva, ocorrendo de forma uniprofissional e muitas vezes sendo incoerente com a prática profissional.

A formação profissional na área da saúde exerce um importante papel para a sociedade, tendo em vista que os alunos dos cursos existentes serão futuros trabalhadores que prestarão assistência à saúde da população³⁴. Por conseguinte, a atenção à saúde da pessoa idosa demanda competências específicas para a contextualização do processo de envelhecimento e exige o desenvolvimento do trabalho interprofissional³⁵.

Nesse sentido, faz-se necessário integrar o processo de ensino às práticas cotidianas dos serviços de saúde, sobretudo dos serviços de atenção primária, para que o exercício profissional esteja cada vez mais alinhado com as necessidades da população – no caso em questão, com as necessidades de saúde da população idosa. Além da integração entre o ensino e o serviço na formação em saúde com ênfase no envelhecimento, é necessário garantir o desenvolvimento de práticas de ensino e de trabalho interprofissional. Para aperfeiçoar o cuidado às pessoas idosas, é preciso confiar no poder das equipes interprofissionais⁸.

Entretanto, nenhum dos cursos investigados neste estudo contempla uma discussão mais profunda acerca da temática do envelhecimento de modo interprofissional. Esse fato pode estar ligado à desarticulação das instituições de ensino com a dinâmica social e, por conseguinte, com a dinâmica dos serviços de saúde, além do desinteresse do corpo docente em transformar as suas práticas de ensino.

A sensibilização dos docentes para o desenvolvimento de competências incorporadas à saúde da população idosa na formação da futura força de trabalho em saúde nos Estados Unidos, por exemplo, ainda é um nó crítico³⁶. Todavia, para afirmar se essa situação é semelhante à realidade brasileira e à realidade do local de realização deste estudo, é necessário realizar outras pesquisas que extrapolem a análise documental, avaliando a percepção de estudantes e docentes sobre os métodos pedagógicos utilizados durante a formação profissional, com ênfase no envelhecimento, bem como investigar a percepção das pessoas idosas acerca do cuidado proporcionado pelos profissionais de saúde atuantes no SUS.

Para que a atenção à saúde da pessoa idosa deixe de ser excludente e dotada de estigmas e preconceitos acerca do envelhecimento, é preciso incentivar mudanças no modelo educacional³⁷. Tal mudança deve estar pautada na formação interprofissional para o cuidado integral e na educação sobre o envelhecimento ativo, para que os profissionais de saúde sejam agentes multiplicadores e incentivem as pessoas idosas a viverem de forma autônoma, independente e participativa³⁸.

Portanto, faz-se necessário implantar componentes curriculares obrigatórios na formação de profissionais de saúde que discutam sobre envelhecimento de modo interprofissional. Os referidos componentes curriculares deverão pautar-se na compreensão de uma dimensão mais ampla sobre o envelhecimento humano, envolvendo aspectos econômicos e sociais, e não somente a cura de doenças.

O não atendimento desses requisitos ocasionará a continuidade da fragmentação do trabalho em saúde, sendo cada vez mais destoante do que é preconizado pelas políticas de saúde no Brasil; entre elas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na qual a atenção à saúde da pessoa idosa deve estar em consonância com os princípios do SUS, bem como ser ordenada pela ESF e pelo Nafsf para atender às necessidades dessa parcela da população³⁹.

Considerações finais

Esta pesquisa, mesmo limitada ao conteúdo curricular, evidenciou que a formação uniprofissional é uma realidade dominante nos cursos investigados, com os alunos inseridos em um modelo de formação que não contribui com as mudanças necessárias para a atenção à saúde da pessoa idosa. Outrossim, aponta elementos importantes para uma reflexão crítica e para a construção de uma agenda permanente que propicie modificações na abordagem do envelhecimento durante a formação dos profissionais inseridos nas equipes da ESF e do Nafsf. Tal abordagem deve ser interprofissional e deve considerar também os aspectos sociais e subjetivos do processo de envelhecimento, na perspectiva da integralidade do cuidado e do trabalho colaborativo.

As transformações curriculares são apenas uma etapa para alcançar o perfil profissional desejado no cuidado à saúde da pessoa idosa, já que influenciam, mas não determinam como ocorrerão as práticas. O estudo que se conclui afirma que é preciso mobilizar atores das instituições de ensino e atores dos serviços de saúde para discutir e construir coletivamente projetos pedagógicos que promovam a formação de profissionais de saúde à luz do envelhecimento ativo, da formação interprofissional e dos princípios do SUS.

Por fim, em razão do aumento crescente da população idosa brasileira que conseqüentemente pode levar ao aumento da presença desse segmento etário nos serviços do SUS, se as peculiaridades da população idosa não forem devidamente compreendidas e discutidas amplamente durante a formação e atuação dos profissionais de saúde, não será possível garantir a integralidade do cuidado às pessoas idosas.

Contribuições dos autores

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima teve participação ativa em todas as etapas de elaboração do manuscrito. Rosana Lúcia Alves de Vilar, Janete Lima de Castro e Kenio Costa de Lima tiveram participação ativa na revisão, discussão dos resultados e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos às instituições de ensino do Rio Grande de Norte que disponibilizaram os projetos pedagógicos para a realização do estudo.

Referências

1. Coyle CE, Mutchler JE. Aging with disability: advancement of a cross-disciplinary research network. *Res Aging*. 2017; 39(6):683-92.
2. Ferreira LMBM, Jerez-Roig J, Andrade FLJP, Oliveira NPD, Araújo JRT, Lima KC. Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(6):995-1003.
3. Alves KL, Alves MRR, Sá CMCP, Xavier Junior JA, Barros KC, Alves LMRR, et al. Nursing professional's working load given to the elderly at the intensive unit care. *Int Arch Med*. 2017; 10(44):1-8.
4. Xavier AS, Koifman L. Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(39):973-84.
5. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):309-20.
6. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.
7. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(3):1809-17.
8. Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):199-210.
9. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
10. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
11. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.
12. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes e práticas de saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):202-4.
13. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
14. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Esp 2:16-24.
15. Belas IA, Rocha JHA, Silva FM, Lustosa JVB, Carneiro WS, Valença AMG, et al. Articulated actions of the family health strategy teams and their centres of support in the state of Piauí, Brazil. *Int Arch Med*. 2017; 10(5):1-8.
16. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1499-509.
17. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MLP, Goes PSA. Processo de trabalho em uma unidade de saúde da família e a educação permanente. *Trab Educ Saude*. 2016; 14(2):505-21.
18. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto PM. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(1):131-45.

19. Lima RRT, Castro JL. Estudo acerca do perfil: uma contribuição para as políticas de valorização profissional. In: Castro JL, Vilar RLA, Oliveira NHS. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal: Una; 2016. p. 129-47.
20. Shimizu HE, Fragelli TBO. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med.* 2016; 40(2):216-25.
21. Costa T, Torres GV, Oliveira RA, Costa MV, Dantas BAS, Miranda JMA, et al. Changes in the quality of life of an elderly group of the Family Health Strategy. *Int Arch Med.* 2016; 9(381):1-9.
22. Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(12):3543-52.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 11 Ago 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=censodemog2010_snig.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
25. Presidência da República (BR). Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1996 [citado 11 Ago 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm.
26. Pinto ICM, Esperidião MA, Silva IV, Soares CM, Santos L, Fagundes TLQ, et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990 - 2010. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(6):1525-34.
27. Teixeira CF, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2013; 16(6):1635-46.
28. Pierantoni CR, França T, Magnago C, Nascimento DN, Miranda RG. Graduações em saúde no Brasil: 2000-2010. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2012.
29. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FR. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(3):1-8.
30. Menezes TMO, Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(8):3309-16.
31. Veras RP. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. 2007; 23(10):2463-6.
32. Guimarães RRM. O futuro do ensino superior nos países BRIC: uma perspectiva demográfica. *Rev Bras Estud Popul.* 2013; 30(2):549-66.
33. Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Competências profissionais para o atendimento de idosos em atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(5):1018-23.
34. Ribeiro IL, Medeiros Júnior A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. *Trab Educ Saude.* 2016; 14(1):33-53.
35. Lima RRT, Castro JL, Lima KC. Saúde do idoso e formação profissional: como ocorre essa relação em uma instituição de ensino superior? *Saude Redes.* 2016; 2(1):1287-9.
36. Ford CR, Brown CJ, Sawyer P, Rothrock AG, Ritchie CS. Advancing geriatric education: development of an interprofessional program for health care faculty. *Gerontol Geriatr Educ.* 2015; 36(4):365-83.

37. Golden GM, Gammonley D, Hunt D, Olsen E, Issenberg B. The attitudes of graduate healthcare students toward older adults, personal aging, health care reform, and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2014; 28(1):40-4.
38. Lima KC. Educação em saúde para o envelhecimento ativo. In: Nacif PGS, Queiroz AC, Gomes LM, Rocha RG, organizadores. *Coletânea de textos CONFINTEA Brasil+6: tema central e oficinas temáticas*. Brasília: Ministério da Educação; 2016. p. 252-8.
39. Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):149-60.

Lima RRT, Vilar RLA, Castro JL, Lima KC. La educación interprofesional y la temática sobre el envejecimiento: un análisis de proyectos pedagógicos en el área de la Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1661-73.

El artículo analiza la inserción de la temática del envejecimiento y de la educación interprofesional en la formación de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), a partir de la lectura de los proyectos pedagógicos de los cursos de esos profesionales. La investigación que dio origen a este artículo es del tipo documental, con abordaje cualitativo, realizada en el estado de Rio Grande do Norte, Brasil. Los proyectos pedagógicos se analizaron con base en el método del análisis de contenido utilizando el procedimiento del análisis temático en dos unidades de registro preestablecidas: (i) competencias profesionales y (ii) estructura curricular. Como parte de los resultados, ninguno de los cursos investigados en este estudio ofrece una educación interprofesional en salud que incluya discusiones más profundas sobre el envejecimiento.

Palabras clave: Envejecimiento. Salud del anciano. Educación interprofesional. Formación profesional en salud. Salud de la familia.

Submetido em 17/08/17. Aprovado em 26/06/18.

Formação interprofissional e produção do cuidado:

análise de uma experiência

Angela Aparecida Capozzolo^(a)
 Sidnei José Casetto^(b)
 Stella Maris Nicolau^(c)
 Virgínia Junqueira^(d)
 Daniela Caetano Gonçalves^(e)
 Viviane Santalucia Maximino^(f)

Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Interprofessional education and provision of care: analysis of an experience. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1675-84.

This article This article aims to present and analyze an interprofessional education experience that started in 2008 involving third-year students of the undergraduate courses of Physical Education, Nutrition, Psychology, Physiotherapy and Occupational Therapy of a public university. During the semester, teams of different students supervised by two teachers each, also from different professional areas, provided weekly care service and developed care projects aimed at specific people/groups chosen by the service team. The methodology included the production of narratives of significant situations experienced by the teachers in their education activities. Based on these narratives, the issues presented in this education proposal were detected. The discussion of these issues showed potential common interventions and the challenges faced by teacher supervision in maintaining the students' experience and enabling the creation of a clinic that values the users' perspective.

Keywords: Healthcare. Supervision. Interdisciplinary team. Professional education. Teaching.

Este artigo tem como objetivo apresentar e analisar uma experiência de formação interprofissional que ocorre desde 2008, envolvendo estudantes do terceiro ano de graduação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional de uma universidade pública. Ao longo do semestre, equipes mistas de estudantes, supervisionadas por duplas de docentes, também de diferentes áreas profissionais, realizam atendimentos semanais e elaboram projetos de cuidado para pessoas/grupos selecionados por equipes dos serviços. A metodologia utilizada envolveu a produção de narrativas de situações marcantes vivenciadas por docentes nas atividades de ensino, das quais foram discernidas questões que têm se colocado nesta proposta de formação. A discussão de tais questões indicou as potencialidades de intervenções em comum e os desafios da supervisão docente para sustentar a experiência dos estudantes e possibilitar a constituição de uma clínica que valorize a perspectiva dos usuários.

Palavras-chave: Cuidado em saúde. Supervisão. Equipe interdisciplinar. Educação profissional. Docência.

^(a, b, c, f) Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Instituto de Saúde e Sociedade (ISS), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Silva Jardim, 136, Térreo, Vila Mathias, campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11015-020. capozzolo.angela@gmail.com; sidneicazeto@uol.com.br; stellamarisnicolau@gmail.com; vivimax9@gmail.com

^(d) Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, ISS, Unifesp. Santos, SP, Brasil. virginiaj@uol.com.br

^(e) Departamento de Biociências, ISS, Unifesp. Santos, SP, Brasil. dacaetanog@gmail.com

Introdução

Por favor, veja se os meninos podem vir aqui na casa do Sr. Duarte agora. O dextro deu normal e o combinado foi que, se ele conseguisse controlar a glicemia, iríamos levá-lo para a caminhada. Chame os alunos fortes porque temos que descer quatro andares com a cadeira de rodas e ele é bem pesado. (Narrativa docente)

Em pouco tempo éramos oito pessoas, entre docentes e estudantes, em torno do Sr. Duarte, pensando a melhor maneira de tirá-lo de casa. Era a primeira vez, em meses, que ele iria sair desde a amputação da sua segunda perna devido a complicações do diabetes. Era uma tarefa difícil – o Sr. Duarte era obeso e morava no quarto andar de um prédio sem elevador –, mas estávamos todos muito animados. E descemos as escadas para nos juntarmos a outros moradores, estudantes, docentes e profissionais dos vários serviços da região para uma caminhada contra a violência.

O acompanhamento do Sr. Duarte por equipes de estudantes do terceiro ano de graduação no módulo “Clínica integrada: produção do cuidado” teve início na sua internação hospitalar, oito meses antes desse episódio. A alta sem encaminhamento para reabilitação foi notada por estudantes e docentes que o acompanhavam no hospital. Verificaram que ele morava em uma região da cidade que também recebia estudantes e docentes desse módulo nos serviços de atenção básica. Dessa forma, apostando na importância de estabelecer redes de cuidado por meio da articulação entre equipes e serviços, o grupo do hospital acionou o da unidade básica e juntos fizeram uma visita domiciliar ao Sr. Duarte, que ficou muito feliz em rever os que o haviam acompanhado, ao mesmo tempo em que era apresentado ao novo trio de estudantes e à dupla de docentes que seguiria com o seu acompanhamento.

As histórias deste usuário e de sua mulher foram retomadas com a equipe de saúde da família de referência. A princípio, constatou-se diabetes de difícil controle, dependência acentuada nas atividades de vida diária devido à dupla amputação e à retinopatia e a necessidade de fazer enfaixamento para diminuir o edema e sensibilidade do coto da perna recém-amputada. A equipe de saúde queixava-se que o paciente não seguia suas recomendações. De fato, parecia ser muito difícil para a família mudar os padrões de alimentação, introduzir alguma atividade física e utilizar a insulina de forma correta. A equipe insistia que já havia dado as instruções e que, apesar das visitas da agente comunitária de saúde, das enfermeiras e da médica, não via mudança no caso.

A postura da equipe gerou, no grupo de estudantes, diversos sentimentos e opiniões. A princípio, indignação: “como poderiam dizer que não havia muito mais a ser feito com o Sr. Duarte? Um homem tão simpático e amoroso, cheio de vontade de viver, animado, apesar de sua situação?” Ao mesmo tempo, ao constatar que ele mantinha seus hábitos alimentares e mau uso da medicação e que havia inúmeras dificuldades para a realização de ações técnicas que haviam aprendido, os estudantes demonstraram desânimo. “O que podemos propor? Ele parece que só quer conversar. Conta histórias do seu passado, mostra as músicas que mais gosta, quer saber quem somos nós... mas o que podemos fazer como profissionais aqui?”

Entre a crítica à equipe e a impotência no combate aos sintomas, foi necessário recriar horizontes para um cuidado possível. O primeiro passo foi olhar para além dos sintomas. A ampliação da escuta e da observação direcionou-nos para outras necessidades e desejos: sair de casa, ter companhia, sentir-se produtivo, aumentar a independência. E também cuidar do coto, melhorar a acessibilidade na casa, estudar outras possibilidades medicamentosas e escutar a esposa, sua cuidadora principal.

Cada uma destas necessidades/desejos motivou ações por parte dos estudantes, tais como: tocar violão e cantar, ver filmes, ouvir rádio e responder charadas, disponibilizar o telefone pessoal para uma conversa durante a semana, tirar fotografias, auxiliar no banho, mudar os móveis de lugar, construir pesos com garrafas PET cheias de areia para fazer musculação, entrar em contato com o serviço de reabilitação para verificar a possibilidade de uma segunda prótese, etc. Essas estratégias desdobravam-se em idas e vindas, em uma dinâmica de esperança e decepção, raiva e consolo, elaboração e reelaboração de hipóteses e ações.

Era perceptível que as ações realizadas pelos estudantes semanalmente estavam contribuindo para o cuidado do Sr. Duarte, que, no entanto, seguia com os níveis glicêmicos altos. Apenas no fim do semestre, estimulado em participar de uma caminhada, ele conseguiu normalizá-los. Sim, parecia possível o controle do diabetes, desde que isso mobilizasse o seu desejo. O acompanhamento desse usuário prosseguiu por cinco anos com a dupla de docentes e com uma nova equipe de estudantes a cada semestre.

Perceber os limites das ações prescritivas e isoladas de cada área profissional, bem como a potencialidade daquelas que se inventam em conjunto, e que não necessariamente seriam específicas de alguma das profissões, são objetivos deste módulo que integra o eixo curricular Trabalho em Saúde, comum aos cursos de Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista¹.

Nas práticas predominantes de formação, os profissionais de saúde aprendem um conjunto de teorias acerca de quais são as necessidades a que devem responder, e com quais técnicas devem fazer isso. Mendes Gonçalves² alerta, no entanto, que não há nenhuma necessidade “natural”. A própria existência do trabalho em saúde não é natural, mas histórica e socialmente determinada.

A tendência, sobretudo quando os atendimentos são por categoria profissional ou por especialidade, é recortar e interpretar a demanda segundo o quadro de referências da área profissional³. Entretanto, a exposição ao cotidiano de um usuário tende a mostrar os limites dos saberes e técnicas de que se dispõe: como aumentar a acessibilidade para um cadeirante obeso que mora em um prédio de quatro andares sem elevador? Como controlar seu diabetes sem a adesão a uma dieta restritiva? A insuficiência de nossos recursos parece ficar mais evidente quando confrontados com a vida do usuário, fora dos consultórios ou enfermarias.

A composição de equipes interprofissionais costuma ser pensada como solução⁴. Entretanto, o objeto de cada profissão de saúde não coincide com os das demais, de modo que a justaposição de todos não parece recompor uma suposta unidade perdida³. Como integrar as ações e, mais do que isso, interrogar o modo como identificamos e apreendemos as necessidades de atenção?

Vasta produção crítica do campo da saúde tem destacado os limites das formações predominantes, com suas ênfases na dimensão biológica do adoecimento e na especialização e fragmentação dos conhecimentos e das áreas disciplinares, que resultam em práticas descontextualizadas e distanciadas das necessidades de saúde da população. Essas críticas têm subsidiado movimentos de mudanças na formação em Saúde com propostas que visam ampliar o diálogo entre as diferentes áreas profissionais, diversificar cenários de prática e problematizar as compreensões e intervenções restritas ao corpo biológico ou ao risco de adoecer dos usuários^{1,4-7}.

O tema do cuidado – considerar os diversos modos de existir, os saberes, desejos e possibilidades dos usuários – tem sido abordado por diversos autores⁸⁻¹³ como importante para reorganizar as práticas e os processos de trabalho em saúde. Expor os estudantes a vivências em diferentes territórios e cenários de práticas, e, sobretudo, colocar o cuidado como central na formação, têm orientado as atividades de ensino interprofissional do Eixo Trabalho em Saúde¹.

A experiência de formação interprofissional no Eixo Trabalho em Saúde

As atividades de ensino do Eixo Trabalho em Saúde percorrem os três primeiros anos de graduação e estão voltadas para formar profissionais com recursos para oferecer um cuidado que considere as complexidades e singularidades envolvidas no adoecer, bem como as dimensões ética, política e relacional presentes no trabalho em saúde¹.

A principal estratégia pedagógica do eixo é expor os estudantes ao contato com pessoas e seus diferentes modos de viver com a responsabilidade de realizar intervenções, de modo a exercitar as várias dimensões do trabalho em saúde. Os módulos são semestrais e abordam questões transversais: conceito de saúde, políticas públicas, organização dos serviços, trabalho em equipe, o cuidado, a escuta, ética, responsabilização, entre outros¹.

O módulo “Clínica integrada: produção do cuidado” é oferecido, desde 2008, no terceiro ano de graduação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Sua

carga horária é de quatro horas semanais, totalizando oitenta horas. Trata-se de um módulo teórico-prático que envolve, a cada semestre, 120 estudantes e 18 docentes de diferentes áreas profissionais e disciplinares.

Na primeira aula, a partir da apresentação inicial do módulo, os estudantes de cada curso escolhem o campo em que gostariam de se inserir e são montadas turmas mistas com cerca de 12 alunos, que se distribuem em nove serviços diferentes da cidade de Santos, incluindo serviços de atenção básica, de saúde mental, um hospital e um espaço de cultura. Cada equipe é supervisionada por dois docentes de áreas diferentes que semanalmente vão a campo com os alunos. Os docentes, em contato com os profissionais dos serviços, selecionam casos ou grupos que possam receber uma dupla ou trio de estudantes (miniequipes) para a realização de um projeto de cuidado durante um semestre. A cada campo, os estudantes realizam encontros com os usuários (em grande parte nos domicílios) e produzem um diário com a descrição das atividades realizadas, as impressões e sentimentos mobilizados nesse encontro. Esses diários subsidiam as supervisões, em geral, realizadas nos serviços.

Alguns aspectos deste módulo merecem ser destacados. Um deles é a aposta no aprendizado pela experiência¹. Os casos não são selecionados sob medida para os estudantes praticarem tecnologias que já tenham aprendido. O mais frequente é que, deparando-se com situações difíceis, percebam que, em sua “caixa de ferramentas”, faltam instrumentos que sejam apropriados para o caso. O sentimento inicial de impossibilidade de intervenção é bastante comum; pretende-se, porém, ultrapassá-lo com as possibilidades inventivas que se produzam.

Outro aspecto é a aposta na singularidade do cuidado. O módulo é antecedido por outros do eixo em que as dimensões social, econômica e subjetiva da saúde são exploradas. Vai-se até territórios onde encontram-se pessoas em situação de vulnerabilidade, conhece-se o contexto de vida e as condições em que estão submersos, de modo a aproximar-se da peculiaridade de cada situação. Trata-se de treinar o trabalho clínico, de reconfigurar a teoria e a técnica segundo uma história particular e os interesses que o atendido possa ter. Onde a realidade é a mais difícil, a arte da clínica é imprescindível. Temos denominado de “clínica comum” esta constituída por profissionais de diversas áreas, que se arriscam no trabalho “entreprofissional” – aquele operado nos interstícios das fronteiras de áreas, por meio de ações que não são reivindicadas como prerrogativas específicas –, e aquela que se inventa a cada situação^{1,14}.

Um terceiro aspecto é a ida a campo de docentes e estudantes ao encontro dos usuários em suas casas ou local de vida. Essa prática exige a viabilização de transporte por parte da universidade, o que precisa ser seguidamente defendido, sobretudo em tempos de cortes de recursos. Porém, ela desloca, também no sentido figurado, estudantes e docentes de sua área de segurança. Isso porque nossas regras valem melhor no ambiente acadêmico ou no espaço físico dos serviços. Fora dele impera o imprevisto, tornando o controle antecipado da missão, impossível. Há que aprender a negociar nossos saberes, a rever o planejado cotidianamente, a conviver com fracassos.

Um quarto aspecto diz respeito à supervisão das equipes de estudantes feitas por uma dupla de docentes. Sendo cinco os cursos de Saúde, as equipes têm docentes de duas áreas que, portanto, supervisionam alunos de outros cursos. Assim, uma dupla composta por docentes da Terapia Ocupacional e da Nutrição, por exemplo, tem sob sua responsabilidade estudantes também da Educação Física, da Fisioterapia e da Psicologia.

A despeito da diversidade de referências de que partimos, a aproximação à realidade parece favorecer os nexos interprofissionais. Talvez pelo fato de os problemas encontrados amiúde superarem nossa capacidade de intervenção, tendemos a ser mais receptivos ao trabalho interprofissional e abertos à elaboração de estratégias não convencionais. A defesa de nossos “territórios” profissionais perde o foco frente à impotência que se pode sentir diante da dor e das dificuldades do outro. Nada garante, porém, que isto aconteça: que a situação concreta de uma vida faça-nos vê-la em sua complexidade; que o encontro de profissionais produza um sentimento de amparo mútuo e abertura ao novo. Pode-se resistir a tudo isso, e talvez esta seja mesmo a primeira reação a ser esperada, como vemos frequentemente acontecer.

Este artigo tem como objetivo apresentar questões com as quais temos nos deparado nesta proposta de formação centrada no cuidado. Para tal, utilizamos como metodologia a produção de narrativas de situações marcantes vivenciadas por docentes, autores deste artigo, que integram o

módulo. As narrativas foram lidas e analisadas coletivamente, sendo que, para esta publicação, foram priorizadas questões agrupadas nos temas “Alguns desafios da supervisão”, “Considerar diferentes perspectivas” e “Uma atenção aos incômodos”.

Alguns desafios da supervisão

Percebe-se que cada docente que acompanha os estudantes no módulo recorta o caso de uma maneira; filtra e escolhe aspectos; e interpreta-o sob seu referencial, pautado por sua trajetória profissional e pessoal¹. Além disso, quando supervisiona estudantes de outra profissão, tende também a oferecer a eles o seu enquadre. Ciente disto, o docente pode se esforçar para tratar o caso segundo as várias visões trazidas pelos estudantes e pelo colega de outra área com quem compartilha a supervisão e, nesse exercício, sair enriquecido. Mas essa postura exige que ele faça um exercício de suspensão de seu saber para ouvir o outro. Um exercício difícil, na medida em que, estando ali para ensinar, posição legitimada por uma suposta diferença de conhecimento e experiência, deve colocar-se também na posição de quem aprende, inclusive com quem, supostamente, saberia menos.

A supervisão procura ajudar o aluno a deslocar-se da ação, estimulando espaços de pensamento e fazendo com que a vivência possa se transformar em experiência, de modo que suas marcas sejam incorporadas como conhecimento. O docente deve, portanto, viabilizar um enquadre de ensino-aprendizagem em que os estudantes possam pensar e agir, agir e pensar¹⁵. No caso do módulo em questão, trata-se de apoiar uma equipe composta de estudantes de diversos cursos que devem, ao mesmo tempo, constituir-se como grupo e propor intervenções. O docente desempenha um papel de coordenação deste grupo, mas uma coordenação que deve, a todo momento, decidir o quanto interferir e o quanto aguardar, permitindo que os estudantes se organizem e se desorganizem, modificando-se. Trata-se de um acompanhamento próximo o bastante para favorecer a ação do grupo e agir, caso seja necessário, e distante o suficiente para não inibir ou ocupar o lugar dos estudantes.

Como provocar o pensamento ali onde parece grassar lugares comuns, frases de efeito e simplificações? Como fazer a fala circular sem que ninguém assuma o lugar de dono da verdade? Como lidar com o corporativismo em nós, preocupados com as prerrogativas da profissão? Como sustentar a experiência?

A narrativa a seguir expõe algumas tensões vividas pelos docentes nas atividades que ocorrem em uma organização não governamental de arte e cultura em uma região de alta vulnerabilidade social. Uma equipe de estudantes procura criar vínculos com um grupo de mulheres e propor práticas artísticas e corporais visando ao cuidado em saúde.

Os estudantes estão divididos em duplas que são referência para cada uma das mulheres, de maneira a estabelecer relações mais próximas para detectar demandas singulares. O conjunto dos estudantes deve planejar e coordenar o grupo.

Os estudantes propuseram uma atividade para o grupo das mulheres: uma caixa com perguntas variadas. “Qual é sua maior qualidade?” “O que você gostaria de aprender?” “Quem é um herói para você?” Cada mulher deveria tirar uma questão diferente e responder. Consideramos que seria mais interessante ficar mais tempo em cada questão, criando um ambiente para uma conversa. Fizemos a sugestão, mas esta não foi aceita pela equipe de estudantes, que continuou da forma inicial.

No encontro seguinte, a proposta era trabalhar com histórias das mulheres e, quem sabe, fazer um pequeno vídeo. Ao mesmo tempo, uma dupla sugeriu trabalhar com frases com potencial para aumentar a autoestima das mulheres. Perguntamos: “Quem disse que elas têm baixa autoestima?” “O que é autoestima e por que esta ideia?” Mas o grupo de estudantes aderiu rapidamente à proposta, sem reflexão, parecendo querer se ver livre da tarefa. Durante a semana, uma estudante, após ler um artigo de revista sobre violência nas regiões de alta vulnerabilidade, propôs trabalhar com a questão “Como a violência afeta as mulheres dessa área?” Novamente, intervimos: “De quem é esta questão, das mulheres ou das estudantes?” “Por que estão mudando o combinado?”

Pedimos uma reflexão sobre o movimento da equipe. Não houve resposta. A equipe parecia se organizar para resistir ao pensamento. Gostaríamos de conversar mais, ter mais espaço de escuta. Nossa hipótese era que a insegurança e ansiedade dos estudantes talvez estivessem gerando uma defesa a qualquer questionamento. Não sabíamos como fazer retornar aos estudantes sem constringer as suas iniciativas. O tempo de supervisão, que acontece antes ou depois do grupo com as mulheres, é pouco em relação ao que precisa ser trabalhado. (Narrativa docente)

Os docentes vivem o conflito entre possibilitar que os estudantes experimentem suas ações ou impor certas formas de fazer, o que deixaria todos mais tranquilos. Mas se optam por não predefinir o processo, podem ter que se haver com respostas rápidas demais, que parecem servir apenas para aplacar a angústia de não se saber o que fazer. Por outro lado, a experiência de formação parece ganhar outra densidade quando o estudante pode tomar decisões com base em sua observação e análise, desde que também possa avaliar os seus efeitos. É certo que cumpre ao docente intervir, impedindo o que possa causar dano aos acompanhados, mas cabe também a ele sustentar este “nascimento” de outros profissionais, com suas perspectivas e recursos singulares.

O modo como o docente se relaciona com os estudantes, a flexibilidade que demonstra em negociar pontos de vista e a abertura em elaborar trabalhos conjuntos – mas também a habilidade em inserir questões antes não consideradas – evocam a relação dos estudantes com os usuários nos projetos de cuidado. Seria mesmo contraditório que se esperasse, dos estudantes, uma ética diferente daquela que com eles se pratica no trabalho de ensino. Equilibrar momentos de presença reservada – como modo de deixar o outro ser – e de presença implicada – nos quais se age e intervém – nos termos de Figueiredo¹⁶ parece favorecer não só que o cuidado aconteça, mas também que quem o recebe desenvolva suas próprias habilidades de cuidar.

Considerar diferentes perspectivas

Marinete, 66 anos, sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) há 11 anos. Era uma mulher ativa, que trabalhava como faxineira. Na ocasião já estava separada, e atualmente a sua principal cuidadora é a filha que reside com ela e trabalha durante o dia, havendo portanto muitos períodos em que fica sozinha em casa.

Como sequela do AVE, apresenta hemiplegia do lado direito do corpo e não consegue caminhar, nem apoiar os pés no chão para transferir-se para uma cadeira ou poltrona. Também apresenta afasia de expressão verbal e escrita, comunicando-se por meio de gestos, entonações sonoras e expressões faciais. Pouco escolarizada, não usa a escrita. Desde o AVE está acamada, usando fraldas geriátricas.

A equipe de saúde da família que a acompanha mensalmente achou que o atendimento da universidade poderia ajudar na recuperação de sua mobilidade. Estudantes do módulo iniciaram o acompanhamento, buscando compreender suas necessidades e demandas e elaborar um plano de cuidados.

O que mais impressiona os estudantes é o fato de ela passar o tempo todo em sua cama e viver um cotidiano empobrecido e de isolamento no domicílio. Embora viva em uma casa sem degraus e com cômodos amplos, ela não acessa o banheiro e nem faz as refeições na cozinha porque não tem uma cadeira de rodas que a acomode adequadamente. Dessa forma, toma banho no leito com o apoio de sua filha, o que não ocorre diariamente por ser um processo trabalhoso. Em horários determinados, os familiares lhe trazem as refeições, trocam suas fraldas e ligam a TV para que ela assista a programação.

Os estudantes procuram identificar, inicialmente da perspectiva de seus conhecimentos específicos de área, algumas possibilidades de intervenção. Os de Psicologia supõem que seria central melhorar sua comunicação, os de Fisioterapia e Educação Física almejam aplicar técnicas de mobilização corporal e aprimoramento de força e amplitude articular, os de Nutrição querem melhorar sua alimentação e os de Terapia Ocupacional vislumbram adaptar seu domicílio e intervir para que ela consiga realizar atividades de vida diária com mais autonomia.

A princípio, o fato de os familiares não aderirem às diversas propostas dos estudantes é percebido por estes como desinteresse ou negligência. Somente após os estudantes tentarem realizar, por

exemplo, a transferência de D. Marinete da cama para a cadeira de rodas é que puderam perceber as dificuldades vivenciadas por sua família. Além disso, nesses cinco anos de acompanhamento, o que mais impressiona é que nem sempre, ou quase nunca, as intervenções que os estudantes assumem como prioritárias são as mesmas da família.

Considerar a perspectiva de quem é cuidado e de seus familiares depende de uma disposição do profissional de saúde que parece ser óbvia, mas não usual, como apontam Merhy et al.¹² e Cecilio et al.¹³. Como profissionais de saúde, tendemos a considerar apenas nossa avaliação técnica como a mais acertada. Afinal, ela aponta para uma ação da qual temos algum domínio¹⁷. Se aceitamos ouvir e considerar o ponto de vista de quem tratamos, arriscamo-nos a deslizar para um terreno bem menos conhecido, mas é nele que o paciente habita. Possibilitar aos estudantes a experiência de deslocamento de suas perspectivas tem sido um recurso importante desse processo de formação.

Uma atenção aos incômodos

Uma dupla de estudantes, uma da Educação Física e outra da Nutrição, entusiasmou-se em acompanhar uma senhora que havia sido submetida recentemente a uma cirurgia bariátrica, já antevendo possíveis intervenções relacionadas às suas áreas profissionais. No entanto, essa senhora viajou e foi proposto que esta dupla acompanhasse Gabriela, de quarenta anos, que morava em uma casa próxima às palafitas, de um cômodo, com apenas um beliche para acomodar seis dos seus filhos de diferentes faixas etárias.

O impacto para os estudantes na primeira visita domiciliar foi imenso. Retornaram desanimados e paralisados pela enorme quantidade de problemas que envolvia esta família: crianças com desnutrição e anemia, uma adolescente que se recusava a prosseguir na escola, outra com diabetes insulino-dependente não controlado, um filho envolvido com abuso de drogas e outro, desempregado. Adicionava-se a tudo isso a difícil história de vida de Gabriela, que tinha perdido os pais muito cedo, havia sido moradora de rua, prostituído-se e vivido relacionamentos afetivos conturbados e violentos. Gabriela queria ajuda especialmente para poder cuidar dos filhos menores, para que não repetissem as trajetórias dos maiores. Mas por onde começar? O que seria possível fazer?

Tentamos compreender melhor a situação, realizando discussões com os profissionais que cuidavam da família de várias instituições (saúde, assistência social, educação e conselho tutelar). A partir desses encontros várias ações foram elencadas. No entanto, a dupla de estudantes seguia desanimada, afirmando que não visualizavam ainda o que poderiam fazer. À pergunta de por que nada parecia fazer sentido para eles, mesmo com tantas ações que poderiam realizar, respondem que não sabiam direito. (Narrativa docente)

No decorrer da supervisão, viu-se que as questões sociais, os valores e o modo de vida dessa usuária, bem diverso do que conheciam, estavam mobilizando muito os estudantes. Também os julgamentos morais atravessavam a disponibilidade para com essa família. Foi necessário trabalhar com esses incômodos para abrir outras possibilidades de se relacionar com essa situação.

A leitura das situações e as intervenções decorrentes são também configuradas pelo impacto que as situações e os outros desencadeiam em nós. Esses aspectos tendem a ser pouco problematizados nos processos de trabalho em saúde^{11,14}. Abrir espaço na supervisão¹⁵ para conversar sobre incômodos, mobilizações, medos, julgamentos e sentimentos produzidos nos encontros com os diversos modos de existir dos usuários são fundamentais para a formação de profissionais capazes de perceberem também a si mesmos nas relações de cuidado.

Questões que insistem

As questões que nós, como docentes, identificamos no trabalho com os estudantes, e que apontam para suas dificuldades, foram, ou ainda são, também dificuldades nossas. A dificuldade dos estudantes em aceitar as contribuições dos docentes na supervisão reflete também as dificuldades dos docentes

de estabelecerem vínculos significativos e confiáveis com os estudantes para que este processo possa acontecer.

Também não é difícil perceber em nós a tendência a desvalorizar a fala dos usuários quando ela é discordante do saber técnico. A relação assimétrica com o acompanhado, por força do desigual saber/poder, indica quem teria o discurso legítimo^{11,18}. A quem cabe a palavra do diagnóstico e a autoridade da terapêutica senão ao profissional? Por isso falamos em adesão ao tratamento, como uma expectativa que se tem de que o usuário aceite o que lhe foi prescrito, o que as evidências científicas apontam como o mais adequado a fazer. Se o paciente não aceita, isso seria uma irracionalidade, uma quebra de pacto, uma posição que questiona o saber científico e profissional. A tendência, nesses casos, é dar nossa missão como cumprida: “fiz o que podia, mas ele(a) não fez a parte dele(a)”. Feridos em nossa identidade profissional, somos propensos mais a desistir do paciente do que tentar uma reinvenção de estratégias ou optar por uma alternativa de redução de danos.

Outro ponto importante diz respeito à expectativa dos estudantes de realizar ações que possam efetivamente resolver problemas, talvez por força de uma ideia de que estariam ali para curar no sentido de restabelecer uma condição anterior perdida. O contato com a complexidade do caso pode suscitar o sentimento de impotência por não se dispor da possibilidade de fazer algo que resolva a situação nessa acepção da cura. Ocorre de alunos julgarem que, não tendo o que oferecer nesta dimensão, estariam ali unicamente para benefício próprio, de aprendizagem, como se o trabalho desenvolvido não estivesse auxiliando em nada os atendidos. Leva tempo até que possamos valorizar a clínica do cuidado menos vertical e mais horizontal, aquela do acompanhamento, quando o que se pode fazer não é aquilo que eliminaria os problemas.

Essa aceitação de uma clínica menos espetacular, que descentra o profissional, é sintônica com a perspectiva da constituição ou reconhecimento de uma rede de cuidados para o acompanhado. Assim, os profissionais de saúde podem auxiliar a tecer esse coletivo que apoia, do qual participam serviços, técnicos, amigos, familiares, vizinhos, etc. Sabemos como a rede intersetorial precisa ser ativamente convocada para acontecer; mas pouco percebemos a importância da rede informal, afetiva, que, por vezes, serve de sustentação mesmo àquela do sistema de saúde. E há outros pontos de apoio a considerar, como as atividades universitárias, de ensino (graduação e residência), extensão e pesquisa. Nesse sentido, o oposto da intervenção imediatamente resolutive talvez não seja o niilismo terapêutico, mas uma constelação de ações de suporte, de arranjos viáveis, de compartilhamento e estímulo à vida.

Esta experiência de formação tem mostrado a existência de possibilidades no trabalho em saúde, mesmo onde e quando elas parecem mais faltar, a depender de nossa capacidade de escuta e atenção ao usuário e, sobretudo, de nossa disposição a nos reinventarmos como profissionais.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos aos usuários que, pacientemente, vêm nos ensinando melhores formas de cuidado; aos estudantes que se lançam no desconhecido para o qual convidamos; ao grupo de docentes desse módulo, cujas discussões possibilitaram a emergência das questões tratadas neste artigo; e às equipes, que partilham conosco as dificuldades e alcances do trabalho em saúde.

Referências

1. Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
2. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
3. Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Sangaleti CT, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. The experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration to health care professionals in primary health care settings: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2014; 12(5):24-33.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1400-10.
6. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
7. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS.* 2012; 2:25-8.
8. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc.* 2004; 13(3):16-29.
9. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2a ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ; 2009.
10. Merhy E, Feuerwerker LCM, Cerqueira MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC. Afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.
11. Cecílio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, organizadores. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2014.
12. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H Jr, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1.
13. Andrade LO, Givigi LRP, Abrahão AL. Ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(64):67-76.
14. Henz AO, Garcia ML, Costa SM, Maximino VS. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p.163-86.
15. Duarte DA. A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(52):133-44.
16. Figueiredo LC. A metapsicologia do cuidado. *Psyche.* 2007; 11(21):13-30.
17. Melo SM, Cecílio LC, Andreazza R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saude Debate.* 2017; 4(112):195-207.
18. Chauí MS. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez; 1981.

Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Educação interprofissional y producción del cuidado: análisis de una experiencia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1675-84.

El objetivo de este artículo es presentar y analizar una experiencia de formación interprofesional que se realiza desde 2008, con estudiantes del tercer año de graduación de los cursos de Educación Física, Nutrición, Psicología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional de una universidad pública brasileña. A lo largo del semestre, equipos mixtos de estudiantes, supervisados por dúos de docentes, también de diferentes áreas profesionales, realizan atenciones semanales y elaboran proyectos de cuidado para personas/grupos seleccionados por equipos de los servicios. La metodología utilizada envolvió la producción de narrativas de situaciones señaladas vividas por docentes en las actividades de enseñanza, a partir de las cuales surgieron cuestiones que se plantean en esta propuesta de formación. La discusión de estas cuestiones mostró las potencialidades de intervenciones en común y los desafíos de la supervisión docente para mantener la experiencia de los estudiantes y posibilitar la constitución de una clínica que valore la perspectiva de los usuarios.

Palabras clave: Cuidado de salud. Supervisión. Equipos interdisciplinarios. Educación profesional. Docencia.

Submetido em 05/03/18. Aprovado em 04/07/18.

Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas

Ruth Ester Assayag Batista^(a)
Marina Peduzzi^(b)

Batista REA, Peduzzi M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1685-95.

Considering the dynamic and complex characteristic of emergency services, as well as the recommended collaborative interprofessional health practice, this study aims at identifying specific and shared functions of physiotherapists who work in this environment. A documentation analysis was used to map actions, and Delphi technique was carried out for consensus purposes. Twenty-six functions were identified: five of them were specific to physiotherapists, twelve were shared with doctors and nurses, and nine showed no consensus. On the one hand, this shows an expansion of the professions' scope of practice and constitution of common functions among all three professionals, particularly between physiotherapists and doctors. On the other hand, there are potential conflicts due to lack of a definition of one third of the functions. Professional boundaries are flexible, which can contribute to a comprehensive approach of the patients' needs and to effective collaborative teamwork.

Keywords: Interprofessional relationships. Patient care team. Collaborative behavior. Physiotherapy. Emergency service.

Consideradas a dinamicidade e complexidade dos serviços de emergência, bem como a recomendação de prática colaborativa interprofissional em saúde, este estudo foi desenvolvido para identificar as atribuições específicas e as compartilhadas dos fisioterapeutas que atuam nas equipes desses serviços. Foi realizada análise documental, para mapeamento das ações, e técnica Delphi, para consenso. Foram identificadas 26 atribuições, sendo cinco privativas do fisioterapeuta, 12 compartilhadas com médicos e enfermeiros e nove sem consenso. Isso mostra, de um lado, a ampliação do escopo de prática das profissões e a constituição de atribuições comuns entre os três profissionais, em especial entre fisioterapeutas e médicos. Por outro lado, também mostra que existem potenciais conflitos pela indefinição de um terço de atribuições. Há flexibilidade das fronteiras profissionais, o que pode contribuir para abordagem integral das necessidades dos pacientes e efetivo trabalho em equipe colaborativo.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente. Comportamento cooperativo. Fisioterapia. Serviço de emergência.

^(a) Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, Universidade Federal de São Paulo. Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04024-002. ruth. ester@unifesp.br

^(b) Departamento de Orientação Profissional, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. peduzzimarina@gmail.com

Introdução

A prática interprofissional colaborativa (PIC) tem sido recomendada mundialmente para a melhoria da qualidade assistencial e como alternativa para recomposição dos trabalhos especializados, pois é mais abrangente, tem melhor qualidade e é mais efetiva na assistência à saúde¹. Essa prática é um complexo processo, no qual os profissionais com formações distintas associam-se e compartilham *expertise*, conhecimento e habilidade com o propósito de prover um cuidado que tenha impacto na saúde dos indivíduos². Estudos demonstram a necessidade de trabalho colaborativo interprofissional para o alcance da assistência holística, centrada no paciente, com custo e qualidade adequados³. Entre os profissionais que atuam nas instituições de assistência à saúde, a PIC aumenta a satisfação dos pacientes e dos profissionais; é mais custo-efetiva; melhora os desfechos dos pacientes; e pode conduzir à melhoria da qualidade assistencial à saúde da população^{4,5}.

Os serviços de emergência (SE) podem ser vistos como o local no qual a PIC é essencial para a segurança do paciente e o desenvolvimento do cuidado efetivo, pois é um ambiente dinâmico, no qual há mudanças rápidas no estado clínico do paciente⁶. Nos SE, as equipes especializadas prestam assistência à pacientes de alta complexidade, o que torna as unidades de alto risco para ocorrência de erros, de modo que a comunicação, a colaboração e a coordenação se tornam essenciais para o cuidado efetivo^{7,8}.

Ressalta-se que, na atual situação dos SE, o aprimoramento da PIC poderia contribuir positivamente para a qualidade assistencial, porque essas unidades são um importante componente da assistência à saúde, tornando-se a porta de entrada para acesso à assistência com mais tecnologia. Isso se deve a diversos fatores, como o crescimento da demanda decorrente do aumento do número de acidentes de trânsito e da violência urbana⁹, a insuficiente estruturação da rede assistencial e a falta de leitos disponíveis para internação¹⁰, que contribuem para a sobrecarga dos SE^{11,12}.

A qualidade assistencial pode ser comprometida, pois estudos mostram associação entre a superlotação dos SE e o aumento da mortalidade nestes serviços¹³. Nesse cenário de superlotação, as atribuições não médicas nos SE têm aumentado, em resposta ao aumento da demanda e à necessidade de manter a qualidade assistencial¹⁴. Doenças ou agravos que deveriam ser tratados em serviços com nível de complexidade correspondente passaram a ser tratados nos SE, pois os pontos de atenção à saúde são isolados, fragmentados e com pouca comunicação, diminuindo a capacidade de a rede de atenção prestar assistência contínua à população¹⁵.

Historicamente, a equipe de trabalho nos SE era constituída por médicos e enfermeiros, capacitados para o atendimento de situações clínicas e cirúrgicas agudas. Nas últimas décadas, ela passou a incluir também o fisioterapeuta¹⁶, o que desencadeou intenso debate sobre os benefícios da inclusão desse profissional nestas equipes¹⁷⁻¹⁹.

A inclusão de novos profissionais na assistência ao pacientes do SE não se desdobra automaticamente em PIC. Esta, por sua vez, requer o estabelecimento de condições propícias, como efetiva comunicação; apropriada diversidade das competências dos componentes das categorias da equipe; flexibilidade de suas atribuições, respeitadas as especificidades de cada profissão; e cultura de trabalho em equipe com respeito mútuo, compromisso, confiança, camaradagem e compartilhamento de saberes, atividades e novas habilidades²⁰.

Também é destacada como necessária para a PIC a clareza das atribuições dos membros das equipes²⁰⁻²². Há conflitos relativos aos papéis das diversas profissões²³, gerados, principalmente, pelas rígidas fronteiras das atribuições profissionais e pelo desconhecimento do escopo de prática e responsabilidade de cada área^{23,24}, bem como pela dificuldade de contribuir com outros profissionais, rivalidades e ressentimentos entre as áreas de atuação²⁵.

Escopo de prática refere-se ao elenco de competências desenvolvidas durante a formação profissional de cada área, que permite sua mobilização diante de situações que requerem assistência profissional^{26,27}. Neste estudo, adota-se o referencial teórico de educação e prática interprofissional, em especial a tipologia de competências de Barr^{26,27}, que analisa, na perspectiva interprofissional, três tipos de competências: as complementares, que são específicas de cada área de atuação; as comuns, que são compartilhadas entre diversas categorias profissionais; e as colaborativas, que fundamentam

a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. Assim, existem áreas de sobreposição das atribuições profissionais em saúde que, por um lado, podem originar conflitos²⁸, mas, por outro, podem constituir parcerias entre profissionais que reconhecem simultaneamente as especificidades de cada área e a constituição de um campo comum e colaborativo de responsabilidades no cuidado em saúde.

Nesse contexto, fica demonstrado que a PIC requer o reconhecimento das atribuições de enfermeiros, fisioterapeutas e médicos que têm atuação mais intensa e frequente nas equipes de SE.

A proposição de analisar as atribuições do fisioterapeuta nos serviços de emergência está vinculada a um estudo mais amplo, que analisa as ações dos enfermeiros, fisioterapeutas e médicos das equipes assistenciais que atuam nos SE^(c), motivado pela necessidade de melhor compreender o trabalho interprofissional nos SE no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista maior integração no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Este estudo justifica-se pela contribuição que o mapeamento das atribuições dos profissionais no SE pode trazer para melhor atuação das equipes. O reconhecimento das ações específicas de cada profissão ajuda na clareza dos respectivos papéis e deve contribuir para uma relação interprofissional mais resolutiva e harmoniosa. A clareza de papéis também subsidiará a definição de objetivos comuns, que expressam um projeto assistencial integrado com impacto na qualidade da assistência ao paciente. No âmbito da educação profissional, este estudo deve contribuir para o planejamento acadêmico dos cursos de graduações em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, bem como da residência multiprofissional.

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e teve seu início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 55715116.5.0000.5392). Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O objetivo deste estudo foi mapear as atribuições específicas e compartilhadas dos fisioterapeutas que atuam em equipes de serviços de emergência.

Método

Trata-se de estudo transversal exploratório, realizado em duas fases, sendo que a primeira foi constituída por análise documental e a segunda utilizou a técnica Delphi.

Na análise documental, foram feitas a busca de documentos oficiais sobre regulação da atuação do fisioterapeuta nos SE, formação profissional e políticas pública acerca de SE no país. Nas diversas fontes consultadas, foram utilizadas as palavras-chaves “emergência” e/ou “urgência”, “atribuições”, “função”, “atividades” e “competências”. Foi realizada busca minuciosa por documentos em todas as janelas e *links* dos *sites* relacionados à regulação da Fisioterapia no Brasil, utilizando como critério de inclusão a referência às atribuições dos fisioterapeutas nos SE. A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2016.

A busca de documentos foi realizada a partir do ano de 2002, que corresponde ao ano de publicação do parecer 1.133 do Conselho Nacional de Educação/Câmara Superior de Educação e diz respeito às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia²⁹. As fontes utilizadas

^(c) Pesquisa mais ampla intitulada “Identificação das atividades comuns e específicas dos profissionais dos Serviços de Emergência e sua contribuição para prática interprofissional colaborativa”.

na coleta de dados para o tema relacionado à regulação da prática profissional do fisioterapeuta foram sites dos órgãos reguladores, como o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)³⁰, e os 16 sites dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)³¹. Informações sobre a formação profissional foram buscadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia²⁹, e sobre as políticas públicas, na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde³² e nos sites da Associação de Fisioterapeutas do Brasil³³, da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia³⁴ e da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia³⁵. Também foram feitas consultas à legislação do exercício da Fisioterapia no país – Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969, que regulamenta a profissão no Brasil³⁶ –; às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia²⁹, que descrevem as competências a serem construídas durante a graduação; e às Resoluções ou Portarias do COFFITO³⁰ e do CREFITO³¹.

Porém, a estratégia de busca descrita não permitiu identificar documentos sobre a regulação da especialização da Fisioterapia na área de emergência, assim como documentos que descrevessem a atuação dos profissionais nos SE, apesar do fisioterapeuta ter atribuições nesses serviços evidenciadas na literatura nacional e internacional³⁷⁻⁴¹.

Diante desse resultado negativo, optou-se por nova busca das atribuições listadas em áreas afins aos SE, como as fisioterapias cardiovascular, respiratória e de terapia intensiva, descritas no site do COFFITO³⁰. Excluídas as repetições, foram listadas as atribuições do fisioterapeuta nas três especialidades referidas e seguiu-se para próxima fase do estudo.

Na segunda etapa do estudo, as atribuições identificadas compuseram questionário para aplicação por meio da técnica Delphi, com objetivo de construção de consenso das atividades específicas e compartilhadas do fisioterapeuta nos SE.

A técnica Delphi permite obter consenso do grupo de *experts* na área do conhecimento sobre determinado fenômeno – neste caso, as atribuições dos fisioterapeutas em SE. Quanto ao número de *experts*, a literatura não menciona um número ideal, mas sugere um número mínimo de cinco como suficiente para o controle de concordância, recomendada entre 50% e 80%⁴². Neste estudo, definiu-se a obtenção de 80% de consenso e o número de sete *experts*, que foram selecionados por amostragem não probabilística denominada amostra por bola de neve, que utiliza cadeias de referência por meio de indicação de profissionais com atuação em SE⁴³. Os critérios para indicação era a experiência de no mínimo dois anos em SE e a aceitação na participação do estudo. Foi adotado esse sistema de seleção por não existir a especialidade de fisioterapia em emergência, o que impossibilitou a busca em base de dados de currículos. O primeiro contato foi realizado via e-mail com uma fisioterapeuta reconhecida por seus pares por sua experiência em Serviços de Emergência, tanto na assistência quanto na formação de novos profissionais.

O questionário enviado para os *experts*, por meio do Google® formulários, verificava se aquela atribuição era realizada pelo fisioterapeuta no SE; se fosse, o especialista deveria responder se aquela atribuição era privativa ou compartilhada com médicos, enfermeiros ou com ambos. Além dessas questões, continha uma pergunta aberta, para que o especialista acrescentasse atribuições não elencadas.

Resultados

A consulta ao site do COFFITO sobre ações executadas pelo fisioterapeuta nas áreas afins ao SE (fisioterapias cardiovascular, respiratória e de terapia intensiva) resultou na identificação de 54 atribuições do profissional.

Na segunda fase do estudo, o painel de *experts* foi constituído por sete juízes *experts*, em sua maioria homens (71,4%), com tempo médio de formação de sete anos, média de idade de 30,6 anos e de 4,7 anos em média de experiência em SE.

No formulário encaminhado aos *experts*, foram incluídas as 54 atribuições das áreas afins ao SE. Foram realizadas três rodadas, até a obtenção do consenso de 80%, tanto das atribuições privativas do fisioterapeuta quanto das compartilhadas com médicos e enfermeiros.

Das 54 atribuições, foram excluídas 38 e incluídas dez, que foram sugeridas pelos *experts*, resultando em 26 atribuições, sendo cinco privativas do fisioterapeuta (Quadro 1), seis compartilhadas com médicos e enfermeiros (Quadro 2), uma compartilhada com enfermeiros, cinco compartilhadas com médicos (Quadro 3) e, em nove atribuições, não houve consenso quanto ao reconhecimento de ações privativas ou compartilhadas (Quadro 4).

Quadro 1. Atribuições privativas dos fisioterapeutas no serviço de emergência

Prescrever e executar a intervenção fisioterapêutica cardiovascular, respeitando os limites clínicos de segurança
Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico
Prescrever e empregar métodos, técnicas e/ou recursos fisioterapêuticos adjuvantes, sempre que julgar benéfico
Determinar as condições de alta fisioterapêutica em nível hospitalar e prescrevê-las
Registrar em prontuário dados sobre avaliação, diagnóstico, prognóstico, intervenção, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Quadro 2. Atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com enfermeiros e médicos no serviço de emergência

Gerenciar a ventilação espontânea, a oxigenoterapia, a inaloterapia, o suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, bem como a via aérea natural e/ou artificial
Trabalhar em equipe multiprofissional na reabilitação de indivíduos com disfunções cardiovasculares e metabólicas
Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico
Interpretar exames complementares
Aplicar medidas de prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar
Participar da equipe e dos procedimentos de suporte à vida

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

A única atribuição compartilhada somente com enfermeiros foi a realização do posicionamento no leito para favorecer a mecânica respiratória.

Quadro 3. Atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com médicos no serviço de emergência

Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a realização do desmame e extubação do paciente em suporte ventilatório invasivo
Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasivo e as condições de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para sua retirada
Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico
Favorecer controle gasométrico por meio de ajustes ventilatórios invasivos e não invasivos
Identificar assincronia entre paciente e ventilador por meio da avaliação e monitorização gráfica do ventilador

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Quadro 4. Atribuições realizadas pelo fisioterapeuta no serviço de emergência que não obtiveram consenso entre os especialistas quanto a serem específicas ou compartilhadas

Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, condicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico.
Favorecer a dessensibilização para realização da ventilação não invasiva
Realizar avaliação físico-funcional e monitorização de indivíduos com disfunção cardiovascular, metabólica e/ou musculoesquelética
Conhecer as respostas cardiorrespiratórias e vasomotoras à mudança postural, ao esforço físico e às demais intervenções fisioterapêuticas e monitorá-las durante as atividades propostas
Estimular nível de consciência por meio de estímulos proprioceptivos e alterações posturais
Estimular conscientização temporal e espacial
Corrigir assincronia entre o paciente e ventilador
Estabelecer a capacidade funcional cardiorrespiratória e estratificar o risco cardiovascular do indivíduo
Manter a amplitude de movimento por meio de posicionamento, mobilização passiva, ativoassistida e ativa no leito

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Discussão

Este estudo exploratório buscou identificar as atribuições dos fisioterapeutas nos SE com vistas à PIC. A clareza das atribuições das profissões que atuam no SE é necessária para diminuir os conflitos, a fragmentação das ações de cuidado e a sua consequente omissão, repetição e/ou desperdício de recursos, melhorando a qualidade assistencial e possibilitando uma assistência holística orientada pelas necessidades de saúde dos pacientes^{3,21}.

No Brasil, o exercício de qualquer profissão da área da saúde requer qualificação profissional estabelecida por lei. A Fisioterapia foi regulamentada pela publicação do Decreto-Lei 938, em 13 de outubro de 1969³⁶, de acordo com a Constituição Federal, em seu Artigo 22, inciso XVI, que estabelece como competência privativa à União legislar sobre a organização das profissões. No entanto, essa função foi delegada aos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, como o COFFITO³⁰, no caso da Fisioterapia.

Como críticas a esse modelo de regulação das profissões, citam-se o prevaletimento dos interesses corporativos, que, muitas vezes, não atendem as necessidades de saúde da população brasileira e do SUS; e a legislação, que conserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, que podem disseminar conflitos, promovendo a competição entre as profissões de saúde⁴⁴. Contrapondo ao que este sistema fomenta, a prática colaborativa necessita que diferentes categorias profissionais da saúde trabalhem regularmente juntas, para resolver problemas dos usuários dos serviços e prestar assistência^{1,3}. Na PIC prática, há necessidade de negociações regulares entre os indivíduos, pois é frequente os profissionais terem conhecimento limitado da atuação, das competências e das responsabilidades das demais áreas⁴⁵.

A modificação do escopo profissional tem ocorrido em diversas profissões ao redor do mundo. Nos Estados Unidos, a Health Professions Regulation destaca a importância dessas mudanças para melhorar o acesso da população à atenção à saúde, tendo assistência mais custo-efetiva e com melhor qualidade. No país, o escopo profissional é definido pelo Estado, que determina as atribuições e condições de trabalho dos profissionais na assistência, além de definir os requerimentos para educação e treinamento, certificações, licenças e supervisão⁴⁶. Ressalta-se que um escopo restritivo de prática é uma barreira à assistência à população.

Outros fatores que podem interferir no desenvolvimento da prática colaborativa nas instituições de saúde são as incipientes iniciativas educacionais, que desenvolvem as capacidades colaborativas nos estudantes⁴⁷. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional descrevem a atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, com extrema produtividade na promoção da saúde, baseada na convicção científica de cidadania e de ética, como competência a ser desenvolvida no discente durante a graduação²⁹.

Apesar da inexistência do reconhecimento pelo COFFITO da especialidade dos fisioterapeutas para atuação nos SE, os profissionais têm várias atribuições nessas unidades, tanto no Brasil quanto no exterior³⁷⁻⁴¹.

Entre as atribuições específicas dos fisioterapeutas, constam prescrição e emprego de métodos, técnicas ou recursos fisioterapêuticos; diagnóstico, prognóstico e alta da Fisioterapia; e registro em prontuário. Tais atribuições estão de acordo com as regulamentadas pelo Decreto-Lei 938, que estabelece como atividade privativa do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterápicas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente³⁶.

As atribuições que foram citadas como compartilhadas com médicos e enfermeiro são, na maioria, relacionadas à monitorização da via aérea natural ou artificial e a cuidados de ventilação mecânica. A literatura nacional e internacional corroboram esse achado, demonstrando que o trabalho é compartilhado entre esses três profissionais^{48,49}. O trabalho colaborativo e a comunicação entre os três profissionais são fundamentais no desmame do paciente do respirador, devendo-se combinar o conhecimento subjetivo do paciente com seus dados clínicos, o equilíbrio entre protocolos e necessidades individuais e a análise de aspectos físicos e psicológicos durante o desmame⁴⁹.

Em relação à participação do fisioterapeuta nos procedimentos de suporte à vida, também se encontra na literatura que a reanimação cardiopulmonar deve ser realizada pela equipe multiprofissional e que a assistência respiratória, que é uma das principais intervenções destes profissionais nos SE, é de fundamental importância para o sucesso dessa medida terapêutica⁵⁰.

Em relação à adoção de medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência a saúde, a adesão de todos os profissionais da saúde é fundamental para a manutenção da segurança do paciente⁵¹.

Apesar da ausência de consenso sobre o compartilhamento de algumas atribuições, este estudo foi interrompido, considerando que, usualmente, três rodadas da técnica Delphi⁴² são suficientes para a obtenção de consenso possível no momento e no contexto da pesquisa e entendendo que as mudanças da prática do fisioterapeuta nos SE estão em curso no país e no cenário internacional, sendo influenciadas pelas características e pela cultura organizacional da instituição na qual estão inseridos os profissionais.

A limitação deste estudo referiu-se à inexistência da especialidade de fisioterapia em SE, sendo preciso buscar suas atribuições em áreas afins, e isso pode ter levado à omissão de algumas atividades realizadas pelo fisioterapeuta, como a atuação com pacientes com lesões musculoesqueléticas periféricas ou as manobras para alívio da dor lombar, citadas na literatura internacional e não referidas pelos juízes que participaram deste estudo^{52,53}. Considera-se que a técnica Delphi foi uma escolha correta para este estudo, sobretudo pela escassez de publicações sobre o tema.

Conclusão

Foram identificadas 26 atribuições, cinco privativas do fisioterapeuta, 12 compartilhadas com médicos e/ou enfermeiros e nove sem consenso. Isso mostra, de um lado, a ampliação do escopo de prática das profissões e a constituição de atribuições comuns entre os três profissionais, em especial entre fisioterapeutas e médicos. De outro, mostra também a existência de potenciais conflitos pela indefinição de um terço de atribuições.

A identificação das atribuições do fisioterapeuta específicas e compartilhadas com médicos e enfermeiros no SE evidencia a flexibilidade das fronteiras profissionais, que possibilita maior acesso e melhoria da abordagem integral e da qualidade da atenção à saúde, visto que mais pacientes podem ser atendidos, com maior colaboração entre os três profissionais envolvidos na assistência. O remodelamento das profissões também representa oportunidade de mudança no modelo de atenção na perspectiva interprofissional colaborativa e centrada no paciente e família.

Esse compartilhamento de atribuições com enfermeiros e médicos demonstra um movimento em duas direções: por um lado, o reconhecimento de competências comuns e da prática interprofissional; de outro, a ampliação do escopo de prática das profissões que compõem a equipe de emergência.

Entende-se que ambos os movimentos permitem ampliar o acesso aos serviços com qualidade e maior integração e colaboração.

O melhor entendimento das necessidades dos pacientes pode conduzir os profissionais a um desempenho com fronteiras mais flexíveis e orientadas para atingir melhor qualidade assistencial, maior satisfação dos pacientes, maior satisfação no trabalho e o uso mais adequado sem desperdícios de recursos. Porém, para que isso aconteça, além da ampliação do escopo de prática das profissões, também são necessárias modificações na educação dos profissionais de saúde, com ênfase na educação interprofissional e no sistema de regulação das profissões, no sentido de incorporarem o trabalho colaborativo.

Contribuições dos autores

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Soc Sci Med*. 2009; 69(5):707-15.
2. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007; 29(8):735-51.
3. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 28(3):CD002213.
4. Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as essential component of high- reliability organization. *Health Serv Res*. 2006; 41(4 Pt 2):1576-98.
5. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based intervention on professional practice healthcare outcomes: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 22(6):CD000072.
6. Jacobson PM. Canadian health services research foundation and Canadian nurses association. Evidence synthesis for the effectiveness of interprofessional teams in primary care. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 2012.
7. Nembhard IM, Edmondson A. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Organ Behav*. 2006; 27(7):941-66.
8. Gilardi S, Guglielmetti C, Pravettoni G. Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency department. *J Adv Nurs*. 2014; 70(6):1299-309.
9. Buja A, Toffanin R, Rigon S, Sandonà P, Carrara T, Damiani G, et al. Determinants of out-of-hours service users' potentially inappropriate referral or non-referral to an emergency department: a retrospective cohort study in a local health authority, Veneto Region, Italy. *BMJ Open*. 2016; 6(8):e011526.

10. Forero R, Hillman K. Access block and overcrowding: a literature review. Prepared for the Australasian College for Emergency Medicine. Sydney: University of New South Wales; 2008.
11. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNeil JJ. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J.* 2011; 28(5):373-7.
12. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para a qualificação do planejamento e da oferta dos serviços. *Physis.* 2013; 23(2):345-69.
13. Sprivilis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006; 184(5):208-12. Erratum in: *Med J Aust.* 2006; 184(12):616.
14. Hoskins R. Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *J Adv Nurs.* 2012; 68(8):1894-903.
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
16. Kilner E, Sheppard L. The 'lone ranger': a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. *Physiotherapy.* 2010; 96(3):248-56.
17. Anaf S, Sheppard LA. Lost in translation? How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department. *Physiotherapy.* 2010; 96(2):160-8.
18. Werle RW, Kutchak F, Piccoli A, Rieder MM. Indicações para inserção do profissional fisioterapeuta em uma unidade de emergência. *ASSOBRAFIR Cienc.* 2013; 4(1):33-41.
19. Cordeiro AL, Lima TG. Fisioterapia em unidades de emergência: uma revisão sistemática. *Rev Pesqui Fisioter.* 2017; 7(2):276-81.
20. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health.* 2013; 11(1):19.
21. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: CIHC; 2010.
22. World Health Organization. Health professions networks nursing & midwifery human resources for health. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
23. Mitchell R, Parker V, Giles M, White N. Review: toward realizing the potencial of diversity in composition of interprofessional health care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med Care Res Rev.* 2009; 67(1):3-26.
24. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care.* 2011; 25(1):4-10.
25. Costa RK, Enders BC, Menezes RM. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Cienc Cuid Saude.* 2008; 7(4):530-6.
26. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
27. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care.* 1998; 12(2):181-7.
28. Brown J, Lewis L, Ellis K. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care.* 2011; 25(1):4-10.

29. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia [Internet]. Diário Oficial da União. 2 Mar 2002 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.
30. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia [Internet]. Brasília: COFFITO; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2339.
31. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Endereços, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª à 16ª Região [Internet]. Brasília: COFFITO; 2017 [citado 2 Out 2017]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=51.
32. Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>.
33. Associação de Fisioterapeutas do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: ABF; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://www.afb.org.br/site/index.php>.
34. Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (ABRAPG-Ft) [Internet]. São Carlos: ABRAPG; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://www.abrapg-ft.org.br/site>.
35. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) [Internet]. Natal: ABENFISIO; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://abenfisio.com.br>.
36. Presidência da República (BR). Decreto-Lei Nº 938, de 13 de Outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 13 Out 1969 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10938.htm.
37. Ogawa KY, Diniz JS, Frigeri LB, Ferreira CA. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. *Mundo Saude*. 2009; 33(4):457-66.
38. Taquary SA, Ataíde DS, Vitorino PV. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. *Fisioter Pesqui*. 2013; 20(3):262-7.
39. Vieira L, Burtin C, Figueiredo L, Garbero R, Castro J, Luque A. Cost-analysis of a physiotherapy program, focused on early mobility and managed protocols of non-invasive ventilation and weaning from mechanical ventilation, in a clinical emergency department. *Eur Respir J*. 2016; 48:OA4815.
40. Lamb SE, Gates S, Williams MA, Williamson EM, Mt-Isa S, Withers EJ, et al. Managing injuries of the neck trial (MINT). Emergency department treatments and physiotherapy for acute whiplash: a pragmatic, two-step, randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 381(9866):546-56.
41. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J Physiother*. 2016; 62(4):209-14.
42. Gracht HA. Consensus measurement in delphi studies review and implications for future quality assurance. *Technol Forecast Soc Change*. 2012; 79(8):1525-36.
43. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*. 2014; 22(44):203-20.
44. Ministério de Saúde (BR). Câmara de regulação de trabalho em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

45. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional. *J Interprof Care*. 2011; 25(2):98-104.
46. Health Workforce Technical Assistance Center. Health professions regulation in the U.S. [Internet]. New York: HWTAC; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://www.healthworkforceta.org/resources/health-professions-regulation-in-the-u-s/>.
47. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
48. Danckers M, Grosu H, Jean R, Cruz RB, Fidellaga A, Han Q, et al. Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. *J Crit Care*. 2013; 28(4):433-41.
49. Rose L, Dainty KN, Jordan J, Blackwood B. Weaning from mechanical ventilation: a scoping review of qualitative studies. *Am J Crit Care*. 2014; 23(5):e54-70.
50. Santana LS, Lopes WS, Queiroz V. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. *Cienc Prax*. 2014; 7(13):49-54.
51. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA; 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
52. Calthorpe S, Barber EA, Holland AE, Kimmel L, Webb MJ, Hodgson C, et al. An intensive physiotherapy program improves mobility for trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014; 76(1):101-6.
53. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011; 97(2):107-14.

Batista REA, Peduzzi M. Práctica interprofesional colaborativa en el servicio de emergencia: atribuciones privativas y compartidas de los fisioterapeutas. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1685-95.

Considerando el dinamismo y la complejidad de los servicios de emergencia, así como la recomendación de práctica colaborativa interprofesional en salud, se desarrolló este estudio para identificar las atribuciones específicas y compartidas de los fisioterapeutas que actúan en los equipos de estos servicios. Se realizó análisis documental para el mapeo de las acciones y la técnica Delphi para consenso. Se identificaron 26 atribuciones, siendo cinco de ellas específicas del fisioterapeuta, 12 compartidas con médicos y enfermeros y nueve sin consenso. Eso muestra, por un lado, la ampliación del alcance de práctica de las profesiones y la constitución de atribuciones comunes entre los tres profesionales, en especial entre fisioterapeutas y médicos. Por el otro, hay potenciales conflictos debido a la indefinición de un tercio de las atribuciones. Hay flexibilidad de las fronteras profesionales, lo que puede contribuir para un abordaje integral de las necesidades de los pacientes y el efectivo trabajo en equipo colaborativo.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Equipo de asistencia al paciente. Comportamiento cooperativo. Fisioterapia. Servicio de emergencia.

Submetido em 07/11/17. Aprovado em 29/05/18.

Práticas colaborativas nas urgências em Saúde:

a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil*

Wilton Nascimento Figueredo^(a)

Renata Meira Veras^(b)

Gilberto Tadeu Reis da Silva^(c)

Gustavo Marques Porto Cardoso^(d)

Figueredo WN, Veras RM, Silva GTR, Cardoso GMP. Collaborative practices in emergency services in Health: the interprofessionality of the "PermanecerSUS" Program, Health Department of the State of Bahia, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1697-704.

This article presents and discusses the PermanecerSUS Program a proposal of interprofessional education to the formation in Health. It has a qualitative approach in the perspective of Institutional Ethnography. The discussion focuses on the content registered in the field diary constructed by the researcher-ethnographer during participant observation sessions carried out at the urgent care units of two hospitals located in the city of Salvador, State of Bahia, Brazil. The results suggest that the program develops competencies such as teamwork, intercommunication and joint solution of problems among students, and integrates education and work. However, the challenges of the PermanecerSUS are based on improving the communication relationship between interns and service professionals and investing in the education of internship preceptors, with perspectives of changes in practices and impacts on the quality of care in health services.

Keywords: Interprofessional education. Interprofessional collaboration. Teamwork. Collaborative learning.

Este artigo apresenta e discute o Programa PermanecerSUS como uma proposta de educação interprofissional (EIP) à formação em Saúde. Possui abordagem qualitativa, sob a perspectiva da Etnografia Institucional (EI). A discussão se respalda no conteúdo registrado no diário de campo construído pelo pesquisador-etnógrafo durante a observação participante em duas unidades de urgência hospitalar, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Os resultados sugerem que o programa desenvolve competências como o trabalho em equipe, a intercomunicação e a solução de problemas em conjunto entre os estudantes; e proporciona integração educação e trabalho. Entretanto, os desafios do PermanecerSUS estão pautados em proporcionar melhorias na relação comunicacional entre os estagiários e profissionais do serviço e investir na formação dos preceptores do estágio, com perspectivas de mudanças das práticas e impactos à qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Colaboração interprofissional. Trabalho em equipe. Aprendizado colaborativo.

* Este artigo é parte dos resultados de pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) sob termo de outorga PPP 057/2011.

^(a) Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama s/n, 7o andar, Canela. Salvador, BA, Brasil. 40110-907. wilton.figuereedo@ufba.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. renata.veras@ufba.br

^(c) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. gilberto.tadeu@ufba.br

^(d) Colegiado de Educação Física, Faculdade Nobre. Feira de Santana, BA, Brasil. gugampc@hotmail.com

Introdução

O modelo público de assistência à saúde no Brasil exige formação de profissionais capacitados para trabalhar em equipe e preparados para enfrentar os desafios do sistema de saúde contemporâneo.

Para Almeida Filho et al.¹, entre os principais desafios na área da formação em saúde, encontramos a fragmentação do ensino em disciplinas, a organização da academia/serviços em departamentos, a divisão técnica do trabalho e a valorização da especialização, o que diverge, portanto, do pensamento complexo e do cuidado integral à saúde propostos por Morin² e Lalonde³, respectivamente.

Segundo Batista⁴, a formação para integralidade do cuidado e do pensamento complexo traduzem a compreensão de que a prática em saúde demanda um trabalho que transcende os afazeres individualizados de cada profissão, assumindo a importância da equipe. Esse tipo de configuração possibilita a cooperação para o exercício de práticas transformadoras.

Contudo, conforme nos aponta Frenk et al.⁵, em quase todos os países a formação não tem sido capaz de superar as desigualdades no campo da Saúde, principalmente por causa da rigidez curricular, das dificuldades profissionais, da pedagogia estática, da falta de adaptação às necessidades sociais e do mercantilismo nas profissões.

Nesse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, publicou o documento *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*⁶, no qual ratificou que, para o alcance da agenda da saúde global, há a necessidade em maximizar o potencial dos profissionais de saúde por meio de uma colaboração entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, suscitando perspectivas de desenvolvimento de EIP nas universidades e nos centros de pesquisas.

Por EIP, a OMS⁶ define como o aprendizado entre duas ou mais profissões com a finalidade de promover e alcançar resultados positivos. Já a prática colaborativa é a aplicação desse aprendizado nas mais diversas ações em benefício dos pacientes e de suas famílias.

Nesse sentido, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), em parceria com três instituições de ensino superior da Bahia, desenvolveu um projeto de reorientação da formação em saúde a partir da Política Nacional de Humanização (PNH)⁷, pautado na potencialização do acolhimento de práticas humanizadas nos serviços de saúde, do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional entre os futuros profissionais da saúde: o PermanecerSUS.

O objetivo deste estudo é, portanto, apresentar e discutir o programa PermanecerSUS como uma proposta de educação interprofissional para formação em Saúde.

De projeto à programa: o PermanecerSUS

Em 2007, a Sesab, por meio da consolidação do Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES-BA) 2008-2011⁸, criou a linha de ação para fortalecer a gestão do trabalho e da educação permanente em saúde. Dentre outras ações estratégicas, destacamos a implementação do dispositivo do acolhimento presente na PNH (HumanizaSUS) em sete unidades hospitalares da rede própria, por meio do projeto PermanecerSUS.

Finalmente, o “Compromisso 9 – Expandir, qualificar e humanizar a rede de urgência e emergência no SUS-BA”⁹ (p. 131), do PES-BA 2012-2015, efetivou o PermanecerSUS como programa e o inseriu em maternidades, urgências e emergências de hospitais da rede estadual.

Assim, a criação do programa PermanecerSUS, em 2008, teve como objetivo central proporcionar vivência aos estudantes da área da Saúde nesses espaços e contribuir para a melhoria dos atendimentos.

No momento, os estudantes são provenientes dos cursos da área da Saúde, como Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Saúde Coletiva de diversas universidades e faculdades do estado da Bahia. São regidos por um contrato de estágio extracurricular por vinte horas semanais (16 horas práticas e quatro em educação permanente), recebem bolsa-auxílio de R\$ 455,00 e transporte, sendo direcionados aos serviços em grupos de cinco a seis membros e sob a supervisão de um

preceptor, que mantém vínculo profissional com a unidade de saúde. Assim, como está disposto no texto-base regimental do PermanecerSUS, há preocupação da coordenação do programa em mesclar os grupos de estágio com as diversas áreas do conhecimento, concebendo uma prática interprofissional.

Cabe-nos ressaltar que esses estagiários utilizam a sua prática para a escuta, afastando-se de procedimentos clínicos e técnicos, com o objetivo de enxergar, compreender e dirimir as situações-problemas que interferem diretamente no atendimento humanizado na rede de atenção à saúde.

Durante os encontros de educação permanente, os estudantes discutem sobre situações diversas, abordando conhecimentos teóricos, políticos e filosóficos, e, sobretudo, compartilhando suas experiências enquanto equipe de saúde.

Outra particularidade pauta-se na dinâmica cotidiana das vivências. Os estudantes, ao chegarem às sete horas para o plantão matutino e uma hora para o vespertino, concentram-se na sala de apoio do programa, discutem os atendimentos realizados do dia anterior e traçam objetivos para o dia corrente. No fim da jornada, são convidados a registrar no livro de ocorrências os atendimentos e encaminhamentos realizados.

Ainda sobre a dinâmica cotidiana, destacamos o trabalho desenvolvido pelos estudantes no decorrer da sua prática: geralmente, posicionam-se em lugares estratégicos, como na recepção ou no espaço de pré-atendimento. No primeiro momento, o estagiário observa a demanda do usuário no local de realização da ficha de atendimento. Posteriormente, realiza o acolhimento por meio da escuta ampliada, buscando outros dados, como a história pregressa, social e de saúde e doença de cada indivíduo. Em posse dessas informações, direciona o usuário para o ambiente de atendimento com o profissional de saúde ou indica outro local/unidade de saúde mais adequado para a resolução do problema. O estagiário acompanha o desenvolvimento, a internação e, conseqüentemente, a alta hospitalar daqueles que terão sua demanda atendida na unidade de saúde em que estão.

Por fim, atualmente, o PermanecerSUS está presente em mais de 15 unidades da rede própria de atendimento da Sesab, desde a atenção básica à alta complexidade, e já capacitou, desde 2008, aproximadamente, novecentos estudantes.

Método, locais e percurso da pesquisa

Por entender a saúde como um campo transdisciplinar¹⁰, que necessita de objetos, práticas e de pesquisas apoiadas em outras ciências de cunho antropológico¹¹, optamos por trabalhar com a pesquisa de campo etnográfica, com abordagem qualitativa, sob a perspectiva da EI.

A EI direciona sua investigação para a ocorrência das relações sociais na experiência cotidiana das instituições. Por meio do mapeamento das interconexões entre os aspectos locais da vida cotidiana e os processos de administração governamentais, busca-se relacionar os “textos” (normas, leis) previamente construídos com o fazer diário das pessoas^{12,13}. Assim, a EI permite realizar uma análise crítica sobre as relações de poder e das práticas normatizadas presentes nas instituições de saúde, além de contribuir para a formação de uma consciência política dos indivíduos, colaborando para o aumento da reflexão crítica das relações cotidianas no mundo, que envolvem poder e dominação.

Destacamos que esse trabalho é parte do projeto maior “PermanecerSUS: análise dos efeitos de sua implantação para trabalhadores da saúde, usuários e acadêmicos” desenvolvido pelo grupo de pesquisa Promoção e Qualidade de Vida do Instituto de Artes, Ciências e Humanidades Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia, entre os anos de 2011 a 2015, e contou com diversas técnicas de coletas de dados: técnica documental, entrevista semiestruturada, grupos focais, observação participante e diário de campo. Contudo, para esse manuscrito, utilizamos os registros do diário de campo durante a observação participante, no período compreendido entre setembro de 2013 a janeiro de 2014 durante as manhãs e tardes em dias úteis, no pronto-socorro (urgência) adulto de dois hospitais gerais públicos, localizados na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Denominamos tais locais como Hospital A e Hospital B. Essas instituições se caracterizam por atender a demanda espontânea e referenciada e possuir diversas especialidades clínicas. O Hospital A é exclusivo para adultos, enquanto o Hospital B atende adultos, urgência pediátrica, obstetrícia e maternidade de alto risco. Em cada hospital, para a observação participante, dispusemos de, aproximadamente, um mês e 15 dias.

Ademais, as reflexões aqui trazidas sustentam-se essencialmente na escuta de conversas, situações vividas, comentários informais e do próprio desenvolver das relações, registrados no diário de campo. Conforme Weber¹⁴, o diário de campo “é um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir dia após dia ao longo de toda a experiência etnográfica” (p. 157).

Para as anotações da observação participante, não foi utilizado nenhum aparelho gravador, apenas o registro em papel, que posteriormente foi transcrito em documento eletrônico no Microsoft Word® 2013. A construção do diário de campo seguiu o agir das situações; contudo, tínhamos como objetivo principal analisar os impactos do Programa PermanecerSUS para a formação do estudante, futuro profissional de saúde. Assim, voltávamos o nosso olhar para algumas questões centrais, como: Como acontece o trabalho em equipe? Existe colaboração? De que forma o estudante percebe a importância do programa para a sua formação? Existe escuta ao usuário de saúde? As demandas do usuário são atendidas com qualidade? O profissional de saúde compreende as ações do Programa PermanecerSUS?

A pesquisa foi aprovada sob o número 002-11 do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia e seguiu as exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Notas sobre o PermanecerSUS e a interprofissionalidade

Hoje é o quinto dia de observação! Ao transitar pela emergência, percebi um fluxo intenso, macas pelos corredores e vários pacientes aguardando internação. Chegando à sala do PermanecerSUS, estavam todos os estagiários reunidos, discutindo sobre os atendimentos do dia anterior. Um relato me chamou a atenção: uma estudante de Fisioterapia sinalizou a dificuldade que sentiu em solucionar um problema simples de transferência do paciente, com leito já reservado em outra unidade, devido ausência de sinais vitais na ficha inicial, sendo que o profissional do dia se recusava atualizar o relatório, alegando ser obrigação de quem o atendeu no dia da admissão. Depois de algum tempo e com a ajuda de um outro estudante, conseguiram transferir o paciente. (Diário de Campo – Hospital B)

Conforme destacamos no trecho relatado, uma das estratégias adotadas pelo PermanecerSUS é a discussão dos casos atendidos, oportunizando a compreensão dos eventos individuais com as possibilidades de solução e intervenção em equipe. Para Batista⁴, esse tipo de proposta reitera a importância da discussão dos papéis profissionais, do trabalho em equipe, do compromisso na solução de problemas e da negociação na tomada de decisão, traduzidas como características marcantes da educação interprofissional.

Durante a observação participante, foi possível apreender que os estudantes percebem a importância do PermanecerSUS como indutor de práticas colaborativas e do trabalho em equipe, pois valoriza as diferentes profissões, compreende suas peculiaridades e as integram como parceiras na construção do sistema de saúde. Nesse sentido, Barros e Ellery¹⁵ acentuam que a prática do trabalho em equipe só será colaborativa quando houver vivências cotidianas e maior integração entre ensino e trabalho nos centros de formação. Por fim, enquanto proposta de estágio extracurricular para formação, o PermanecerSUS reafirma e suscita nos estudantes a necessidade de incorporar em suas práticas a atenção integral à comunidade, constituindo-se, portanto, como alternativa entre ensino e trabalho.

Acabei de presenciar um caso no corredor: mulher, aproximadamente 50 anos, chegou relatando dores de cabeça, após o atendimento com o médico foi orientada a procurar o serviço de Atenção Básica de seu bairro e fazer acompanhamento com profissional de saúde. A paciente saiu da sala [em voz alta], queixando-se que tivera sido negligenciado atendimento. Após abordagem e esclarecimentos sobre os atendimentos hospitalares, por dois estagiários do PermanecerSUS, a paciente compreendeu o estado, gravidade, de sua patologia e se comprometeu a buscar atendimento na rede básica. (Diário de Campo – Hospital B)

Konder e O'Dwyer¹⁶ constataram que, no Brasil, um dos grandes problemas dos serviços de urgências hospitalares é a superlotação. Dentre as causas, destacam-se problemas estruturais, políticos, de gestão e de falta de comunicação dos (entre) profissionais da saúde. Podemos comprovar o problema de falta de comunicação por meio do relato da observação participante acima. Certamente, se o profissional que atendeu a usuária tivesse sanado suas dúvidas, ou talvez conduzido para outros colegas, a exemplo dos estagiários do PermanecerSUS, ou ainda se houvesse uma pré-escuta qualificada, como Atendimento com Classificação de Risco (ACCR), evitaria o desgaste emocional e a insatisfação da usuária.

De acordo com Inoue et al.¹⁷, a ACCR emergiu da Política Nacional de Atenção às Urgências¹⁸ e se caracteriza como um método que classifica os usuários de acordo com a gravidade do seu caso, reorienta o processo de triagem e possibilita atendimento por prioridades.

Tecidas breves considerações e resguardadas discussões acerca da ACCR, verificamos que o fluxo do atendimento no Hospital B diverge do A:

Permaneci próximo a uma fila que se formava onde estavam alguns pacientes aguardando atendimento. Após ouvir queixas de demora, voltei a atenção à conversa entre duas senhoras: a última que chegava sozinha se queixava de fortes dores no abdômen, o que fez com que a outra, ao perceber que não estava com a ficha de atendimento em mãos, orientasse a procurar um dos estagiários do PermanecerSUS. Este, por sua vez, direcionou a usuária ao lugar correto, para realização da triagem e deste para consequente atendimento de prioridade. (Diário de Campo Hospital A)

No evento acima, evidenciamos que aqueles usuários que chegam ao serviço sozinhos não encontram direcionamento: são eles que construirão o seu próprio itinerário dentro do pronto-socorro hospitalar, o que pode ocasionar contratemplos, como insatisfação, superlotação e até mesmo complicações para o tratamento. Outrossim, os direcionamentos por meio da escuta e do acolhimento pelo estagiário do PermanecerSUS permitem a possibilidade de maior satisfação dos usuários e, conseqüentemente, maior fluidez dos serviços na urgência.

Nessa perspectiva, os estudos de Morphet et al.¹⁹ e Jakobsen et al.²⁰ comprovaram que equipes interprofissionais, quando incentivadas a trabalhar juntas, reduzem a admissão hospitalar, aumentam a avaliação positiva de atendimento e desenvolvem competências e habilidades essenciais – como a comunicação – nos serviços de saúde. Assim, a prática colaborativa e o trabalho em equipe, realizados no PermanecerSUS, como estratégias da EIP podem romper os desafios que se encontram na dimensão relacional entre os profissionais de saúde, gestores e usuários nas urgências hospitalares.

Em contrapartida, alguns profissionais efetivos das urgências dos Hospitais A e B não enxergam os estagiários do PermanecerSUS como facilitadores e integrantes da assistência de saúde, o que sugere a não compreensão da efetividade do trabalho em equipe, da prática colaborativa e da interprofissionalidade como ferramentas que auxiliam na dinamicidade do seu trabalho, conforme observamos nos seguintes eventos:

É o meu 22º dia! Como de comum na passagem do plantão entre os estagiários, foi discutida a dificuldade que os mesmos possuem em se relacionar com um dos coordenadores médico do pronto-socorro. Um estudante do curso de Medicina se posicionou contrário à unanimidade do grupo, relatando que sempre é bem recebido. Nessa hora, uma estudante de Serviço Social interferiu: “você é bem-atendido porque, diferente de nós, você usa jaleco branco, com o símbolo de Medicina”. (Diário de Campo – Hospital B)

Curioso com a situação, fui, informalmente, questionar a um estagiário de Medicina o porquê dele usar jaleco branco, divergindo dos outros estagiários, que utilizam jaleco azul, próprio do PermanecerSUS. A resposta que obtive é que recebia maior atenção por parte dos profissionais e dos usuários e que a preceptora não se opunha a tal prática. (Diário de Campo – Hospital A)

Além da não aceitação dos estagiários pelos profissionais, os dois relatos da observação participante deflagram questões essenciais que divergem da integralidade do cuidado e da educação interprofissional.

A primeira é o reconhecimento de um modelo de atenção à saúde centrada ainda na figura do profissional médico, descaracterizando outros profissionais, também necessários ao sistema de saúde. Nesse sentido, Koifman²¹ nos alerta de que o desenvolvimento da Medicina moderna tem influenciado um processo de trabalho profissional autônomo e individualista. Em outra perspectiva, os estudos de Silva et al.²² reiteram a ausência de comunicação entre esses profissionais com os demais, item essencial para uma relação interprofissional de qualidade.

A segunda é o papel do preceptor do estágio, essencial para o processo de (re)formação e direcionamento dos objetivos do PermanecerSUS. Sobre o preceptor, Correa et al.²³ apontam que uma das suas funções é a construção de soluções para os problemas surgidos em campo durante a prática de saúde. Os mesmos autores reiteram que os preceptores, em sua maioria, são exímios profissionais técnicos do trabalho que executam na sua área de formação na graduação, como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e ou médicos. Contudo, um dos problemas é a capacitação pedagógica, no sentido de promover um processo ensino-aprendizagem que ultrapasse o modelo de transmissão de conhecimento, promova a reflexão sobre as práticas em saúde, favoreça a emancipação dos sujeitos e sobretudo reflita sobre os processos de trabalho.

Ainda sobre os dois relatos, sabendo que não é esse o objetivo principal do presente trabalho, é preciso discutirmos, mesmo que de forma pontual, acerca da representação social do profissional médico e o uso do jaleco branco.

Para Sêga²⁴, “as representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana [...] desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições [...]” (p. 128).

Da mesma forma, Moscovici²⁵ fundamenta que a representação social se apresenta por meio de objetos simbólicos e significantes. No caso, o jaleco branco e o brasão de Medicina se caracterizam como tal e concernem poder aos dois estagiários do PermanecerSUS, fazendo-os ter mais acesso aos profissionais de saúde e aos usuários, em uma realidade socialmente construída, na qual o profissional médico é o detentor da cura e do alívio do sofrimento. Consideramos tal ação como um desafio do programa, uma vez que contraria as práticas interprofissionais e de comunicação entre os demais profissionais, em uma perspectiva ampliada de saúde.

Por fim, conforme nos aponta Peduzzi²⁶, as profissões não são estáticas, sendo, portanto, dinâmicas e que precisam ampliar seu escopo de prática, na perspectiva de atuar em conformidade com a integralidade do cuidado e com a complexidade dos atores que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerações finais

Os resultados deste estudo indicam que a proposta de reorientação da formação em saúde, desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – o Programa PermanecerSUS – concretiza uma experiência promissora de EIP, mantém a prerrogativa do ensino em saúde, baseada na complexidade dos saberes, na integralidade dos sujeitos e no trabalho em equipe, desenvolvendo competências como a resolução de problemas em conjunto e a comunicação interprofissional, essenciais para aqueles que irão e/ou atuarão no SUS. Contudo, os desafios do programa se apresentam na necessidade de criar alternativas para envolver os estagiários com os profissionais do serviço, fazer com que estes compreendam a efetividade da colaboração interprofissional e, por fim, repensar a formação dos preceptores dos serviços, em uma perspectiva de redirecionamento de suas práticas como formador.

Colaboradores

Wilton Nascimento Figueredo, colaborou no delineamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, redação, discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Renata Meira Veras foi responsável pela redação, análise, discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Gilberto Tadeu Reis da Silva e Gustavo Marques Porto Cardoso participaram da escrita, discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final.

Referências

1. Almeida Filho N, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Loureiro S. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(3):337-48.
2. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5a ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document [Internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1981 [citado 29 Set 2017]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
4. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad Fnepas*. 2012; 2(1):25-8.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
6. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice: report of a WHO Study Group Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health. Geneva: WHO; 2010.
7. Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES) 2008-2011. *Rev Baiana Saude Publica*. 2009; 33 Supl 1:13-87.
9. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES) 2012-2015. *Rev Baiana Saude Publica*. 2012; 36 Suppl 1:1-166.
10. Canesqui AM. Produção científica das ciências sociais e humanas em saúde e alguns significados. *Saude Soc*. 2012; 21(1):15-23.
11. Langdon EJ, Follér M-L, Maluf SW. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anu Antropol*. 2012; 1:51-89.
12. Devault ML, McCoy L. Institutional ethnography, using interviews to investigate ruling relations. In: Holstein JA, Gubrium JF, editors. *Handbook of interview research*. Thousand Oaks/London: Sage; 2002.
13. Campbell M, Gregor FM. *Mapping social relations: a primer in doing institutional ethnography*. Ontario: Garamonder Press; 2008.
14. Weber F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? *Horiz Antropol*. 2009; 15(32):157-70.
15. Barros ERS, Ellery AEL. Colaboração interprofissional em uma unidade de terapia intensiva: desafios e possibilidades. *Rev Rene*. 2016; 17(1):10-9.
16. Konder MT, O'Dwyer G. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis*. 2015; 25(2):525-45.

17. Inoue KC, Belluci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(5):420-5.
18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Morphet J, Griffiths DL, Crawford K, Williams A, Jones T, Berry B, et al. Using transprofessional care in the emergency department to reduce patient admissions: a retrospective audit of medical histories. *J Interprof Care.* 2016; 30(2):226-31.
20. Jakobsen RB, Gran SF, Grimsmo B, Arntzen K, Fosse E, Frich JC, et al. Examining participant perceptions of an interprofessional simulation-based trauma team training for medical and nursing students. *J Interprof Care.* 2018; 32(1):80-8.
21. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saude Manginhos.* 2001; 8(1):49-69.
22. Silva KM, Monteiro NF, Pinto JHP. Humanização em saúde: relação entre os profissionais de saúde. *Rev Cienc Saude.* 2016; 6(2):1-15.
23. Correa GT, Carbone TRJ, Rosa MFAP, Marinho GD, Ribeiro VMB, Motta JJJ. Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica. *Pro-Posições.* 2015; 26(3):167-84.
24. Sêga RA. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90.* 2000; 8(13):128-33.
25. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.
26. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):199-201.

Figueredo WN, Veras RM, Silva GTR, Cardoso GMP. Prácticas colaborativas en las urgencias en Salud: la interprofesionalidad del Programa "PermanecerSUS", Secretaría Estadual de Salud de Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 2):1697-704.

Este artículo presenta y discute el Programa PermanecerSUS, como una propuesta de Educación Interprofesional para la formación en Salud. Tiene un abordaje cualitativo, bajo la perspectiva de la Etnografía Institucional. La discusión se respalda en el contenido registrado en el diario de campo construido por el investigador-etnógrafo, durante la observación participante en dos unidades de urgencias hospitalarias, en la ciudad de Salvador, en el Estado de Bahia, Brasil. Los resultados sugieren que el programa desarrolla competencias, tales como el trabajo en equipo, la intercomunicación, la solución de problemas en conjunto entre los estudiantes y proporciona integración entre educación y trabajo. No obstante, los desafíos del PermanecerSUS siguen la pauta de proporcionar mejoras en la relación de comunicación entre los pasantes y profesionales del servicio e invertir en la formación de los preceptores de la pasantía, con perspectivas de cambios de las prácticas e impactos para la calidad de la asistencia en los servicios de salud.

Palabras clave: Educación interprofesional. Colaboración interprofesional. Trabajo en equipo. Aprendizaje colaborativo.

Submetido em 17/10/17. Aprovado em 08/04/18.

Educação interprofissional na formação em Saúde:

a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil

Nildo Alves Batista^(a)

Rosana Aparecida Salvador Rossit^(b)

Sylvia Helena Souza da Silva Batista^(c)

Carla Cilene Baptista da Silva^(d)

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo^(e)

Patrícia Rios Poletto^(f)

Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Interprofessional health education: the experience of the Federal University of Sao Paulo, Baixada Santista *campus*, Santos, Brazil. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1705-15.

The purpose of this article is to critically describe and analyse the interprofessional education experience in health undergraduate courses on an expanding campus of a public federal university. Assuming interprofessional education guides health education implies the development of a proposal that disrupts centrality in specific disciplines and professional profiles. The description and critical analysis of this experience shows ways of implementing health courses, highlighting potentialities, weaknesses and challenges in the development of an innovative proposal. Interprofessional actions are present in different academic activities and structure the campus' daily routine and the resistance to interprofessionality and the complex network of public services. Implementing new logics to educate health professionals also means defending public universities in the country and the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Health education. Curriculum. Interprofessional education.

O objetivo deste artigo é descrever e analisar criticamente a experiência de formação interprofissional na graduação em Saúde em um campus de expansão de uma universidade pública federal. Assumir a educação interprofissional (EIP) como direcionadora da formação em Saúde implica no desenvolvimento de uma proposta que rompe com a centralidade em disciplinas e em perfis profissionais específicos. A descrição e análise crítica da experiência desvela os caminhos para a implementação de cursos da área da Saúde, destacando potencialidades, fragilidades e desafios para o desenvolvimento de uma proposta inovadora. Reconhece-se que as ações interprofissionais estão presentes nas diversas atividades acadêmicas e são estruturantes do cotidiano do *campus*, bem como as resistências à interprofissionalidade e à complexa rede com os serviços públicos. Implementar novas lógicas para formar profissionais em Saúde é, também, defender a universidade pública no país e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Formação em saúde. Currículo. Educação interprofissional.

^(a, b, c, d) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim 136, Vila Mathias, *campus* Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11015-020. nbatista@unifesp.br; rorossit.unifesp@gmail.com; sylvia.batista@unifesp.br; carlaci@gmail.com

^(e) Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. uchoalucia@gmail.com

^(f) Departamento de Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. patricia.poletto@gmail.com

Introdução

O ensino superior no Brasil é atualmente referenciado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9.394/1996, e, a partir dela, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), promulgadas pelo Ministério da Educação a partir de 2001. Na área da Saúde, as DCNs têm como finalidade reorientar os projetos pedagógicos dos cursos de graduação para a formação de profissionais direcionados aos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Essas diretrizes projetam que o futuro profissional desenvolva competências e habilidades, para que seja capaz de atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade¹.

Estudantes e educadores vão se formando no decorrer da vida acadêmica, com seus itinerários reconstruídos na interação com a assistência e com a comunidade². Investe-se em situações de aprendizagem que possibilitam aos partícipes (estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários) conectarem-se com suas próprias trajetórias a partir da reflexão e construção de novas possibilidades de ação e produção de conhecimento (redes de colaboração)^{3,4}.

Ao focalizar os processos de formação desenvolvidos na graduação das diferentes profissões da área da saúde, reconhece-se que estas enfrentam desafios importantes: fragmentação do ensino, dicotomias no projeto pedagógico, biologicismo, hospitalocentrismo, estudante como receptor passivo das informações, professor como transmissor de informações, desvinculação dos currículos em relação às necessidades da comunidade e distanciamento do processo de trabalho do SUS⁵⁻⁷.

Historicamente, no Brasil, privilegiou-se a concentração em competências e habilidades exclusivas para cada espaço de produção de cuidado, a partir da lógica de cada profissão de saúde⁶. Impõe-se a implementação de propostas inovadoras que se proponham a transformar este cenário referido. Entre essas propostas de mudanças, insere-se a EIP.

Compreende-se a EIP como criadora de espaços para a prática colaborativa, favorecendo o agrupamento de várias profissões para aprender com os outros e sobre os outros. Assim, configura-se como estratégia para que profissionais de saúde aprendam juntos a atuarem em equipe na produção das práticas de atenção à saúde fundamentadas na construção coletiva de processos de cuidado e saúde e como caminho para que a comunidade se reconheça como sujeito no processo de cuidado⁸⁻¹⁰.

A EIP vem sendo discutida nos últimos trinta anos, particularmente nos Estados Unidos e na Europa, com o objetivo de formar para o cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe. Os princípios da educação interprofissional se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos profissionais, componentes de uma equipe de trabalho¹¹.

A EIP tem como característica o trabalho em equipe, que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos atores, em uma modalidade de trabalho coletivo¹². O trabalho em equipe favorece a integração, as trocas de saberes e experiências pautadas pelo respeito à diversidade, o que possibilita a cooperação para o desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras e para que se estabeleça o diálogo permanente¹³.

Nessa perspectiva, compreende-se que a EIP ocorre por meio de processos formativos que privilegiam a comunicação e a interação entre diferentes profissões da saúde, ampliando as possibilidades de um cuidado integral, superando o isolamento e fragmentação profissional e disciplinar¹³⁻¹⁶.

Evidenciam-se, no âmbito da EIP, as competências colaborativas. Reeves et al.¹⁷ destacam que seis princípios afetam a colaboração: identidade compartilhada; regras e objetivos claros; interdependência; integração; responsabilidade compartilhada; e tarefas de equipe. Esses princípios podem fortalecer a interprofissionalidade e contribuir para a efetividade da equipe de saúde^{17,18}.

A EIP pode ser compreendida, também, a partir da resignificação das concepções de educação e de saúde e destaca a necessidade de rompimento com os paradigmas tradicionais de ensino e das práticas de atenção à saúde. Nesse sentido, enfatiza-se a educação em uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos como instrumentos de transformação social, em que educador e estudante atuam em situações interativas de ensino-aprendizagem. Compreende-se a saúde a partir de uma concepção sócio-histórico-cultural, articulando integralidade no cuidado, equipe de saúde e práticas interdisciplinares¹⁹.

No Brasil, a EIP ainda se configura como um desafio para qualificação da força de trabalho em saúde²⁰. Peduzzi²¹ coloca que é necessário um conjunto de iniciativas e recursos para impulsionar a EIP, com a participação de docentes e profissionais de saúde ligados aos serviços nos quais os estudantes estão inseridos, nos locais de aprendizagem na prática.

Reeves⁸ comenta que as universidades devem compreender o ensino interprofissional antes de adotá-lo. É fundamental romper com o modelo de ensino tradicional, buscando uma formação profissional interdisciplinar e interprofissional²².

No Brasil, a discussão sobre a EIP ampliou-se significativamente e nos últimos anos tem sido um importante eixo orientador de programas de indução para mudanças, assumidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação²³. Todavia, ainda são restritas as publicações e as investigações sobre as experiências e propostas em desenvolvimento no país.

O objetivo deste artigo é descrever e analisar criticamente a experiência de formação interprofissional na graduação em Saúde em um *campus* de expansão de uma universidade pública federal da região sudeste.

Relato da experiência

A implantação e consolidação do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) emergem da organização da sociedade da região; e da luta coordenada de diferentes setores e instâncias. É importante realçar que as políticas de expansão da educação superior pública desenvolvidas no país a partir de 2003 alavancaram a democratização do acesso e permanência de jovens e adultos na universidade pública brasileira.

O *campus* Baixada Santista da Unifesp inicialmente desenvolveu ensino, pesquisa e extensão em Ciências da Saúde. O projeto pedagógico foi resultado de esforços coletivos de discussão acerca dos propósitos da universidade como instituição pública na região e de seus movimentos de articulação com a sociedade brasileira.

Assim, foram propostos ao Ministério da Educação (MEC) em 2006 a implantação dos cursos de graduação em Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física. Em 2009, o quadro de profissões da saúde se ampliou com a criação do curso de Serviço Social^(g).

O projeto pedagógico do *campus* Baixada Santista está pautado na formação de um profissional da área da saúde na perspectiva do trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao usuário, articulando as dimensões éticas, políticas, técnico-científicas e humanas na formação e atuação no campo da saúde.

Para essa formação, adotaram-se os seguintes princípios direcionadores: indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão; prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico; problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa; interdisciplinaridade; postura ativa do estudante na construção do conhecimento; postura facilitadora/mediadora do docente no processo ensino-aprendizagem; integração com a comunidade^(h), reconhecendo sua participação ativa e interativa na produção dos planos de cuidado; avaliação formativa como *feedback* do processo de aprendizagem, e desenvolvimento docente.

Assumir a EIP como direcionador desse projeto implicou no desenvolvimento de uma proposta formativa que rompesse com estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional. Todos os cursos têm um desenho curricular direcionado por quatro eixos de

^(g) Apesar do projeto pedagógico do curso de Serviço Social contar com os mesmos pressupostos, há particularidades que o distinguem quanto à dinâmica de trabalho e desenho curricular. Essas particularidades e possíveis desdobramentos não serão objeto deste relato de experiência.

^(h) No cotidiano do *campus* Baixada Santista, a participação da comunidade concretiza-se (1) nos projetos de aprendizagem construídos a partir dos territórios; (2) nos projetos de extensão, abrangendo diferentes grupos populacionais; e (3) nos projetos de pesquisa desenvolvidos da graduação à pós-graduação *stricto sensu*.

formação (três eixos comuns e um eixo específico para cada um dos cursos) que perpassam os anos de graduação (Figura 1). Em cada um dos eixos, os módulos, como expressões das unidades curriculares, aglutinam áreas temáticas afins que constituem a proposta curricular.

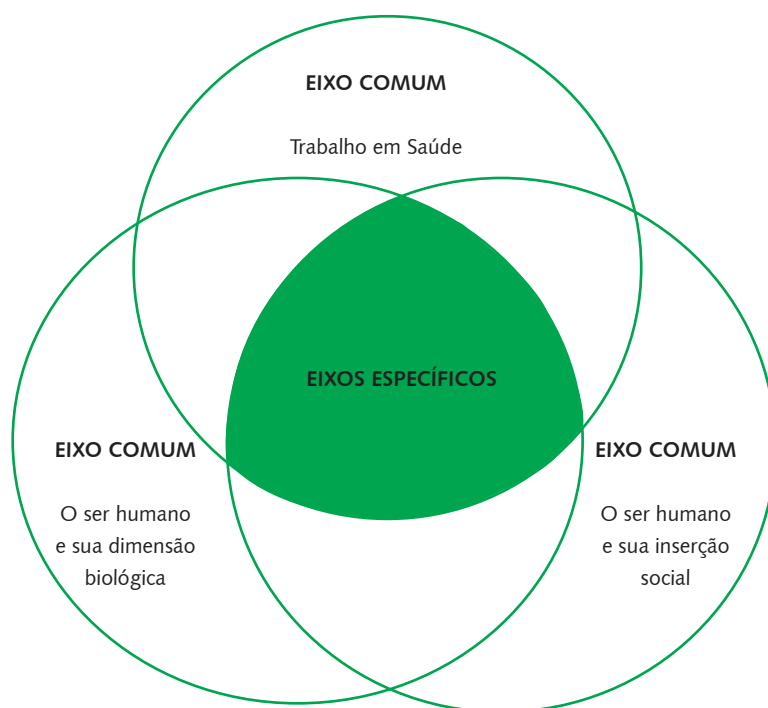


Figura 1. Diagrama da estrutura e dinâmica curricular

Foi prevista uma articulação entre os quatro eixos propostos, orientados pela formação de profissionais da saúde comprometidos com atuações consistentes, críticas e potencialmente transformadoras da realidade social com enfoque metodológico problematizador⁽¹⁾ com vistas à produção do conhecimento.

O eixo “O ser humano em sua dimensão biológica” constitui-se de dois núcleos: um núcleo de conhecimentos necessários para cinco cursos (o curso de Serviço Social não participa desse eixo comum) e um núcleo de aprofundamento a partir das especificidades de cada curso. Este eixo instrumentaliza os estudantes com os temas biológicos para a formação na área da Saúde de forma integrada e crescente em complexidade.

O eixo “O ser humano e sua inserção social” aborda a compreensão da formação em Saúde como um processo de práticas sociais, permeado pelas concepções de saúde, adoecimento e condicionantes históricos, abrangendo diferentes dimensões da produção da vida humana (cultura, trabalho, educação, condições de vida, subjetividade, relações sociais e marcadores sociais da diferença).

⁽¹⁾ No projeto pedagógico, assume-se como enfoque metodológico problematizador a leitura freireana de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens²⁴.

O eixo “Trabalho em Saúde” possibilita ao estudante a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e da produção de cuidado; o conhecimento e compreensão da realidade de saúde e do SUS; a vivência e convivência entre as diversas profissões e práticas de saúde; e a compreensão do processo de trabalho em saúde.

A dinâmica dos eixos comuns envolve o trabalho formativo a partir de turmas mistas (estudantes dos diferentes cursos constituindo grupos de aprendizagem), importante delineamento para a aprendizagem do interprofissionalismo, pois, ao compartilharem espaços conjuntos de estudo e discussão teórica, aulas práticas em laboratórios e práticas nos territórios, os estudantes aprendem com o outro sobre a produção do cuidado e sobre o fazer profissional.

O desenho misto das turmas dialoga com a organização curricular em eixos e módulos, permitindo superar a métrica disciplinar e buscando redesenhar as fronteiras e constituir novos territórios, sem negar os campos profissionais e científicos já existentes. Assim, todo o contexto apresentado traz uma marca de interprofissionalidade singular a esta proposta curricular inovadora.

Os eixos “Específicos em Saúde”⁽¹⁾ seguem as especificidades de cada uma das áreas, em consonância com as DCN dos respectivos cursos. Estes eixos são desenvolvidos desde o início do curso, de maneira progressiva e abordando as questões específicas de cada uma das seis profissões dos cursos propostos. A cada ano aumenta a carga horária dos módulos dos eixos “Específicos em Saúde” de cada curso, sem perder de vista a garantia de horários semanais voltados para práticas interprofissionais de pesquisa, extensão e ensino, com estágios profissionalizantes que ocorrem entre dois ou mais cursos.

Agrega-se a um currículo como prática social, cultural e histórica²⁵ o arranjo dos eixos e módulos no itinerário formativo: no primeiro ano dos cursos, os eixos comuns ocupam cerca de 75% da carga horária semanal e as unidades curriculares do eixo específico, 25%. Essa lógica muda à medida que os estudantes avançam no curso, sendo que, no último ano da graduação, os eixos específicos assumem centralidade por meio dos estágios curriculares e trabalhos de conclusão de curso.

Na experiência aqui compartilhada, a organização curricular em eixos tem se revelado fecunda no que se refere à indução de práticas interdisciplinares, interprofissionais e ao trabalho colaborativo: os eixos, ao agregarem módulos, vão aproximando áreas disciplinares, conteúdos e temáticas, favorecendo uma visão mais integradora dos saberes. Esse movimento de aproximação tem possibilitado a vivência de colaborações nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, colocando em diálogo os eixos comuns e específicos.

O percurso das aprendizagens interprofissionais no *campus* é marcado desde o seu início com a Semana de Integração dos Calouros. Essa estratégia tem permitido que os estudantes, desde o primeiro dia de ingresso nos cursos, experienciem atividades em equipes interprofissionais e iniciem o exercício da escuta, da troca e da construção coletiva.

A proposta formativa do *campus* busca a criação de redes entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, definiu-se por um período protegido de quatro horas semanais, no qual investe-se no desenvolvimento de projetos colaborativos, integrando professores e técnicos em um conjunto de ações extensionistas e investigativas. Nesse período, não se desenvolvem atividades de unidades curriculares (situações de “aula”).

Os projetos vinculados à Universidade da Terceira Idade (Uati) têm sido também orientadores da aprendizagem interprofissional a partir da experiência intergeracional: universitários, docentes e estudantes da Uati convivem, compartilham saberes múltiplos e produzem novas compreensões sobre os objetos de estudos.

⁽¹⁾ Suas versões originais foram nomeadas “Aproximação à prática específica em Saúde”, nos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Na esteira da extensão e interprofissionalidade, situam-se os projetos desenvolvidos em parceria com diversos ministérios, secretarias e organizações não governamentais. A interação com a comunidade, com os movimentos sociais organizados e com as políticas públicas favorecem o reconhecimento da interprofissionalidade como caminho potente para a produção de um cuidado integral. Ainda, é produzido o encontro com as artes (a realização anual da Unifesta, evento artístico produzido por toda a comunidade acadêmica com expressões musicais, plásticas e dramáticas) e com os esportes (a realização do Torneio Interprofissional do *campus* Baixada Santista – Tibs).

Essas ações, imbricadas com as de ensino, ancoram-se nas perspectivas da integração ensino-serviço-comunidade. Delineia-se, dessa forma, uma das marcas interprofissionais do projeto: aprender junto nos espaços dos serviços de saúde, aprendendo com o colega, com o docente, com o profissional de saúde, com a equipe, com o usuário e com a comunidade.

Nesse âmbito, é importante realçar que a inserção do *campus* Baixada Santista nas políticas indutoras do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação favorece e fomenta as discussões e implementação de novas ações para formação. Dentre essas políticas, destacam-se o Pró-Saúde, PET-Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde e Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

A tessitura da formação tem sido trabalhada de maneira potente na produção de diferentes metodologias educativas e avaliativas, ancoradas nas perspectivas de participação, protagonismo, coautoria e trabalho em equipe interprofissional. Dessa forma, inserção em territórios, seminários intermódulos, ensaios críticos, portfólios, problematização, casos motivadores e diários de campo são exemplos das mencionadas metodologias.

No percurso formativo, a produção de narrativas no eixo “Trabalho em Saúde”, no módulo “Prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades de saúde” (3º semestre), tem se configurado em um espaço singular de aprendizagem do cuidado. Em duplas, os estudantes de cursos diferentes realizam visitas domiciliares quinzenais e constroem uma narrativa da história de vida e saúde em conjunto com os acompanhados, ao longo do período letivo.

Sobre essa experiência com narrativas, Capozzolo et al.²⁶ afirmam que: “[...] utilizar o recurso das narrativas na formação de profissionais de saúde nos ensina que os sentidos compartilhados são mais potentes, e que a elaboração conjunta destes últimos tem uma eficácia maior que a da prescrição técnica unilateral. [...] Trata-se de exercícios para uma clínica comum” (p. 453).

Também têm se mostrado potentes os trabalhos de conclusão de módulo no eixo ‘O ser humano e sua dimensão biológica’ e os colóquios do eixo ‘O ser humano e sua inserção social’. Ao possibilitar o encontro, a escuta sensível, o olhar ampliado e os movimentos de deslocamentos, a produção acadêmica em duplas e/ou trios de estudantes de diferentes cursos tem ampliado e criado espaços inventivos de produção de conhecimento e do cuidado interprofissional em saúde.

As marcas da interprofissionalidade não se dão somente no itinerário dos estudantes, mas abrangem os docentes, desde os processos de ingresso, acolhimento no *campus* e a criação de departamentos interprofissionais. Uma situação especial tem sido a constituição das equipes ou grupos docentes orientados por interesses comuns de ensino, pesquisa e extensão.

O trabalho docente coletivo tem sido vivenciado com suas potências e lacunas no tocante às inovações do projeto pedagógico: as potências abrangem processo de aprendizagem da docência mais integradores e ancorados no trabalho de equipe, com ênfase nas colaborações para estruturação de módulos, projetos de extensão e pesquisas em parceria. No âmbito das lacunas, convivemos com as métricas de maior valorização de áreas disciplinares e profissionais em detrimento de outras, problemas no dimensionamento equânime da carga horária docente e restrita valorização do ensino e ênfase no desempenho individual na pesquisa, fragilizando a dimensão coletiva da docência universitária.

A implementação do projeto pedagógico do *campus* exigiu a elaboração de diversas estratégias. Após a contratação do primeiro grupo de docentes e técnicos do *campus*, em novembro de 2005, as estratégias e ações para efetivação do projeto pedagógico foram sendo construídas coletivamente por todos: docentes, técnicos administrativos em educação (TAE), e, posteriormente, por estudantes. A primeira foi constituída por encontros dos docentes de todos os eixos, que precederam o ingresso das primeiras turmas dos cursos. Esses encontros permitiram aos docentes e TAE conhecerem os princípios norteadores da EIP, a interdisciplinaridade, as metodologias ativas e políticas indutoras.

Ao mesmo tempo, à medida que ocorriam novas contratações de docentes, estes, antes de assumirem suas atribuições, passavam por uma breve formação sobre EIP, metodologias ativas e as especificidades do projeto pedagógico do *campus*. Essa formação foi assumida na época por um grupo de docentes responsável por organizar os encontros de formação e propor estratégias para a implementação do projeto pedagógico.

Rapidamente as atividades pedagógicas e administrativas se ampliaram e o número de docentes parecia insuficiente frente a tantas demandas, o que levou à criação de diferentes instâncias que suprissem as necessidades da expansão do *campus*. Assim, foram se constituindo as Comissões de Curso; os Departamentos Acadêmicos; a Comissão de Gestão e Acompanhamento do Projeto Pedagógico (CGAPP); e as Câmaras de Ensino de Graduação, de Extensão e de Pesquisa.

A CGAPP foi constituída durante o primeiro ano de implantação do *campus* em 2006 como instância deliberativa com o intuito de assessorar a diretoria do *campus* em assuntos referentes à implementação dos cursos, como na elaboração e negociação de propostas e estratégias para convênios com serviços da comunidade para implantação das práticas de ensino e dos estágios profissionalizantes. Essa comissão encerrou suas atividades em 2009, optando-se, institucionalmente, pelo investimento na Câmara de Graduação (CEG) como instância colegiada no âmbito dos *campi*.

Foram realizados, ainda, fóruns de avaliação do projeto político pedagógico (PPP) do *campus* Baixada Santista, nos anos de 2006, 2008 e 2010. Esses eventos tiveram por objetivos principais identificar e discutir fortalezas, dificuldades e nós críticos do projeto pedagógico no tocante aos pressupostos assumidos e ao cotidiano das práticas formativas (integração entre módulos; transversalidade dos eixos comuns; cenários diversificados de aprendizagem; inserção nos serviços de saúde; e integração ensino, pesquisa e extensão), assim como delinear encaminhamentos para superação das dificuldades e nós críticos.

No período de 2012 a 2014, além dos momentos coletivos de planejamentos compartilhados, foi aprovada pela congregação do *campus* a elaboração de um projeto de avaliação curricular, abrangendo as Câmaras de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação; e Extensão e Cultura. Foi um percurso complexo e delicado, mas muito fecundo para o delineamento de um processo avaliativo que articulasse as diferentes vozes e vivências.

Nesse contexto, durante o ano de 2015 foi desenvolvida a Avaliação do Projeto Pedagógico do *Campus* e dos Cursos da área da Saúde, realizando-se oficinas com representantes de toda a comunidade acadêmica, com planejamento, participação, registro, pactuação, diálogos e embates múltiplos, vivências avaliativas em uma perspectiva de formação interprofissional.

Ao longo dessa trajetória de implantação do PPP do *campus* e após oito turmas formadas dos cursos de Educação Física, Nutrição e Terapia Ocupacional, sete turmas formadas dos cursos de Fisioterapia e Psicologia e cinco turmas formadas do curso de Serviço Social, a proposta formativa orientada pela EIP segue com seus desafios, resistências e resiliências.

Análise da experiência: olhares de pesquisa

O processo de implantação do PPP do *campus* Campus Baixada Santista mostra-se complexo, fecundo e desafiador: produzir pesquisa e conhecimento sobre esse processo se constitui em uma estratégia de intervenção, avaliação e assunção de novos rumos.

A primeira pesquisa que assumiu o projeto pedagógico do *campus* como objeto central compreendeu a investigação "A educação interprofissional na graduação em saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado" (CNPq/Processo nº 409389/2006-4). Esse projeto agregou pesquisadores e professores atuantes nos diferentes eixos específicos e comuns e teve como objetivo investigar, acompanhar e aprimorar essa proposta de formação profissional para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade no cuidado, usando princípios da EIP.

Com uma investigação desenvolvida no escopo de um estudo de caso, envolvendo como participantes estudantes, professores, técnicos, gestores e profissionais dos serviços, foram utilizadas técnicas de produção de dados qualitativos: observação participante (cenários dos eixos comuns),

entrevistas semiestruturadas (11 gestores, 13 docentes e cinco técnicos administrativos) e grupos focais (estudantes dos cursos). Desenvolveu-se também uma abordagem quantitativa do rendimento dos estudantes por meio de Teste do Progresso, realizado periodicamente nessa fase de coleta de dados, buscando construir uma curva de crescimento cognitivo dos estudantes em relação ao desenvolvimento de competência para a integralidade no cuidado e o trabalho em equipe.

A análise dos dados permitiu apreender a “potência dos espaços interprofissionais”, o quanto deslocam os lugares previsíveis da divisão disciplinar e com isso movimentam expectativas, crenças e valores que presidem as ações dos estudantes, professores, profissionais dos serviços e gestores.

Uma segunda pesquisa – “A interdisciplinaridade como princípio formativo na graduação em saúde: dos planos às concepções docentes” (CNPq – processo nº 401539/2006-7) – assumiu como objetivo analisar a interdisciplinaridade como princípio formativo em uma proposta inovadora na graduação em saúde, analisando suas potencialidades, desafios e perspectivas no ensino superior em saúde.

A metodologia envolveu: a) estudo documental do PPP do *campus* Baixada Santista da Unifesp e dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional; e b) entrevistas semiestruturadas com professores que atuaram nestes cursos e que iniciaram suas docências no *campus* nos anos de 2006 e 2007. Os processos de análise de dados permitiram afirmar que a interdisciplinaridade emerge, nos documentos analisados e nas vozes dos docentes, como alicerce, perspectiva, instrumento e interface, representando, respectivamente, um modo diferente de ser, conhecer, fazer e viver junto. As dificuldades relatadas abrangeram a resistência dos profissionais, formação ainda centrada na fragmentação dos conteúdos, ausência de trabalhos em equipe e dificuldade de construir interações mais articuladas. No âmbito das vantagens, há uma convergência em torno dos ganhos que a formação em saúde pode ter com práticas interdisciplinares: aprendizagem significativa e produção de um cuidado interprofissional em saúde.

Foram desenvolvidas também pesquisas que focalizaram a proposta do *campus* na perspectiva de estudantes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia, além da análise da potência do estágio curricular e da monitoria desenvolvidos na perspectiva interprofissional. Rosa^{27,28}, Souza²⁹, Souto, Batista e Batista³⁰ e Santos e Batista³¹ desenvolveram investigações sobre os aspectos referidos anteriormente, mostrando convergência no que se refere à valorização da EIP por parte dos graduandos como uma formação em saúde que possibilita a aprendizagem do trabalho em equipe, da ação colaborativa e da interdisciplinaridade.

Um quarto e fundamental movimento investigativo abrangeu o estudo com egressos: a pesquisa “Análise de um projeto de educação interprofissional na formação em saúde: ótica dos egressos” assumiu a abordagem quali-quantitativa para avaliar a formação para a integralidade no cuidado a partir de egressos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional. Estes responderam ao questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) para avaliação de atitudes e prontidão para três fatores – trabalho de equipe e colaboração; identidade profissional; e atenção centrada no paciente – e participaram da etapa de entrevista, para aprofundamento dos achados quantitativos. Os resultados sinalizaram o desenvolvimento de competências essenciais para as profissões da saúde – resolução de problemas, tomada de decisão, liderança, confiança e respeito uns aos outros, comunicação com pacientes e outros profissionais, compreensão da natureza dos problemas e entendimento dos casos clínicos na perspectiva do paciente. 84% dos egressos mostraram-se satisfeitos com a formação recebida e forneceram contribuições para a análise da formação em saúde, na perspectiva da EIP³².

Considerações finais

As experiências e as investigações relatadas aqui demonstram que a interdisciplinaridade e as ações interprofissionais estão presentes nas diversas atividades e são elementos estruturantes do cotidiano do *campus*. Isso exige que o educador (docente e TAE) (re)aprenda o lugar da aprendizagem inventiva e implicada, superando a ilusão do acúmulo das informações, dos conhecimentos e das tarefas em si,

além da vivência do trabalho colaborativo, comprometido com as demandas sociais, e articule rigor científico, qualidade técnica, postura ética e compromisso social.

Os deslocamentos também envolvem os estudantes, provocados a uma formação ampliada, tecida nos encontros com os outros, com as informações científicas, com os saberes cotidianos, com as próprias práticas, e aprendendo uma postura ativa e interativa na sua própria formação, na construção do conhecimento acadêmico e no trabalho em equipe.

A EIP mostra-se potente na formação em Saúde, articulando ensino, extensão e pesquisa. Essa potência emerge no desenvolvimento de novos arranjos institucionais de ações (coletivas e abrangendo diferentes áreas profissionais), de novas dinâmicas nos serviços de saúde, educação, assistência social, esporte (montagem de equipes interprofissionais nos serviços, aproximando, por exemplo, as ações de ensino e os projetos de extensão) e de configurações dos projetos de pesquisa (e mesmo de programas de pós-graduação *stricto sensu*), a partir do entrelaçamento de diferentes profissões.

A natureza dinâmica e inovadora do PPP na formação em saúde sob a perspectiva da EIP e a potência acima referida trazem desafios/dispositivos para análise e proposição de superação: a implementação de estágios curriculares na lógica interprofissional; o desenvolvimento de módulos eletivos interdisciplinares e de atividades curriculares interunidades realizadas por dois ou mais eixos; a rearticulação do programa de desenvolvimento docente; a criação de mais cenários da prática e do trabalho colaborativo que articulem universidade e serviços; e o pacto mais sustentável das relações com os serviços públicos.

Mas, sem desafios, como aprender a fazer EIP na formação em saúde? É nesta aprendizagem criadora que reconhecemos sentidos ético-científico-políticos na proposta curricular do *campus* Baixada Santista: superar os desafios, propor novas perguntas à formação em saúde, implementar novas lógicas para formar profissionais e produzir conhecimentos são também estratégias em defesa do SUS e da universidade pública brasileira. Enfim, trata-se da defesa dos direitos e das conquistas sociais; continuemos inspirados a criar a favor da vida.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Matsumoto KS. A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
2. Teixeira CF, Coelho MTAD. Uma experiência inovadora no ensino superior: bacharelado interdisciplinar em Saúde. Salvador: EDUFBA; 2014.
3. Kastrup V. A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo nos estudos da cognição. São Paulo: Papirus; 1999.
4. Kastrup V, Tedesco S, Passos E. Políticas da cognição. Porto Alegre: Sulina; 2008.

5. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(15):375-80.
6. Almeida Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*. 2011; 377(4):1898-900.
7. Feurwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
8. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.
9. Barr H, Hutchings M, Machin A, Helme M, Gray R, Reeves S. *CAIPE: Interprofessional Education Guidelines 2016*. Fareham (UK): Caipe; 2016.
10. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS; 2010.
11. Barr H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. London (UK): Center for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE); 2005.
12. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
13. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Spec 2:16-24.
14. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel*. Washington (DC): Interprofessional Education Collaborative; 2011.
15. Nester J. The importance of interprofessional practice and education in the era of accountable care. *N C Med J*. 2016; 77(2):128-32.
16. Freeth D. *Interprofessional learning*. Edinburgh: Association for the Study of Medical Education; 2007.
17. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Blackwell-Wiley; 2010.
18. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018; 32(1):1-3.
19. Batista NA. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto S, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 59-68.
20. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:709-20.
21. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.
22. Universidade Federal de São Paulo (Campus Baixada Santista). *A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Projeto Político Pedagógico. Santos: Unifesp; 2006.
23. Mângia EF. Educação interprofissional para práticas colaborativas: o futuro da formação de recursos humanos em saúde. *Rev Ter Ocup*. 2010; 21(2):i-i.
24. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
25. Pinar W. *Estudos curriculares: ensaios selecionados*. São Paulo: Cortez; 2016.

26. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz AO, Kinoshita RT, Queiroz MFF. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab Educ Saude*. 2014; 12(2):443-56.
27. Rosa J. A graduação do fisioterapeuta numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional: as visões dos professores do Campus Baixada Santista [iniciação científica]. Santos (SP): Unifesp, CNPq; 2008.
28. Rosa J. A interdisciplinaridade no ensino da fisioterapia: um estudo no Campus Campus Baixada Santista [iniciação científica]. Santos (SP): Unifesp, CNPq; 2007.
29. Souza S. Educação e saúde: o trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional [trabalho de conclusão de curso]. Santos (SP): Unifesp; 2011.
30. Souto TS, Batista SH, Batista NA. A educação interprofissional na formação em psicologia: olhares de estudantes. *Psicol Cienc Prof*. 2014; 34(1):32-45.
31. Santos GM, Batista SHSS. Monitoria acadêmica na formação em/para a saúde: desafios e possibilidades no âmbito de um currículo interprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):203-7.
32. Rossit RAS, Batista SH, Batista NA. Análise de um projeto de educação interprofissional na formação em saúde: percepção de egressos. *Espaço Saude*. 2014; 15 Supl 1:381-6.

Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Educación interprofesional en la formación en Salud: la experiencia de la Universidad Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1705-15.

El objetivo de este artículo es describir y analizar críticamente la experiencia de formación interprofesional en Salud en un *campus* de expansión de una universidad pública federal. Asumir la educación interprofesional (EIP) como orientadora de la formación en Salud implica en el desarrollo de una propuesta que rompe con la centralidad en asignaturas y en perfiles profesionales específicos. La descripción y el análisis crítico de la experiencia revela los caminos para la implementación de cursos del área de la Salud, subrayando potencialidades, fragilidades y desafíos para el desarrollo de una propuesta innovadora. Se reconoce que las acciones interprofesionales están presentes en las diversas actividades académicas y son estructuradoras del cotidiano del *campus*, así como las resistencias a la interprofesionalidad y la compleja red con los servicios públicos. Implementar nuevas lógicas para la formación de profesionales de Salud también es defender la universidad pública en el país y el Sistema Brasileño de Salud (SUS).

Palabras clave: Formación en salud. Currículo. Educación interprofesional.

Submetido em 24/10/17. Aprovado em 23/06/18.

Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família*

Patrícia Escalda^(a)
Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira^(b)

Escalda P, Parreira CMSF. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1717-27.

This article aims at identifying the dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed by a family health team at a primary care unit. This qualitative research was conducted through participant observation of the work developed by health professionals. The study evidenced advances in the incorporation of collaborative practices in primary healthcare and in the creation of spaces that favor dialogs and the establishment of a consensus that result in comprehensive care and patient safety, despite conflicts and tensions inherent to the health work process.

Keywords: Teamwork. Interprofessional work. Qualitative research.

Este artigo tem como objetivo identificar as dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas por uma equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada mediante observação participante do trabalho desenvolvido por profissionais de saúde. O estudo realizado evidenciou avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária e na criação de espaços mais favoráveis ao diálogo e ao estabelecimento de consensos que resultam em cuidado integral e segurança do paciente, a despeito dos conflitos e das tensões próprias do processo de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Trabalho em equipe. Trabalho interprofissional. Pesquisa qualitativa.

* Este estudo foi realizado como parte do programa de pós-doutorado da primeira autora junto com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, que contou com bolsa de pós-doutorado da Capes, Edital Pró-Ensino na Saúde no 24/2010 – processo: 2047/2010, Universidade de Brasília (UnB) – projeto “Fortalecimento do Ensino na Saúde no Contexto do SUS: uma Proposta Interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”.

^(a, b) Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. campus universitário, Centro Metropolitano, Ceilândia Sul. Brasília, DF, Brasil. 72220-275. patescalda@yahoo.com.br; cleliaparreira@unb.br

Introdução

Em função da crescente complexidade dos problemas de saúde e do caráter fragmentado da atenção à saúde prestada, uma prática interprofissional colaborativa é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. Nessa prática, os profissionais buscam realizar um trabalho colaborativo com ações coletivas voltadas a tarefas comuns^{1,2}, o que pode resultar em uma atenção mais adequada para responder às necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade³, no âmbito dos cuidados primários à saúde³.

A interprofissionalidade pode ser definida como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas”, que envolve “refletir e operar” um trabalho “capaz de responder às necessidades da comunidade”³ (p. 9). A reflexão sobre a prática, orientada para a problematização da realidade, pode favorecer a articulação e integração das ações de saúde e uma melhor resposta aos problemas de organização dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, busca-se substituir as duas principais barreiras à prática centrada na pessoa; a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e parceria; e “os desequilíbrios de poder por compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva”⁴ (p. 92).

Para Peduzzi⁵, as áreas profissionais de saúde possuem processos de trabalho peculiares mediados pelo encontro entre usuários e profissionais de saúde e o uso de intervenções técnicas. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos entre pares em busca das articulações necessárias à integração de suas ações no ato de cuidar.

Tal perspectiva é parte do que vem se buscando fortalecer em nossas políticas públicas de saúde dirigidas a reorientar a formação em distintos níveis, para que os novos profissionais possam melhor atender as necessidades de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse processo, é também essencial que os conhecimentos, as habilidades e as atitudes requeridas no trabalho em saúde sejam efetivamente identificadas e sua aquisição assegurada⁶.

Os sistemas de saúde em todo o mundo têm sido afetados pela maior complexidade dos problemas de saúde, decorrentes de uma maior diversidade social e populacional e o crescimento de grupos sociais vivendo em situação de vulnerabilidade (idosos, sem-teto, pessoas com condições de saúde crônicas), o que vem fortalecendo a necessidade de reorientar o trabalho em saúde para um modo interprofissional de cuidados colaborativos⁴.

No caso brasileiro, de acordo com Fausto et al.⁷, os cuidados primários em saúde ganharam expressão com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), no fim dos anos 1990, como proposta de reorganização do sistema de saúde. Segundo Pereira e Lima⁸, a reorganização do processo de trabalho na perspectiva da ESF passou a requerer vários profissionais, com seus saberes e práticas distintas, mas capazes de abarcar as diversas dimensões da saúde. Diante desses múltiplos trabalhadores, diversos desafios – a fragmentação do cuidado; e a atuação isolada e independente de profissionais em relação ao cuidado à saúde – têm requerido novos arranjos no processo de trabalho dessas equipes, dentre os quais destaca-se a instituição de uma prática de natureza interprofissional e colaborativa.

A “colaboração é um problema central em qualquer trabalho coletivo”, segundo D’Amour et al.⁹, e tem por base a “premissa de que os profissionais querem trabalhar juntos” para alcançar um melhor resultado mediante uma ação coletiva.

Para analisar os processos colaborativos em uma instituição, essa autora e colaboradores⁹ propõem um modelo de estudo do modo de “estruturação da colaboração”, que pode ser reconhecida em um arranjo de quatro dimensões², duas relacionadas às relações interpessoais e as outras duas ao ambiente organizacional (que influencia a ação coletiva), respectivamente: 1) visão e objetivos compartilhados; 2) internalização; 3) formalização; e 4) governança.

Neste estudo, realizado no âmbito da ESF, buscou-se aplicar este modelo de análise para investigar a complexa dinâmica do trabalho de uma equipe de saúde, tendo como objetivos identificar as categorias de análise relacionadas às dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em unidade básica de saúde (UBS).

A ESF tem como base de seu modelo de atenção as equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com responsabilidade sanitária por cerca de quatro mil pessoas¹⁰. Tal organização tem potencial para favorecer o reconhecimento de necessidades de saúde e, até mesmo, o desenvolvimento de uma prática interprofissional, dada a coesão que exige daqueles que nele atuam, a despeito das áreas de formação ou dos conhecimentos diversificados que possuem¹¹⁻¹³.

Em uma perspectiva em que a complexidade dos problemas de saúde enfrentados pelas equipes da ESF requer uma prática colaborativa faz-se necessário reconhecer alguns conceitos que lhes são úteis, como partilha, definida como compromisso colaborativo; parceria, em que dois ou mais atores se juntam de forma colaborativa; interdependência, definido como dependência mútua; e poder, que é compartilhado entre os membros e baseado no conhecimento e experiência em detrimento das funções ou títulos².

As perguntas norteadoras do estudo foram: O trabalho da equipe de saúde da ESF está organizado na perspectiva da prática colaborativa? A equipe de saúde trabalha na perspectiva interprofissional favorecendo a articulação e integração das ações de saúde?

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com a abordagem da realidade social do trabalho de uma equipe de saúde da família na atenção primária. Os estudos dessa natureza, segundo Minayo¹⁴, são capazes de identificar a riqueza de significados e a possibilidade de enumeração dos fatos como qualidade do indivíduo e do coletivo, ou seja, uma realidade expressa pela diversidade como é a vida em sociedade e no mundo do trabalho.

O cenário do estudo foi o trabalho cotidiano de uma equipe de saúde da família de UBS, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que na época contava com uma população adscrita de 237.441 habitantes, vivendo em área de médio risco de vulnerabilidade social e com seis equipes de saúde da família. Com base nos objetivos deste estudo, selecionou-se uma equipe, por indicação da gerente dessa unidade.

O campo foi realizado por meio da observação participante do trabalho da equipe de saúde ao longo de quatro meses (janeiro a abril de 2016) de vivência integral na unidade, com registro contínuo em diário de campo. As observações foram orientadas pelas questões de pesquisa – a organização do trabalho e as práticas de atenção à saúde de uma equipe de saúde da família – e os indicadores das dimensões colaborativas interprofissionais propostos por D'Amour²: valores e objetivos da equipe, orientações centradas no paciente, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informações, centralidade/direcionamento claro, liderança, suporte para a inovação e conectividade entre os envolvidos.

A observação participante¹⁵⁻¹⁷ tem como característica a interatividade do pesquisador com seus interlocutores em seu contexto de atuação. Assim, pressupõe convívio e intercâmbio de experiências captadas pelo olhar, falar, sentir, vivenciar e experimentar¹⁸.

A observação participante do cotidiano da dinâmica do trabalho dessa equipe envolveu um conjunto de atividades de atenção à saúde, nas quais predominaram os atendimentos individuais programados e de urgência, que absorviam parte significativa do cotidiano desses profissionais. A partir das observações realizadas, buscou-se relacionar seu conteúdo às dimensões, e respectivos indicadores, de forma a reunir grupos de elementos necessários à análise e à constituição das categorias adotadas.

Foram registrados em diário de campo as impressões sobre a rotina dos profissionais, notadamente aquelas que mais caracterizavam o trabalho em equipe, da atividade – rotineira ou extraordinária – realizada por cada um dos participantes, a tecnologia utilizada pela equipe, as situações de conflito interprofissional e de apoio e construção conjunta, as práticas colaborativas entre profissionais de diferentes profissões ou da mesma, e a participação do usuário nos espaços de atenção à saúde.

A rotina de trabalho da equipe incluía reuniões internas na UBS; visitas domiciliares e atendimentos com o envolvimento de mais de um profissional de saúde; observação e assistência de casos suspeitos

de dengue, *Zika* e *Chikungunya*, por ocasião das epidemias; e participação na agenda de encontros do Conselho Local de Saúde e com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, educador físico e pediatra, assim como com a pediatra de apoio da equipe de saúde.

Os momentos de observação participante foram acordados com os membros da equipe, considerando esta agenda de trabalho na unidade de saúde. Participaram desse estudo todos os componentes dessa equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Os registros dos diários de campo foram examinados com base na análise temática de conteúdo proposta por Bardin¹⁹, que corresponde a:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 48)

A análise temática de conteúdo desenvolveu-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O primeiro contato com o relatório foi por meio da leitura flutuante, considerando o objetivo da pesquisa, que é a fase da pré-análise, seguido pela exploração do material com a leitura aprofundada do documento. A análise foi orientada para reconhecer no trabalho em equipe sua prática interprofissional e colaborativa buscando nesse campo temático a produção dos “núcleos de sentido”²⁰.

A classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e depois por reagrupamento com critérios previamente definidos é o que Bardin¹⁹ chama de categorização. As categorias são rubricas as quais reúnem um grupo de elementos, que nesse estudo foram adotadas como categorias temáticas: 1) Encontros e interações na equipe, 2) Parcerias, 3) Práticas colaborativas e trabalho interprofissional, 4) Resolução de conflitos, 5) Poder no trabalho em equipe interprofissional, 6) Novas configurações do processo de trabalho, 7) Atenção centrada no paciente, 8) Coesão entre equipe e níveis gerenciais, e 9) Interdependência.

A análise dos resultados fundamentou-se na ocorrência e descrição dos fenômenos relacionados à interprofissionalidade e às práticas colaborativas, especialmente em função das experiências de cuidado colaborativo de natureza interprofissional no âmbito da atenção primária.

Em relação às considerações éticas, este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, número do parecer 1.332.539, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, número do parecer 1.347.033.

Resultados e discussão

O cuidado em saúde, na equipe de saúde da família em que o estudo foi realizado, está organizado na lógica do trabalho em equipe, nos termos preconizados por Peduzzi^{13,21}. A agenda de trabalho semanal dos profissionais participantes deste estudo incluía encontros e reuniões sistemáticas e regulares, que contavam com a presença de toda a equipe. Esses encontros tinham como objetivos: estabelecer acordos ou encaminhamentos e socializar os casos atendidos pelos profissionais no acolhimento diário e nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). As discordâncias na abordagem e acompanhamento dos casos também eram tratadas nesse espaço de discussão e, dependendo da complexidade dos problemas, passavam para outro nível de decisão: a reunião de equipe da unidade básica de saúde (UBS). Durante as reuniões, observou-se que a equipe tem bom conhecimento das características do território de atuação e dos problemas de saúde da população adscrita, com destaque à complexidade da realidade social.

Os processos colaborativos relacionados à interação, em sua dimensão “visão e objetivos compartilhados”, trataram dos aspectos relacionados aos objetivos e orientações centradas no

paciente; do estabelecimento de parcerias profissionais, especialmente nas reuniões de equipe; das novas configurações do processo de trabalho, como a alternância na condução e análise de casos agudos da UBS; do posicionamento profissional horizontalizado, com compartilhamento de informações em caso de divergências, com foco na demanda apresentada pelos pacientes. Esses processos colaborativos foram agrupados em três categorias – Encontros e interações na equipe; Parcerias; e Práticas colaborativas e trabalho interprofissional – que são detalhadas a seguir.

Reconheceu-se que os elementos presentes na categoria 1 – Encontros e interações na equipe – favoreceram o trabalho interprofissional e a prática colaborativa, no âmbito da unidade de saúde, como também observado em outro estudo²⁰. Nesta categoria, verificou-se o potencial dos protocolos assistenciais como instrumentos de interação e sua capacidade de mobilizar discussões, principalmente em função das epidemias de dengue e dos vírus *Zika* e *Chikungunya*, com informações sobre a ocorrência de casos e óbitos dessas doenças; e da situação geral de saúde da população. A integração e o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe puderam ser observados em diferentes momentos. Na UBS estudada, além das reuniões e dos encontros agendados, era comum a troca de informações e conhecimentos em outros espaços institucionais, por exemplo, em conversas informais no intervalo do café.

As parcerias, categoria 2, podem ser observadas em diferentes reuniões de equipe, quando estabeleceram-se acordos entre os profissionais na organização das agendas com vistas a assegurar os direitos dos usuários. Em um desses encontros, a equipe definiu que em função do movimento de paralização dos médicos havia a necessidade de remarcação das consultas das gestantes no pré-natal, havendo sido estabelecido que os ACS fizessem o comunicado das novas consultas.

Quanto às práticas colaborativas e o trabalho interprofissional (categoria 3), o esforço por estabelecer uma nova configuração assistencial para o serviço de saúde, em um curto espaço de tempo, demonstrou coesão entre gerente e equipe da UBS, assim como evidenciou capacidade de articulação da UBS com o nível gerencial superior. Dessa forma, esta iniciativa representou um salto de qualidade em relação à assistência aos casos suspeitos de dengue, *Zika* e *Chikungunya*, com a garantia de acompanhamento desses casos pela equipe de saúde e com a interação com o serviço de controle de zoonoses, que pautava as vistas domiciliares e participava da definição de estratégias de ações com base no endereço dos pacientes notificados. A organização desse ambulatório demonstrou, ainda, que, com direção clara e apoio das equipes de saúde, é possível que a atenção primária cumpra o seu papel na assistência, demonstrado pela complexidade que é o processo saúde-doença, especialmente quando ela se organiza desde uma perspectiva interprofissional e potencializa a prática colaborativa⁴.

Para Molyneux²², as qualidades pessoais, a comunicação entre os membros da equipe e a oportunidade de desenvolver métodos de trabalho criativos podem constituir indicadores positivos da presença de práticas de trabalho cooperativo desenvolvido dentro de uma equipe de saúde. O incentivo e a oportunidade da gestão para com a equipe de saúde, permitindo-lhes desenvolver métodos criativos de atuação, mais adequados ao seu ambiente de trabalho, favorecem o desenvolvimento de compromisso profissional, proporcionando maior potencial de estabelecimento de parcerias com pacientes e suas famílias²².

Outra dimensão dos processos colaborativos é a “internalização”, que reúne diferentes aspectos relativos às interações, à confiança e à convivência mútua. Na esfera dessa dimensão, reconheceu-se neste estudo mais duas categorias: 4 – Resolução de conflitos e 5 – Poder no trabalho em equipe.

O fato de a ESF estar constituída há mais de dez anos foi um fator determinante para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais, e um elemento facilitador de comunicação aberta, assim como confiança e respeito mútuo²³⁻²⁵, aspectos fundamentais para a resolução de conflitos (categoria 4).

Essa mesma categoria 4 também foi observada no caso de uma criança que tinha sido atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com histórico de amigdalite. Mesmo com a segunda dose do antibiótico prescrito, a criança ainda estava muito prostrada e, por esse motivo, a mãe voltou na UBS. A enfermeira atendeu a mãe e a criança, que apresentava febre e placas na garganta. A mãe informou que a criança não estava se alimentando bem e apresentava vômitos. A enfermeira decidiu compartilhar o caso com a médica da sua equipe (com quem tinha trabalhado todos os outros casos

anteriores). A médica, que estava de saída, entendeu que já tinha realizado muitos atendimentos e que então este caso fosse discutido com a outra médica. A enfermeira discordou de que a médica tivesse realizado muitos atendimentos, já que, na realidade, todos os casos foram por ela atendidos. A outra médica informou que, como tinha atendido apenas dois casos, não teria problemas em discutir este caso com a enfermeira. Ambas permaneceram no consultório. Na conversa com a mãe sobre os sintomas, a médica examinou a garganta da criança sem o uso da espátula e não viu placas. A enfermeira questionou o exame da orofaringe e solicitou um com a espátula, o que atestou a existência da infecção. Na sequência, a médica avaliou o hemograma que a criança tinha realizado na UPA, assim como a receita trazida, e concluiu ser necessário mudar o antibiótico prescrito, passando a informar a mãe sobre a conduta a ser adotada.

O conflito é inerente ao trabalho em equipe e é importante o reconhecimento das estratégias para a sua superação²⁶. Estratégias individuais de solução de conflitos incluíram: comunicação aberta e direta²⁷, disposição para encontrar soluções; respeito e humildade. De acordo com Brown et al.²⁶, o trabalho em equipe interprofissional na atenção primária à saúde não é apenas complexo, mas também diverso, sinalizando a importância de identificar as fontes de conflitos e os meios para enfrentá-los.

A categoria 5 – Poder no trabalho em equipe interprofissional, como objeto de compartilhamento entre membros de uma equipe, diz respeito aos conhecimentos e experiências acumuladas, conforme argumenta D'Amour et al.². Para esses autores, o poder não está relacionado à hierarquia entre profissionais ou a postos ocupados ou funções exercidas. Como os encontros da ESF são realizados semanalmente e os casos novos são discutidos em equipe para a tomada de decisão em relação às intervenções necessárias, existe uma dinâmica de trabalho em que as posições são horizontalizadas, o que permite a todos os seus membros se revezarem na condução e análise dos casos, assim como na proposição dos encaminhamentos.

A formalização é a terceira dimensão que está presente nos processos colaborativos² e diz respeito às ferramentas e aos protocolos que apoiam a organização do processo de trabalho. Dentro da dimensão referente à formalização, identificou-se neste estudo mais duas categorias: 6 – Novas configurações do processo de trabalho e 7 – Práticas centradas no paciente.

O atendimento de casos agudos, para todas as faixas etárias, realizado pela UBS obedecia a uma escala de trabalho mediante revezamento semanal das equipes de saúde da família. Quando este estudo foi realizado, dada a grande demanda de casos suspeitos de dengue, houve uma nova configuração do processo de trabalho (categoria 6). A equipe estudada era constituída por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica que, na ação interprofissional que lhes foi demandada, preservavam seus conhecimentos específicos e suas autonomias profissionais. O paciente era encaminhado para a enfermeira que identificava as queixas e seguia o protocolo de classificação de risco, considerando a queixa principal. As dúvidas eram discutidas com a médica e, por consenso, estabelecidos os encaminhamentos necessários. Todo esse processo teve como ferramenta de apoio o prontuário eletrônico, que auxilia no atendimento dos casos, considerando o histórico de saúde do paciente.

Em função das novas epidemias de dengue, *Zika* e *Chikungunya*, novo arranjo assistencial foi definido para as ESF em relação aos casos agudos. Na nova configuração foi montado um ambulatório/observação específico para suspeitos de dengue, *Zika* e *Chikungunya* na sala de reuniões da UBS. Na escala de atendimento aos casos suspeitos dessas doenças, a equipe reunia uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem e um técnico de laboratório. Esse ambulatório foi estruturado com a tecnologia necessária para responder satisfatoriamente à assistência aos casos, inclusive com o apoio diagnóstico. Para o registro do caso era preenchida a ficha de notificação, que consta o endereço da residência. O prontuário eletrônico era acessado para identificação de intercorrências/comorbidades e consulta dos resultados de exames de sangue, que eram encaminhados para o laboratório, analisados na própria UBS. A decisão de estruturação do ambulatório foi tomada conjuntamente pela comissão que discutia a assistência aos casos agudos e pela gerente da UBS.

A literatura tem apontado para a prática centrada no paciente (categoria 7) como sendo fundamental para a qualificação da atenção prestada. De acordo com Kitson et al.²⁸, três temas centrais descrevem a prática centrada no paciente, representada pelos discursos da política de saúde,

Medicina e Enfermagem, sendo eles a participação e envolvimento dos pacientes, a relação entre o paciente e o profissional de saúde e o contexto em que os cuidados são prestados. O que envolve, segundo Clayton et al.²⁹, a prestação de cuidados que o paciente necessita e deseja. Para Sidani e Fox³⁰, existem dados empíricos que mostram haver discrepância entre o cuidado ofertado pela equipe e o cuidado esperado pelos pacientes. De uma forma geral, quando a equipe trabalha de forma integrada, buscando consensos acerca das melhores terapêuticas, existe uma possibilidade de diminuição da distância entre essas expectativas. Para os pacientes é necessário que a equipe leve em conta suas necessidades. Já para os profissionais, a despeito de considerarem relevante que tais necessidades sejam levadas em conta, eles tendem a buscar os protocolos e os referenciais vigentes, o que os aproxima das demandas e os afasta das necessidades relatadas. No caso estudado, assim como em qualquer equipe, houve momentos em que o consenso foi buscado, apesar da presença de conflitos entre posições e entendimentos. No caso brasileiro, existem estudos que sinalizaram para o fato de o estresse e os conflitos vividos pelas equipes serem mal gerenciados, implicando na quebra de vínculos, na produção de novas situações conflituosas e no comprometimento do desempenho profissional dos seus membros³¹.

Em um dos encontros semanais observados, a equipe discutiu o caso trazido pela enfermeira sobre a suspeita de abuso sexual de familiar com uma criança. Todos os componentes da equipe conheciam a situação familiar e, como também envolvia o uso de drogas pelos pais da criança, a enfermeira teve dúvidas em relação à formalização do caso com o preenchimento da ficha de notificação de abuso sexual. As ACS e a médica entenderam que a conduta seria acionar inicialmente a assistente social (AS), para que o caso fosse denunciado ao Conselho Tutelar, como forma de proteção à criança. Após a discussão do caso, com a contribuição de todos os componentes da equipe, considerando que a realidade social era apropriada pela equipe, o consenso foi encaminhar para a AS da UBS.

Em outro encontro da ESF, a enfermeira e a médica discutiram o caso de uma gestante jovem com perda de líquido, que era residente em outro município e que havia mudado para a área de abrangência da ESF há menos de um mês. O entendimento foi o de que o caso era grave e, portanto, havia necessidade de que a ACS fizesse busca ativa no domicílio para certificar que a gestante teria sido atendida na maternidade de referência da unidade.

Além dos encontros da ESF, também eram realizados encontros com a equipe do Nasf uma vez a cada mês, com o objetivo de discutir os casos reconhecidos pela ESF que necessitem de cuidados dos profissionais de apoio do núcleo. No entanto, os encaminhamentos para o Nasf – que são definidos nas reuniões de equipe sem a participação dos pacientes – podem causar estranhamento. Em uma reunião da ESF, a ACS trouxe de volta um encaminhamento feito para a Fisioterapia do Nasf, que a mãe não reconhecia como necessário por entender que a criança não tinha problemas. Tal desconhecimento evidenciou para a equipe que, embora todos estivessem apropriados da situação de saúde da criança e houvesse consenso acerca do apoio necessário, a mãe não havia sido suficientemente envolvida ou informada.

A dimensão Governança diz respeito à centralidade, liderança, suporte para inovação e conectividade implicada na ação; tem caráter organizacional; e reuniu as categorias 8 – Coesão entre equipe e níveis gerenciais e 9 – Interdependência.

A categoria Coesão entre equipe e níveis gerenciais é definida por D'Amour et al.² como sendo a interação entre os gestores e profissionais de saúde, parte importante do trabalho em saúde, e a qualidade dessa articulação como podendo potencializar a colaboração e alcançar uma prática mais integral. No caso do trabalho da equipe estudada, o estabelecimento de uma agenda semanal para as reuniões de equipe correspondeu a uma decisão gerencial que contribuiu para a articulação de tal equipe, assim como a troca de informações e, portanto, a definição de um processo de comunicação contínuo. Além disso, a existência de espaço específico para a realização das reuniões e encontros na própria unidade de saúde resultou na institucionalização, do ponto de vista gerencial, dos espaços de negociação como organizadores do trabalho da equipe estudada.

De acordo com Abbad et al.³², existem, no cotidiano do trabalho em saúde, tensões, conflitos e discordâncias com relação à condução ou à responsabilização de casos, à tomada de decisão ou às escolhas de procedimentos e terapêuticas que precisam ser contornadas ou superadas para que se

alcance o trabalho colaborativo. A forma como tais tensões ou conflitos serão percebidos e mediados poderá contribuir para maior ou menor coesão na equipe.

A categoria 9 – Interdependência foi observada na equipe de Saúde da Família, cuja relação com profissionais especialistas, como o pediatra, constituía-se de forma interdependente. O caso de uma criança atendida pela médica de família ilustra essa necessidade de compartilhamento. A criança chegou à UBS por volta das dez horas, completamente sonolenta e com a glicemia capilar alterada, o que exigiu a administração de soro venoso glicosado e, na sequência, o pedido de uma ambulância para transferência para a UPA. A médica de família e a pediatra procuraram saber da avó e da mãe a possibilidade de a criança ter tomado algum medicamento como imitação das ações dos adultos. Outra possibilidade seria o uso de drogas pela mãe, uma vez que a criança ainda amamentava. Não houve confirmação das suspeitas por parte da avó e da mãe que acompanhavam a criança. A pediatra explicou que, em casos dessa natureza, em que existe a hipótese de uma intoxicação por medicamento ou droga, o caminho é fazer o contato com o hospital de referência para esses casos. Informou ser este um canal importante, uma vez que possui tecnologia disponível (um *software*) no qual, ao descrever os sintomas do paciente é possível identificar se trata-se de uma intoxicação e quais ações devem ser tomadas naquele nível de atenção à saúde. Foi entendido por ambas as profissionais que o caso precisava de mais esclarecimentos, uma vez que a alternância entre a sonolência e o despertar apresentada pela criança era compatível com intoxicação. Estudo realizado no Brasil, ao tratar fatores relacionados à comunicação, desde uma perspectiva interprofissional, chamou a atenção para a importância do compartilhamento de informações e da interação como uma interlocução que deve envolver, de forma ativa, profissionais, pacientes e seus familiares para que haja o entendimento desejado³³.

Tal prática colaborativa implica no reconhecimento da interdependência entre os profissionais, entendida como um desejo comum de resolver as necessidades do paciente, e como forma de fazer emergir a sinergia entre aportes antes tidos como individualizados².

Considerações finais

Os elementos associados às práticas colaborativas e à ação interprofissional em saúde envolvem aspectos que, para serem mais bem compreendidos, precisam ser abordados desde uma perspectiva qualitativa. Conceitos presentes no cotidiano do trabalho em equipe trazem nuances que, dada a sua complexidade, exigem uma imersão por parte do pesquisador. Nesse sentido, cabe reconhecer alguns limites do estudo, próprios da observação participante empreendida; o reconhecimento dos fenômenos que se fizeram presentes na presença do pesquisador; e a dificuldade de observação de práticas e eventos raros presentes no cotidiano do trabalho. As abordagens qualitativas ampliam tanto a incorporação de instrumentais metodológicos mais adequados à aproximação com os fenômenos presentes nas práticas profissionais desenvolvidas em ambientes dinâmicos – como é o caso daqueles encontrados em equipes de saúde na atenção primária, orientadas pela estratégia saúde da família – quanto dimensões não mensuráveis presentes nas relações interpessoais de profissionais e pacientes e entre profissionais.

O estudo realizado evidenciou avanços na incorporação de práticas colaborativas no âmbito da atenção primária e na criação de espaços mais favoráveis ao diálogo e ao estabelecimento de consensos que resultam em cuidado integral e segurança do paciente, a despeito dos conflitos e das tensões próprias do processo de trabalho em saúde.

Considerando os resultados obtidos, sugerem-se estudos complementares capazes de relacionar a incorporação de práticas colaborativas à segurança dos pacientes, na perspectiva da saúde da família.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

Contribuições dos autores

O campo foi realizado pela primeira autora. Todos os autores contribuíram para a preparação do manuscrito, participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão crítica e da aprovação da versão final deste artigo.

Referências

1. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-97.
2. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:116-31.
3. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:8-20.
4. Khalili H, Hall J, DeLuca S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care*. 2014; 28(2):92-7.
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
6. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ*. 1999; 33(2):95-100.
7. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM, et al. Evaluation of brazilian primary health care from the perspective of the users accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017; 40 Suppl 2:60-70.
8. Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
9. D'Amour D, Goulet L, Labadie J, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
10. Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's Unified Health System American. *J Public Health*. 2012; 102(11):69-77.
11. Mcpherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Qual Health Care*. 2001; 10 Suppl 2:46-53.
12. Aguilard-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011; 16(1):67-184.
13. Schraiber LB, Peduzzi M. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
15. Yin RK. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso; 2016.
16. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

17. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis*. 2013; 23(2):511-29.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
21. Peduzzi M. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
22. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *J Interprof Care*. 2001; 15(1):29-35.
23. Alpert HB, Goldman LD, Kilroy CM, Pike AW. 7 Gryzmish: toward an understanding of collaboration. *Nurs Clin North Am*. 1992; 27(1):47-59.
24. Pike AW, McHugh M, Canney KC, Miller NE, Reiley P, Seibert CP. A new architecture for quality assurance: nurse-physician collaboration. *J Nurs Care Qual*. 1993; 7(3):1-8.
25. Siegler EL, Whitney FW. Nurse-physician collaboration. Care of adults and the elderly. New York: Stringer Publishing Company; 1994.
26. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011; 25(1):4-10. doi: 10.3109/13561820.2010.497750.
27. Pereira RC, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):327-40.
28. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013; 69(1):4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x.
29. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters. *Patient Educ Couns*. 2011; 84(3):294-302.
30. Sidani S, Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care*. 2014; 28(2):134-41. doi: 10.3109/13561820.2013.862519.
31. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicol Soc*. 2013; 25(2):461-8.
32. Abbad GS, Parreira CMSF, Pinho DLM, Queiroz E. Ensino na saúde no Brasil. Curitiba: Juruá; 2016.
33. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Esp 2:16-24.

Escalda P, Parreira CMSF. Dimensiones del trabajo interprofesional y prácticas colaborativas desarrolladas en una unidad básica de salud, por equipo de Salud de la Familia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1717-27.

El objetivo de este artículo es identificar las dimensiones del trabajo interprofesional y de las prácticas colaborativas desarrolladas por un equipo de salud de la familia en una unidad básica de salud. Se trata de investigación cualitativa realizada mediante observación participativa del trabajo desarrollado por profesionales de la salud. El estudio realizado mostró avances en la incorporación de prácticas colaborativas en el ámbito de la atención primaria y en la creación de espacios más favorables al diálogo y al establecimiento de consensos que resultan en cuidado integral y seguridad del paciente, a pesar de los conflictos y de las tensiones propias del proceso del trabajo en salud.

Palabras clave: Trabajo en equipo. Trabajo interprofesional. Investigación cualitativa.

Submetido em 03/11/17. Aprovado em 16/05/18.

Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial

Christine Wetzel^(a)
 Eglê Rejane Kohlrausch^(b)
 Fabiane Machado Pavani^(c)
 Franciele Savian Batistella^(d)
 Leandro Barbosa de Pinho^(e)

Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, Batistella FS, Pinho LB. Analysis of interprofessional in-service education in a Psychosocial Care Center. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1729-38.

This article aims to analyze the interprofessional in-service education from the point of view of workers from a Psychosocial Care Center. It is part of the research study "Qualitative Evaluation of the Mental Health Services Network for Crack Users (ViaREDE)," whose methodological approach was the Fourth Generation Evaluation. The evaluation process provided reflections on interprofessional education based on the Integrated Multiprofessional Health Residency from the point of view of the Psychosocial Care Center's workers. The study showed residencies are important strategies for the development of interprofessional work in healthcare, contributing to permanent education actions and the creation of change processes in care practices. However, they still experience challenges in the micropolitical dimension between workers and residents.

Keywords: Interdisciplinary practices. Permanent education. Internship and residency. Mental health.

Este artigo propõe a analisar a formação interprofissional em serviço a partir da perspectiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial. Trata-se de um estudo da pesquisa "Avaliação Qualitativa da Rede de Serviços de Saúde Mental para Atendimento a Usuários de Crack (ViaREDE)", que teve como percurso metodológico a Avaliação de Quarta Geração. O processo avaliativo possibilitou reflexões sobre a formação interprofissional na modalidade da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, na perspectiva dos trabalhadores da Atenção Psicossocial. O estudo demonstrou que as residências são importantes estratégias para o desenvolvimento do trabalho interprofissional no campo da Atenção à Saúde, contribuindo para as ações de educação permanente e a construção de processos instituintes de mudanças para as práticas de cuidado, ao mesmo tempo em que ainda vivenciam muitos desafios na dimensão micropolítica do encontro trabalhador-residente.

Palavras-chave: Práticas interdisciplinares. Educação permanente. Internato e residência. Saúde mental.

^(a, b, e) Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-110. cwetzel@ibest.com.br; eglek@hotmail.com; lbpinho@ufrgs.br

^(c, d) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), Escola de Enfermagem, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. fabianepavani04@gmail.com; fransavian@gmail.com

Introdução

A assistência em Saúde Mental no Brasil tem uma história longa de discussões, propostas e experiências bem-sucedidas na transformação de uma assistência centrada no hospital psiquiátrico especializado para uma ampla rede descentralizada de tratamento, acompanhamento, reabilitação psicossocial e promoção da cidadania a pessoas em sofrimento psíquico.

Foi colocada em funcionamento uma gama de serviços alternativos ao manicômio, que vem alterando radicalmente a forma de lidar com a loucura, na qual tratar implica em cuidar sem excluir e estigmatizar. Pode-se afirmar que, com a Reforma Psiquiátrica brasileira, avançou-se muito nos últimos anos, com o crescimento acentuado do número de novos serviços. Embora esse fato deva ser comemorado pelos trabalhadores do campo reformista e pelo Estado, ainda existem lacunas significativas¹.

Uma dessas lacunas se evidencia no campo da formação profissional em Saúde Mental. Muitos estudantes continuam a obter no ensino, tanto no nível técnico quanto no universitário, apenas os conhecimentos constituídos no enquadre do antigo modelo: uma psicopatologia baseada na discutível "apresentação de enfermos", uma psicofarmacologia que se crê autossuficiente, uma clínica ordenada em torno da consulta e dos consultórios.

Por outro lado, o ensino e a discussão das políticas públicas de Saúde e Saúde Mental são praticamente omitidos quando as instituições de ensino preparam para atender a uma determinada classe social e não a todos os cidadãos do seu país. Tudo se passa como se essa perspectiva fosse a única existente e possível, elidindo tantas outras que se desenham no Brasil e no mundo².

Esse cenário configura-se em um dos maiores desafios colocados atualmente para a Reforma Psiquiátrica. As sucessivas transformações paradigmáticas e assistenciais trouxeram necessidades em relação à formação do trabalhador. Além de saber a clínica tradicional, o novo trabalhador precisa ter em mente que o campo multifacetado do cuidado perpassa a incorporação de noções de rede, trabalho em equipe e participação social e comunitária.

Silva et al.³, por exemplo, mencionam que investir em Saúde Mental requer um modelo de formação embasado, entre vários fatores, em profissionais com formação em direitos humanos, que desenvolvam trabalho multidisciplinar, que se relacionem com outros setores da sociedade e que tenham capacidade de programar atividades culturais, esportivas, artísticas e de geração de renda. De acordo com Peduzzi et al.⁴, a tendência dos profissionais de saúde é atuar de forma fragmentada e desvinculada à abordagem integral que contempla as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos usuários e da população.

Apesar de essas habilidades ainda estarem em processo de construção entre os profissionais em Saúde Mental, por serem consideradas características subjetivas e conseqüentemente pontuais, estudos^{3,5,6} vêm apresentando propostas que tenham como diretriz pedagógica a educação no e pelo trabalho, pois é a partir da vivência e da relação com a realidade do mundo do trabalho e da vida que processos críticos e reflexivos podem emergir, possibilitando a produção de processos instituintes de mudança.

É nesse contexto que a educação interprofissional surge, que consiste em oportunidades de formação conjuntas para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, ou seja, dois ou mais núcleos profissionais aprendem e trabalham juntos, em uma perspectiva de trocas e compartilhamento de saberes. A educação interprofissional começou a ser discutida recentemente em países desenvolvidos, almejando o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Os princípios que norteiam a educação interprofissional se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos trabalhadores componentes de uma equipe de trabalho^{7,8}.

⁹⁾ Apesar de a legislação vigente utilizar o termo Residências Multiprofissionais em Saúde, utilizamos o termo Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, buscando demarcar que para além de serem multiprofissionais, essas modalidades de formação devem estar voltadas para os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e do trabalho interprofissional.

No Brasil, uma das estratégias de implementação da educação interprofissional em serviço pode ser visualizada a partir das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (Rims)⁽⁹⁾, implantadas pela Política de Educação Permanente em 2004 com o objetivo de formar profissionais de saúde, visando superar tanto as fragmentações do ensino, do conhecimento e do cuidado na atenção em saúde quanto a construção de novos conceitos do processo educativo, voltado às necessidades de saúde da população e pautado no trabalho em equipe⁹.

As Rims são ações estratégicas para transformar a organização dos serviços, o processo de formação, as ações de saúde e as práticas pedagógicas, ação que, por sua vez, implicaria em novos processos de trabalho articulados com as instituições formadoras e o sistema de saúde. A dimensão política da formação de profissionais a partir das Rims inseriu-se pela modalidade de especialização e atualmente abrange o cenário nacional de formação dos profissionais de saúde por meio de seus programas.

A Residência pode ser considerada um dispositivo capaz de provocar melhorias na formação dos profissionais, pois, apesar das dificuldades apresentadas ao longo da formação acadêmica, o ingresso na Residência oferta a oportunidade de trabalhar envolvido não somente pelos aspectos determinantes no processo saúde-doença, mas principalmente pelo conceito de saúde ampliado¹⁰.

Essas reflexões também foram encontradas durante a pesquisa intitulada ViaREDE, que teve como objetivo avaliar a rede de atenção psicossocial para o atendimento a usuários de *crack* de um município brasileiro. A formação dos profissionais como estratégia de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental foi abordada pelos trabalhadores nesse processo avaliativo, tendo como um dos temas as Rims.

Considerando o atual cenário, entendemos que os espaços de ensino e formação podem ser catalisadores e multiplicadores de novos trabalhadores para a atenção psicossocial e o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, por mais avanços que a lógica da formação multiprofissional agregue às políticas públicas de Saúde Mental, notamos forte movimento contrário a essa consolidação. Este artigo, portanto, propõe analisar a formação interprofissional em serviço a partir da perspectiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD).

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e avaliativa; parte da pesquisa "Avaliação Qualitativa da Rede de Serviços de Saúde Mental para Atendimento a Usuários de Crack (ViaREDE)"; financiada pelo Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/Ministério da Saúde) e desenvolvida em um município do estado do Rio Grande do Sul.

A Avaliação de Quarta Geração (AQG), desenvolvida por Guba e Lincoln¹¹ e adaptada por Wetzel¹², norteou o processo teórico-metodológico da pesquisa. Refere-se a uma avaliação implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista, na qual as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação seja necessária) do processo avaliativo, por intermédio de um processo interativo e participativo¹³.

O envolvimento dos grupos de interesse no processo avaliativo teve o objetivo de tanto buscar questões mais pertinentes no contexto da avaliação quanto potencializar a sua capacidade de análise. Considera-se importante a

dimensão formativa da AQG, destinada a aumentar o poder de contratualidade dos grupos e a sua ação transformadora¹⁴.

Na pesquisa ViaREDE, foram incluídos quatro grupos de interesse: usuários, familiares, trabalhadores do Caps-AD e gestores. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2013, mediante a realização de entrevistas.

As entrevistas com cada grupo selecionado foram conduzidas pela aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético¹³. Na primeira entrevista, foi solicitado que o entrevistado falasse, de modo geral, sobre o atendimento aos usuários de *crack* no município. A análise dos dados foi realizada consecutivamente, identificando unidades de informação, que permitiram uma formulação inicial de temas sobre o objeto de investigação. Já na segunda entrevista, o entrevistado expôs suas próprias questões sobre o assunto e, em seguida, os temas que emergiram da primeira entrevista foram introduzidos para sua apreciação.

Esse procedimento repetiu-se com todos os integrantes do grupo, permitindo que cada entrevistado se manifestasse e opinasse a respeito das construções que foram surgindo ao longo das análises das entrevistas dos demais participantes do estudo, em seus respectivos grupos de interesse. Ressaltamos que o método de análise dos dados utilizado é baseado no Método Comparativo Constante e, por isso, exigiu que a coleta e a análise de dados fossem processos paralelos, um direcionando o outro¹¹.

Ao término do Círculo, foi realizada a etapa da negociação. Conforme a metodologia da AQG, essa etapa consiste na apresentação dos resultados provisórios analisados pelos pesquisadores para os respectivos grupos de interesse¹³. Esse momento proporcionou aos participantes o acesso à totalidade das informações obtidas na pesquisa e a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Após a negociação com os grupos, ocorreu a etapa final de análise dos dados, quando as unidades de informação foram reagrupadas, permitindo a construção de categorias temáticas. Cada categoria temática possibilitou a construção de textos avaliativos, sendo a palavra "texto" aqui usada com o sentido que lhe é atribuído pela hermenêutica, ou seja, um conjunto de signos articulado por determinado sujeito, individual ou coletivo¹⁵.

Ressaltamos que cada grupo de interesse levantou um conjunto de questões a partir do lugar e da relação que estabelecem com o objeto da avaliação e, por isso, aspectos que foram avaliados por um grupo nem sempre surgiram nos demais. Para este artigo, utilizamos os dados correspondentes ao grupo de interesse dos trabalhadores do Caps-AD do município estudado, composto por oito participantes. Os temas centrais desse grupo foram: a rede de saúde e intersetorial, o processo de trabalho e o modelo de atenção. Em relação ao modelo de atenção, uma das questões avaliadas foi relacionada à formação no campo da atenção psicossocial, tendo como eixo as Rims. O seu disparador foi o fato de o local da pesquisa ter sido cenário de práticas de um programa de residência multiprofissional na área da Saúde Mental e, a partir dessa experiência, o processo avaliativo possibilitou reflexões sobre o serviço enquanto espaço de formação. Além disso, a inclusão dos trabalhadores parte do seu reconhecimento como um grupo de interesse estratégico na discussão dessa temática.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo nº 20157/2011) e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep/Ministério da Saúde – Parecer nº 337/2012). Os princípios éticos também foram assegurados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes em duas vias, e a garantia do anonimato dos sujeitos foi feita pela identificação destes pela letra "E", de "equipe", seguida pela numeração da entrevista (1-8).

Resultados e discussão

As questões que emergiram do empírico relacionadas à temática da formação em serviço foram: a articulação ensino-serviço, a dimensão clínica e política do cuidado, os desafios do trabalho interprofissional, os conflitos no cotidiano e a importância da residência para o campo da atenção psicossocial.

Em relação à articulação do ensino-serviço, os trabalhadores do Caps-AD pontuam uma distância entre o que é ensinado na academia e o que é vivenciado na realidade dos serviços de saúde. Nesse

sentido, os residentes que são, em sua maioria, recém-egressos da graduação, ao se depararem com essa outra realidade, descobrem um território muito diferente daquele que aprenderam na universidade. Isso quer dizer que emergem conflitos e dificuldades na relação com os campos, o que pode ser observado no relato a seguir:

No mercado de trabalho ele se depara com a realidade que não é aquela que se dá na universidade. [...] Alguns professores [...] formam os alunos para atender em instituições privadas, quando 80% dos serviços de saúde são públicos. (E6)

Acho que a academia tem uma distância imensa do SUS. (E7)

Destacam ainda que as universidades não têm conseguido preparar os profissionais para o comprometimento e a responsabilização, necessários para o trabalho no SUS e no campo da Saúde Mental, o que se reflete em uma postura dos residentes, muitas vezes observada pelos profissionais, de “vou, mas não vou muito” (E8).

Segundo Costa¹⁶, estão entre os desafios e obstáculos para a efetivação da educação interprofissional na formação dos trabalhadores de saúde a própria estrutura física das universidades, que se organizam de maneira separada e fragmentada. O autor também cita a lógica de formação que ainda é muito específica e conteudista, contribuindo para ações que dificultam a construção de estratégias capazes de formar trabalhadores com habilidades, atitudes e valores pautados na colaboração.

Os profissionais demonstraram reconhecer a importância dos dispositivos de formação interprofissional, como as Rims, e especializações em Saúde Mental para a formação de trabalhadores no campo da Atenção Psicossocial, ao considerar que aqueles que passam por essas experiências possuem outro olhar para as questões da prática:

Assim, aqui no Caps todos os profissionais de nível superior têm residência ou especialização em Saúde Mental. Então eu acho que quem fez uma residência, que passou por lugares de Saúde Mental, tem outra visão. (E4)

Essa visão diferente pode ser entendida no âmbito das vivências sobre as necessidades das pessoas que procuram o serviço, a realidade de vida e as condições sociais, econômicas e de classe, assim como a realidade do serviço em ofertar o cuidado a elas.

É a partir desse momento que se estabelece uma relação capaz de ser terapêutica e de construir um novo saber¹⁷. Nesse sentido, as residências têm se configurado como alicerce para uma formação qualificada dos profissionais de saúde ao oportunizar uma vivência baseada na integralidade e na interdisciplinaridade, assim como as reforça como práticas diárias na construção do conhecimento¹⁸.

Quanto aos desafios do trabalho interprofissional, os profissionais identificaram dificuldades enfrentadas em relação ao seu papel ao lidar com a complexidade da dimensão micropolítica do processo de formação dos residentes no serviço, tendo em vista as especificidades das Rims. Esse processo formativo demanda, além dos desafios do trabalho interprofissional, mudanças e adaptações dos próprios trabalhadores nem sempre compatíveis com o cotidiano do serviço: “As pessoas vêm malformadas, vêm viciadas, vêm com essa ideia ainda acadêmica, no sentido do lugar protegido, um lugar privilegiado, do lugar do sabedouro, do sabidão” (E7).

Esse relato remete aos conceitos de trabalho interprofissional que, assim como o multiprofissional, são assuntos presentes em diversas discussões no cenário brasileiro, tidos como desafios a serem superados na prática. Entende-se por trabalho multiprofissional a composição de diferentes disciplinas, em que o conhecimento específico é a base para a atuação de cada profissional. Já o interprofissional incorpora a noção de trabalho em equipe, que resulta na otimização do cuidado em saúde com vistas à saúde integral do usuário, por meio do trabalho interacional. Nesse sentido, as residências são tidas como alternativas ao encontro do desenvolvimento de habilidades, atitudes, valores e decisões, que estimulam a prática colaborativa do trabalho em saúde^{19,20}.

Por outro lado, os trabalhadores apontam que as estratégias para superar esses desafios no encontro trabalhador-residente e as lacunas da formação podem acontecer no decorrer do processo de

“fazer residência e ser residente”. Isso quer dizer que o trabalho se ressignifica na própria experiência enquanto um trabalhador em formação no serviço, ou seja, um trabalhador em relação com o coletivo e que precisa incorporar as premissas da integração em sua prática, para poder entender e processar as mudanças no campo da Saúde Mental com mais segurança: “A formação em serviço perpassa pelos espaços de diálogo – ter reunião de equipe, pensar coletivamente, estar aqui junto, retomando todos os dias o que a gente veio fazer, perguntando, se olhando, olhando para as nossas vulnerabilidades enquanto trabalhador” (E7).

Sendo assim, os profissionais identificaram o que é conhecido como efeito Paideia do trabalho em equipe. Conforme Campos²¹, trata-se de uma educação para a vida que tem como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de cogestão, que permitam aos sujeitos participarem dos processos de trabalho, de educação e de intervenção.

Outra questão relaciona-se à necessidade de uma maior articulação das dimensões clínica e política do cuidado. Os profissionais trazem esse tema como um desafio da prática, na busca da superação dessa relação fragmentada. No cotidiano de trabalho, essas dimensões aparecem como dicotômicas e acabam, muitas vezes, separando tanto a equipe dos residentes quanto os próprios trabalhadores da equipe, ao invés de agregá-los em suas diferenças:

Acho importante discutir políticas em saúde, mas acho que a residência se resume muito a isso. Na minha opinião e inclusive por demanda dos próprios residentes. O professor de Educação Física e a egressa da Residência estavam falando: “Porque aí [os residentes das Rims] só querem discutir Saúde Mental, Saúde Coletiva e Pública e os médicos só querem discutir caso.” Acaba desagregando e não funcionando. (E8)

No âmbito da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a separação entre o que é do campo da clínica e o que é do campo da política aponta para a fixação em lugares instituídos de saber/poder e de especialismos. É possível perceber um território onde ainda predominam a produção de práticas e indivíduos por oposição binária, ou seja, que os conecta a identidades definidas por especialismos tecnocientíficos, característicos da sociedade capitalista, e a oposições do tipo teoria *versus* prática, sujeito *versus* objeto.

A problematização dessa fixação tornou possível entendê-la, no contexto da pesquisa, não como algo individual ou pessoal dos trabalhadores, mas como resultado de um modelo de atenção que, apesar das transformações operadas no campo psicossocial, ainda imprime com muita força suas verdades para os sujeitos que integram esse cenário. Entende-se que a problematização e o tensionamento dessas dicotomias, a partir da discussão do Caps-AD enquanto cenário para formação multiprofissional, permitiu, para além da sua mera análise (mesmo que parcial), o repensar transformador das práticas instituídas.

No caso do Caps-AD em estudo, houve um conflito entre os residentes e a equipe que levou a sua cisão, sem que se estabelecesse um espaço de mediação. Isso evidenciou não mais uma produção nas diferenças, tão essenciais para a prática de cuidado em saúde, mas, sobretudo, uma dicotomia fragmentária de diversas dimensões: entre os residentes e a equipe; entre o interprofissional e o uniprofissional; entre a formação e o serviço; e entre a teoria e a prática, o que, nos seus reflexos, mostra a fragmentação entre as dimensões clínica e política. Essa cisão, até mesmo pela hegemonia do modelo cartesiano, tende a separar as diferenças, dificultando olhar de maneira processual as possibilidades de integração.

A resposta a essas dificuldades, tensões e conflitos foi o fechamento do Caps-AD enquanto cenário de prática das Rims. No entanto, no processo avaliativo, os profissionais tiveram o entendimento de que seria o momento de rever esse posicionamento:

Uma coisa que eu acho bem importante pontuar sobre as equipes de residência que passaram no ano que eu estava aqui: teve problemas de relacionamento com a equipe e isso é uma via de mão dupla. Uma coisa que eu não concordei e que fui voto vencido é terem afastado a residência. Acho que a gente pode construir estas coisas. (E8)

Aqui, é possível perceber que as Rims, no cenário da pesquisa, produziu rupturas, que resultaram em movimentos de reflexão. A formação multiprofissional favorece a crítica construtiva sobre a reorganização do trabalho, ressaltando as práticas colaborativas e suas implicações no cuidado para a resolução de alguns problemas enfrentados, assim compreendendo o processo de trabalho em grupo^{22,23}.

Ao encontro disso, fica evidenciado o reconhecimento da importância da residência para o campo da atenção psicossocial a partir da atuação dos residentes nos espaços comunitários e de participação social do município, e o quanto a saída dos residentes desse cenário de práticas influenciou no desmonte do espaço da Associação de Usuários: “Eu acho que ela [a Associação] parou um pouco, porque mudou. Era com a residência, e aí com a saída delas [as residentes] parou... Então, com a quebra desses períodos e dos residentes saírem, talvez quebrou esse elo [...]” (E6).

A partir desses aspectos, observa-se que o papel da residência e dos residentes é algo contraditório e potente, devendo ser constantemente repensado no contexto das políticas locais de saúde. A contradição se revela na inclusão do residente como parte da equipe, em um momento já de consolidação desta nos serviços de saúde. Sendo trabalhadores já formados, os residentes também ocupam o lugar de residentes/estudantes em formação, com vínculos temporários com aquele contexto.

Assim, entendemos que o residente assume um papel importante nos cenários de prática, ao mesmo tempo em que ocupa o lugar do estrangeiro, agindo e produzindo naquele cenário, mas em local de passagem, onde pode não haver continuidade. Essa é uma contradição interessante que, ao mesmo tempo em que fortalece o processo, porque faz a realidade mudar, pode também fragilizá-la. Nesses casos, as Rims ainda precisam ser discutidas do ponto de vista de diretrizes pedagógicas capazes de articular o papel multiprofissional das residências às necessidades dos locais de prática e às necessidades de saúde da população das regiões onde estão implantadas.

As Residências constituem-se como espaços intercessores das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), pois possibilitam um ambiente de relações, que se produz no encontro entre trabalhadores, proporcionando a produção de mudanças nas práticas de cuidado em saúde. Dentro do movimento interdisciplinar do trabalho em equipe, é construído um processo de aprendizagem voltado ao cuidado integral à saúde das pessoas e à melhora da qualidade de vida da comunidade e à abordagem das necessidades de saúde da população para além do âmbito individual-biológico²⁴. Nesse sentido, conseguimos visualizar junto com os trabalhadores participantes da pesquisa, por meio do referencial metodológico da AQG, que a presença das Rims no Caps-AD em estudo produziu um espaço intercessor de educação permanente para os trabalhadores e residentes do serviço, a partir da problematização do processo de trabalho no campo da Saúde Mental.

Entendeu-se que, mesmo ocorrendo a cisão com a residência, o encontro trabalhador-residente foi potente para enunciar processos instituintes de mudança no trabalho em Saúde Mental do serviço, constituindo-se a partir do compartilhamento e trocas de saberes entre os trabalhadores, essenciais para a produção de cuidado em Saúde Mental, para o avanço da Reforma Psiquiátrica e para a reorientação da formação e do modelo de atenção à saúde.

A produção de estratégias conjuntas e pactuadas que tenham a sua orientação na emancipação; a partir do conhecimento produzido pelas áreas das ciências sociais, das políticas de saúde, da epidemiologia, do planejamento em saúde, da clínica e dos processos pedagógicos; devem favorecer a base sobre a qual todos os atores envolvidos devem se afirmar para fornecer elementos não só para a saúde biológica dos indivíduos, mas também para a cidadania, como parte indispensável da existência²⁵.

Conclusão

O encontro trabalhador-residente é, muitas vezes, permeado de conflitos e tensões que se desenrolam no campo de saberes e práticas no cotidiano de trabalho. O processo avaliativo participativo desenvolvido com a inclusão dos trabalhadores do Caps-AD possibilitou que fossem evidenciadas algumas dificuldades e desafios desse encontro, pautadas pelo distanciamento entre o que é ensinado na universidade e a realidade nos serviços de Saúde Mental. O encontro entre equipe e

residentes se dá em um constante e simultâneo processo de construções-desconstruções-construções, próprio da complexidade e dinamicidade envolvida na articulação formação e serviço, nos processos de educação permanente e na formação interprofissional.

Também foi possível perceber que, à medida que as universidades ainda se encontram muito distantes das necessidades concretas da Rede de Atenção Psicossocial e dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, as Rims trazem a esse cenário possibilidades de construção de outros modos de olhar e de outras posturas éticas dos trabalhadores, consoantes aos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, as residências ainda mantêm muitos desafios, no que se refere à dimensão micropolítica do processo formativo do residente que transita pela realidade dos serviços de saúde, trazendo a ideia do lugar privilegiado do espaço acadêmico que destoa da realidade encontrada. Ao mesmo tempo, entendeu-se que, apesar dessas dificuldades, o fechamento desses cenários de prática, enquanto espaços de formação, tornam ainda maior o abismo entre formação e serviço.

As Rims e os residentes habitam um lugar de não lugares, que nos cenários de prática enuncia processos instituintes de construção de espaço, ao mesmo tempo em que a própria equipe é também convocada a ir se modificando e se ressitando nesse processo. Apostamos, nesse sentido, que é justamente no habitar desse não lugar do residente que a potência do inesperado e a dimensão das possibilidades aparecem. Essas enunciações podem, no entanto, processar-se de maneira conflitiva, permeada por tensões e estranhamentos, que necessitam, portanto, de espaços, ferramentas e recursos estratégicos para a promoção de diálogo, mediação e negociação permanentes entre trabalhadores, residentes e programas de residências. Essas articulações possibilitam a construção de um plano do comum pautado nas diferenças, na medida em que podem produzir, em vez de relações dicotômicas e fragmentárias, ressonâncias positivas e construtivas para as práticas interprofissionais de cuidado em saúde.

Dessa maneira, visualizou-se que a presença da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental no Caps-AD em estudo constitui-se como espaços de trocas, crescimento, aprendizado, de educação permanente e, por fim, de formação para a Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Mesmo havendo o distanciamento dos residentes do serviço, a relação estabelecida no encontro trabalhadores-residentes estimulou processos de mudança em relação a formas já instituídas de pensar o processo de trabalho. Ao mesmo tempo, compreendeu-se que a AQG foi um dispositivo importante de um “fazer falar” e um “fazer ouvir-se” dos trabalhadores quando enunciam e expõem as dificuldades encontradas com a presença dos residentes no serviço, os incômodos e afecções que sentiram as potencialidades que vislumbraram, as problematizações que fizeram e os limites que reconheceram em todo esse processo.

Ressaltamos que um dos grandes desafios das avaliações em saúde é que possam impactar em transformações da realidade na direção da reorientação do modelo de atenção. Encontramos na AQG a possibilidade de, mediante o processo avaliativo, contemplar as questões, as preocupações e as reivindicações dos trabalhadores.

Dessa forma, o tema da formação interprofissional e do serviço enquanto espaço para sua concretização aparece como uma questão relevante para esse grupo mesmo que já discutida em estudos anteriores. Essa perspectiva vai ao encontro das pesquisas qualitativas que têm por finalidade principal aprofundar determinados temas que percorrem o campo prático e teórico, situados em determinado contexto, entendendo que essas verdades são produzidas nos lugares, nas relações, na cultura e na história.

Assim, a abertura para esse tema possibilitou estabelecer uma interlocução com o serviço, reeditando o seu sentido no contexto estudado. Possibilitou também que a dimensão formativa do processo participativo ampliasse a capacidade de análise dos grupos envolvidos, permitindo repensar decisões anteriormente tomadas e reconstruir estratégias de intervenção nas práticas em saúde.

Colaboradores

Christine Wetzel, Eglê Rejane Kohlrausch e Leandro Barbosa de Pinho participaram ativamente da coleta e análise dos dados, da concepção do artigo, da discussão dos resultados, da revisão crítica e da aprovação da versão final do manuscrito. Fabiane Machado Pavani e Franciele Savian Batistella participaram ativamente da discussão dos resultados do trabalho, da revisão crítica e da aprovação da versão final.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa pelo edital no 41/2010.

Referências

1. Gama JA, Zanerato E. Cursos de especialização e residências multiprofissionais em saúde mental. In: Lobosque AM, organizadora. Caderno saúde mental. Seminário saúde mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG; 2010. p. 187-95.
2. Lobosque AM. Caderno saúde mental. Seminário saúde mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG; 2010.
3. Silva DL, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):325-35.
4. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
5. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):229-33.
6. Lobato CP, Melchior R, Baduy RS. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*. 2012; 22(4):1273-91.
7. World Health Organization. World Health Report 2010: working together for health. Geneva: WHO; 2010.
8. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-97.
9. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):e2760014.
11. Guba E, Lincoln Y. *Effective evaluation*. 2a ed. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1988.
12. Wetzel C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
13. Guba E, Lincoln Y. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora Unicamp; 2011.
14. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(31):343-55.

15. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
16. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
17. Amarante P, Cruz LB. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps; 2008.
18. Mota RBA. Programa de residência multiprofissional integrada em saúde: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 A 2015 [dissertação]. Recife (PE): Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
19. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):601-13.
20. Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Neto GC, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(10):5944-51.
21. Campos GWS. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trab Educ Saude*. 2006; 4(1):19-32.
22. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):337-50.
23. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93.
24. Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14 Supl 1:1421-8.
25. Saippa-Oliveira G, Koifman L, Pinheiro R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMSUERJ, Cepesc, Abrasco; 2006. p. 205-27.

Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, Batistella FS, Pinho LB. Análisis sobre la formación interprofesional en servicio en un Centro de Atención Psicosocial. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1729-38.

La propuesta de este artículo es analizar la formación interprofesional en servicio a partir de la perspectiva de trabajadores de un Centro de Atención Psicosocial. Se trata de un estudio de la investigación "Evaluación cualitativa de la red de servicios de salud mental para atención a usuarios de crack (ViaREDE)", que tuvo como trayectoria metodológica la Evaluación de Cuarta Generación. El proceso de evaluación posibilitó reflexiones sobre la formación interprofesional en la modalidad de la Residencia Integrada Multiprofesional en Salud, bajo la perspectiva de los trabajadores de la Atención Psicosocial. El estudio demostró que las residencias son importantes estrategias para el desarrollo del trabajo interprofesional en el campo de la Atención de la Salud, contribuyendo con las acciones de educación permanente y la construcción de procesos instituidores de cambios para las prácticas de cuidado, al mismo tiempo en que todavía enfrentan muchos desafíos en la dimensión micro-política del encuentro trabajador-residente.

Palabras clave: Prácticas interdisciplinarias. Educación permanente. Internado y residencia. Salud mental.

Submetido em 17/10/17. Aprovado em 23/05/18.

Conexões e fronteiras da interprofissionalidade:

forma e formação

Ricardo Burg Ceccim^(a)

Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

The debate presents a discussion on interprofessionality: its trajectory and the need of this concept for the management of work and education in the area of health, especially when patient safety, education oriented to health systems, and coordination of the services network guided by integral care, efficacy, users' satisfaction and workers' comfort are present. It presents the distinction among "multi", "inter" and "between" in relation to the terms profession and discipline. A focal review of the literature was carried out, in a search for the introduction of the term and its variation in education, practice, praxis and audit of educations and professional actions. It problematizes connections (challenges) and boundaries (limits), pointing to learning, thought and creation. The text is concluded by bringing the idea that form and form-giving supports the notion of fixation of forms (normative) or movement of forces (permanent health education).

Keywords: Interprofessionality. Interprofessional practice. Interprofessional education. Health education. Formation.

O debate apresenta uma tematização sobre a interprofissionalidade: trajetória e necessidade desse conceito para a gestão do trabalho e da educação na saúde, especialmente quando em cena a segurança do paciente, a formação orientada aos sistemas de saúde e uma coordenação da rede de serviços orientada pela integralidade, resolutividade, satisfação dos usuários e maior conforto dos trabalhadores. Apresenta a distinção entre os prefixos "multi", "inter" e "entre" ante os termos "profissão" e "disciplina". Foi realizada uma revisão focal da literatura, buscando a introdução do termo e sua variação em educação, prática, práxis e auditoria das formações e das ações profissionais. Problematisa conexões (desafios) e fronteiras (limites), apontando para o aprender, o pensamento e a criação. A ideia de forma e formação apoia a noção de fixação das formas (normativas) ou movimento das forças (educação permanente em saúde), assim se concluindo.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Prática interprofissional. Educação interprofissional. Educação em Saúde. Formação.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Avenida Paulo Gama, s/nº, prédio 12.201, 7º andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. burgceccim@gmail.com

Introdução

A palavra “interprofissionalidade” vem ganhando certa notoriedade junto às políticas de saúde, tanto no setor público quanto no privado, no Brasil e no mundo, especialmente no tocante à educação interprofissional. Essa notoriedade decorre de ter-se tornado relevante inserir na gestão do trabalho e da educação na saúde critérios e parâmetros de regulação da atividade profissional em equipe e de organização curricular da formação para o trabalho em equipe. O debate necessário, entretanto, não envolve apenas tais critérios e parâmetros; o conceito e sua história ainda são pouco conhecidos e seu uso, no mundo do trabalho ou da educação, ainda vem permeado pela confusão, quando não tomado como simples sinônimo das palavras “multiprofissionalidade”, “multidisciplinaridade” e “interdisciplinaridade”. Refiro “palavras” e não “termos” ou “conceitos” porque tampouco estes últimos, mais frequentes no tocante ao trabalho em equipe, recebem tratamento conceitual ou terminológico quando utilizados por gestores, docentes, trabalhadores e conselheiros de saúde.

As palavras “profissão” e “disciplina” indicam grande diferença e os prefixos “inter” e “multi” indicam distinção nas probabilidades de ação integrada, diversificada ou fragmentada. Se disciplina é recorte ou domínio de informação técnica ou científica, profissão é recorte de ofício, de poder de exercício formal de uma ocupação. Disciplina é domínio de conhecimento, profissão é habilitação de exercício ocupacional, ainda que a disciplinarização do conhecimento, da ciência e do trabalho tenha resultado na emergência de profissões em recortes de poder e subordinação, onde se faz tão necessária a reversão em potências de integração, interseção e desfragmentação, uma vez que se almeja trabalhar em equipe, ainda que por uma obrigatoriedade. O debate sobre a oportunidade, a necessidade ou a simples possibilidade a ser explorada se faz necessário e a contribuição sobre os modos de agir, regular e avaliar dependem da melhor apropriação sobre suas designações.

A proposição do conceito de interprofissionalidade tem registro no interior de um conjunto de formulações e práticas que envolvem o prefixo “inter”, como antecedente da raiz temática relativa ao termo “profissão”. O prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto a operação pela qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões. A zona “inter”, entre duas ou mais profissões, é a zona daquilo que há de comum entre elas ou aquele ponto de indiscernibilidade para o qual convergem os elementos de um mesmo campo do saber, desde o qual nascem as práticas de um fazer profissionalizado. Poderíamos chamar de “competências interprofissionais” aquelas práticas de um saber “comum de dois”, evitando-se sugerir a separação ou a enunciação de uma terceira ocupação profissional a distinguir-se das primeiras cada vez que se reconhece “o comum”, uma vez que os territórios do comum também indicam novas demandas de conhecimento para as profissões em composição. Um caminho seria o restabelecimento das fronteiras evidentes de natureza profissional, isto é, a preservação e defesa dos contornos da profissão. Isso, contudo, é exatamente o que tem sido denunciado como fragmentação dos saberes e das práticas. Outro caminho seria o da enunciação de fronteiras interprofissionais, ou seja, proporcionar o “comum de dois”. Isso é o que tem sido reivindicado como trabalho de/em equipe, reivindicação bastante particular no setor da Saúde, no qual falamos da necessidade de integração, de coesão e de prática colaborativa entre os trabalhadores.

Acontece que, ao trabalhar em um mesmo setor (a Saúde, no presente caso), deparamo-nos sistematicamente com os pontos de cruzamento e encontro relativos a esse campo e que não pertencem a uma profissão disciplinarizada em ciência particular. Chegamos a falar em “Medicina e Saúde”, “Enfermagem e Saúde”, “Nutrição e Saúde”, por exemplo, indicando um campo profissional particular e um campo do saber amplo no qual se inscreve esse particular. Uma “ciência-profissão” e uma “ciência-campo-sanitário”. Mesmo que não se trabalhe em equipe (nesse caso, ainda mais), para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, temos de lançar mão de saberes e fazeres não disciplinarizados em nossa profissão, mas configurados em domínios de saber de outras profissões da Saúde, assim como de saberes interdisciplinares de outros campos de ciência e populares^{1,2}. Falamos, então, de “saberes interdisciplinares” e “competências interprofissionais”, é inescapável.

Nos saberes interdisciplinares, estão os conhecimentos provenientes de várias ciências, os conhecimentos populares e os conhecimentos tácitos. Nas competências interprofissionais, as habilidades sistematizadas em profissões, os fazeres organizados em aptidões profissionais. Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta. Quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber individualmente dos saberes dos outros e maior o risco de erro ou prática insegura. Uma palavra de ordem entre os autores da interprofissionalidade é a “segurança do paciente”^{3,4}.

O inescapável sobrevém: o “inter” faz novas palavras e expressões

Indiscutivelmente, entre os motivos pelos quais se disputa tanto pelo trabalho em equipe sob o escopo interprofissional, estão a segurança do paciente, a integralidade da atenção, a humanização das práticas e a promoção de alívio (conforto e bem-estar) aos trabalhadores⁵. A interprofissionalidade eleva a segurança da assistência, reduzindo riscos, erros e danos; contribui à satisfação das necessidades em saúde, introduzindo com precisão e no tempo justo as ações de prevenção de doenças e agravos e as ações de promoção da saúde; e melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que repercute nos termos do acolhimento prestado, da integralidade da atenção e na adesão ao tratamento ou plano de cuidados prescrito/orientado⁶. Por isso, deve-se fortemente defender e interrogar o trabalho em equipe; buscar a educação permanente em saúde; e esforçar-se pela integração ensino-serviço-gestão-participação.

Os termos em cena relativos à interprofissionalidade envolvem: educação interprofissional; prática interprofissional; natureza interprofissional das ações de “campo” (em oposição às intervenções de “núcleo” das profissões) e práxis interprofissional (pragmática do ensinar, aprender, fazer e agir de modo integrado ou cooperativo). A atuação integrada nas equipes multiprofissionais, a preocupação dos profissionais em conciliar suas atuações como equipes coesas e a colaboração sinérgica entre trabalhadores para alcançar resultados de equipe na atenção à saúde são dimensões inequívocas da interprofissionalidade.

As dimensões da qualidade da atenção, adesão ao tratamento e segurança do paciente têm levado à designação da interprofissionalidade como o “trabalho em saúde centrado no usuário/paciente”, mas não encontramos referidos o conforto e alívio dos trabalhadores ou o trabalho com orientação às redes integradas de atenção. Todavia, a interprofissionalidade remete ao trabalho com orientação centrada no fortalecimento dos sistemas de saúde, na redução do sofrimento no trabalho, no melhor provimento e fixação dos trabalhadores e no favorecimento do planejamento e avaliação sob a integralidade, humanização e educação permanente em saúde. A admissão formal (programática ou ética) da interprofissionalidade interfere nos modos do trabalho. As parcerias que se reconhecem colaborativas e a colocação na cena do cotidiano das noções, tanto de intercomplementaridade dos saberes e das práticas quanto de comunidades aprendentes (desenhar, configurar, modelar), exigem e favorecem o agir em equipes integradas para compor o trabalho. As disposições do trabalhador para construir uma comunidade aprendente estão articuladas às atividades de equipe propostas pelo grupo de trabalho e o processo participativo efetivo na sua educação permanente, envolvendo problematizar relações de poder e transformar momentos de conflito e disputa em estratégias didático-pedagógicas de confronto de ideias e negociação.

Subsidiando práticas de equipe, a interprofissionalidade favorece as trocas de informação e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos que dá mais intensidade ao pertencimento a uma equipe. Do ponto de vista dos sistemas de saúde, é sob a interprofissionalidade que visualizamos maior provimento dos postos de trabalho e maior fixação dos trabalhadores⁷. As oportunidades de planejamento e avaliação da “gestão da clínica”, segundo a provisão de acesso às ações e aos serviços de que se necessite, restam fortalecidas quando uma práxis interprofissional é afirmada e inserida entre os parâmetros de melhoria do acesso e da resolutividade⁸. A gestão da atenção integral e humanizada implica linhas de cuidado, resolubilidade e afirmação da autonomia dos usuários.

De tudo isso, entretanto, há conexões e fronteiras: interprofissional como adjetivo; e interprofissionalidade como substantivo, por exemplo. Interprofissionalidade como tema à multiprofissionalidade e como tema à interdisciplinaridade, quando agregamos multiplicidade de profissões e cruzamento de saberes entre campos e domínios do conhecimento. Interprofissionalidade como um suposto do trabalho exercido por diferentes profissionais, mas que atuam, pensam e escrevem no mesmo campo amplo (ciências da saúde, por exemplo). Interprofissionalidade como limite protocolar ao possível no borramento de fronteiras entre as profissões regulamentadas na Saúde, prevenindo o agenciamento de conexões imponderáveis anteriormente aos encontros “em terreno”.

Ana Ecilda Lima Ellery fez uma sumarização das propostas envolvendo o adjetivo “interprofissional” e o substantivo “interprofissionalidade”. Para a estudiosa, os termos mais frequentemente utilizados eram “educação interprofissional” e “prática interprofissional”, mas o termo “interprofissionalidade” veio permitir explorar a natureza interprofissional de uma intervenção, seja no campo da educação, seja no campo da prática, não se tratando de uma escolha, mas de uma emergência das próprias intervenções⁹. Após a consideração de que interprofissionalidade está nas intervenções, de que é possível a abordagem da educação interprofissional e de que se pode propor e regular a prática interprofissional, haveria efetivamente uma práxis interprofissional, presente nas práticas formativas e nas práticas de trabalho, assim como na organização curricular da formação e na gestão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, sendo possível a auditoria das práticas educativas e ocupacionais.

Ellery formula uma “Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade”, apresentando-a sob três dimensões: “a dimensão cognitiva (socialização e integração de saberes); a dimensão pragmática (prática compartilhada ou em colaboração); e a dimensão subjetiva (que envolve os afetos, tais como inveja, ciúme, amorosidade, disputa de poder e *status* etc.)”. A autora assume um cotidiano decorrente do “fazer juntos” que mobilizaria “sentimentos conciliatórios e contraditórios”. Para a autora, tais afetos podem “facilitar ou dificultar a colaboração, interação, troca e parcerias”.

Juarez Furtado argumenta que já faz muito tempo que o desenvolvimento interdisciplinar alcançou o terreno operacional e que seu desafio se tornou tema recorrente entre os profissionais e suas equipes, pertencendo ao discurso do trabalho¹⁰. Argumenta também que se tornou comum o relato dos trabalhadores quanto à irracionalidade presente na compartimentalização das práticas por profissionais de saúde e na distribuição excessivamente disciplinada dos fazeres (a “irracionalidade” da “racionalização” dos saberes e dos fazeres quando excessivos). Sugere que o desenvolvimento da interprofissionalidade recoloca a discussão sobre integração disciplinar e pragmática, do plano dos saberes disciplinares e dos fazeres profissionais para o plano do agir coletivo na organização do trabalho e na qualificação dos serviços de saúde.

Envolvida com o estudo, formulação de conceitos e elaboração de traçadores sobre o trabalho em equipe, em todas as variações dessa forma de atuação na saúde, Marina Peduzzi, desde meados dos anos 1990, tem analisado concepções de trabalhadores, docentes e pesquisadores, assim como buscado as evidências empíricas e históricas do caráter coletivo das atividades de cuidado e terapêuticas em unidades assistenciais do setor sanitário¹¹⁻¹³. A pesquisadora demonstrou as distinções entre uma “equipe agrupamento” e uma “equipe integração”, assim como os aspectos de complementaridade e interdependência, não só na atuação de generalistas, mas dos trabalhadores especializados. Ao longo de sua produção intelectual, tem mostrado que, no bojo da relação entre intervenção profissional e interação entre os agentes (trabalhadores de todos os níveis e usuários), os profissionais constroem consensos interdisciplinares que configuram projetos assistenciais interprofissionais. Pode-se concluir, com base na leitura da autora, que na “integração de equipe”, como parte do “desenvolvimento do trabalho”, ocorre a articulação dos trabalhadores e se se amplia a sua autonomia técnica. Também se compreende que a desigualdade valorativa na diferença técnica dos trabalhos especializados é aquilo que diminui a integração possível, mas que a reciprocidade entre intervenção e interação conduz ao trabalho coletivo, promovendo uma práxis interprofissional, ou seja, uma “atuação local” e uma “educação situada”, ambas centradas na cena de atenção.

Em documento de escrita anterior, sugeri a “entredisciplinaridade” como termo posto à disciplinarização dos saberes e das práticas, nem tema ao conhecimento ou saberes epistêmicos, nem tema às profissões ou às competências por profissão, mas “desconforto intelectual” com a ciência

positiva e com a regulamentação das profissões, ou seja, defesa da ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar as fronteiras usuais do conhecimento e das profissões. Retomei o tema em produção junto com Eliana Goldfarb Cyrino, em “O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área”¹⁴. O desconforto intelectual é o estranhamento com regras e fronteiras, a efetiva problematização do sentido, da necessidade e da função das regras e fronteiras. A ousadia da autonomia intelectual é o acolhimento da inteligência que sobrevém da problematização: toda fronteira é uma “política de fronteira”, a imposição de uma realidade. A ousadia é assumir o valor da variação e criação do devir, nas ciências e em profissões, reconhecer contradições, paradoxos e conflitos, não pela dialética, mas pela virada nas políticas do poder, sua desengrenagem. Quando pensar e fazer dependem do criar, temos um agir: não temos as garantias do já sabido, experimentamos a potência do novo ou do atual. O prefixo “inter” indica no “interior de dois”, o prefixo “entre” não tem interior: entrecena, entreato ou interlúdio, quiçá. No “entre”, a vibração do que finda, sem dizer tudo a que veio, e a vibração do que se anuncia, em expectativa e desejo, sem se saber o que virá. No entre somente existem as pistas do desejo e o jogo de quem habita a cena².

Nem tão antiga, nem tão nova, o atual e novos atuais à interprofissionalidade

Começamos pelo aspecto da segurança do paciente, assunto tematizado em 1999, com o instigante título de “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”¹⁵. O grave problema do erro é explicitado, destinando-se a sua compreensão – pelos profissionais, gestores e usuários – como problema da estrutura e administração dos Sistemas e Serviços de Saúde. O assunto ganha lugar na Organização Mundial da Saúde, culminando com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004. O Ministério da Saúde, no Brasil, publicou, no dia 1º de abril de 2013, a Portaria nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A segurança do paciente é tema para a importância do trabalho integrado entre os gestores, conselhos profissionais e instituições de ensino e pesquisa, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar. O tema se coloca sob o prisma da educação interprofissional, aliada aos propósitos de melhoria da qualidade da assistência; da elaboração de protocolos, guias e manuais; e da promoção de uma cultura de segurança do paciente.

A educação interprofissional está presente principalmente na “Rede de Apoio ao Ensino e à Aprendizagem em Ciências e Práticas da Saúde” e é representada, hoje, pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (Caipe), do Reino Unido, adquirindo um conceito formal em 1997. A ideia inicial era engajar professores na educação interprofissional, tendo em vista mobilizar a universidade para o aprendizado compartilhado entre profissões de saúde e assistência social. Experiências isoladas, desde os anos 1960, mostravam a importância da educação interprofissional no aprendizado de abordagens na atenção em saúde mental, às pessoas com deficiência ou necessidades especiais, assim como nos cuidados comunitários, cuidados paliativos e cuidados com idosos frágeis. O desenvolvimento da educação interprofissional levou em conta a necessidade de formação de equipes para a atenção primária, a introdução de cuidados na comunidade, investigações sobre abuso infantil, atenção integral em HIV/Aids e estratégias para efetivar mudanças e melhoria da qualidade em ações e serviços de saúde. Estudos de avaliação de resultados antes e depois do treinamento multiprofissional ou da educação interprofissional revelavam melhora na qualidade da atenção, em relação à mudança de atitudes, preocupação com as bases teóricas e práticas da intervenção e resultados medidos com base em competências¹⁶.

As bases da educação interprofissional envolvem os princípios e valores da pedagogia em educação de adultos e os métodos de aprendizagem interativos (metodologias ativas). As teorias da Antropologia, Psicologia Social e Sociologia convergem em estudos sobre o ensino para entender a colaboração e os obstáculos que a impedem. A educação pós-graduada e, principalmente, a educação permanente em saúde apresentam o maior registro de práticas educativas com algum nível de interprofissionalidade. A mudança curricular de graduação é relatada, mas se move com menor agilidade, estando entre os objetivos atuais, assim como a busca de evidências sobre seu sucesso na melhoria da atenção em saúde e social. As metas contemporâneas indicam, ainda, a construção da

aprendizagem interativa na educação interprofissional de graduação, envolvimento de professores universitários em educação interprofissional baseada no trabalho, a elaboração de um *continuum* de educação profissional, multiprofissional e interprofissional e relacionamento de objetivos para o aprendizado compartilhado no planejamento da força de trabalho (gestão do trabalho e da educação na saúde).

A noção de prática interprofissional emerge junto com as noções de “educação interdisciplinar” e de “equipes de saúde interdisciplinares”. A formulação envolvia pensar o sucesso do desenvolvimento de “equipes interdisciplinares de saúde” junto com a assistência médica e cirúrgica nos Estados Unidos desde a Segunda Guerra Mundial. A nova proposta promovia esse entendimento na organização comunitária dos sistemas de saúde destinados às classes populares ou às áreas de periferia. O conceito de “trabalho em equipe na saúde” ou de “equipes interdisciplinares de profissionais de saúde” resultava em um meio de fornecer assistência integral e contínua à população. Como experiência bem-sucedida, a noção de prática interprofissional deveria acarretar implicações significativas para a educação e formação de futuros profissionais de saúde. Tanto governo quanto fundações filantrópicas deveriam se esforçar para efetuar mudanças nos modelos disciplinares tradicionais. Apesar dos repetidos esforços, seguiram fortes as barreiras, como relatado em “Algumas notas históricas sobre educação interdisciplinar e prática interprofissional em saúde nos Estados Unidos”¹⁷.

A interprofissionalidade, assim designada, tem sua primeira afirmação com as professoras Danielle D’Amour e Ivy Oandasari¹⁸. De um lado, as autoras desejam traçar uma clara distinção com o conceito de interdisciplinaridade, atribuído ao campo do conhecimento; de outro, ensejar a observação das práticas profissionais como coesas e integradas entre os profissionais, em resposta às necessidades dos usuários. Apresentam a interprofissionalidade como conceito emergente da educação interprofissional e das práticas interprofissionais, tendo em vista alcançar uma melhor compreensão de um fenômeno que é a prática, não só baseada em saberes interdisciplinares, mas coesa entre diferentes profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações e os fatores que a influenciam. Não havendo um conceito que se concentrasse claramente nesse campo, a proposta do termo interprofissionalidade veio acompanhada de um quadro de referência que diz respeito aos processos e determinantes que influenciam as iniciativas de educação interprofissional, bem como aos determinantes e processos inerentes à colaboração interprofissional⁹.

A educação interprofissional formal encontra menos barreiras do que a prática interprofissional formal; assim, a interprofissionalidade visa entregar maior consistência e convicção sobre o sucesso na qualidade da atenção aos usuários, expondo as ligações entre essas duas esferas de atividade. O quadro de referência¹⁸ apresenta os determinantes e processos de colaboração em três dimensões: micro (relações entre alunos, professores e profissionais), meso (nível organizacional ou de relações entre instituições de ensino e de saúde) e macro (sistemas político, socioeconômico e cultural). Apontam que a pesquisa deve desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento da interprofissionalidade, a fim de documentar esses vínculos e os resultados das iniciativas à medida que elas são propostas e implementadas, deixando claro que seu avanço está relacionado com vontade política.

O anúncio da educação interprofissional e da prática interprofissional como estratégias para os serviços de saúde se esforçarem para melhorar o atendimento ao paciente contém história, memória e intensa documentação em artigos, especialmente no Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Austrália. Uma agenda de pesquisas sobressai dos esforços de formalizar educação e escopo de práticas interprofissionais, um esforço por institucionalizar sua inserção em sistemas e serviços de saúde, uma vez que todos os resultados indicam a positividade e acerto na melhoria da qualidade da atenção em termos da integralidade, humanização e resolutividade¹⁹. Mesmo que ensinado o trabalho em equipe integrada em circunstâncias que exigem elevada eficiência técnico-científica, desde a Segunda Guerra Mundial, em circunstância de atenção primária e de base comunitária ou no atendimento de populações e segmentos assistenciais complexos, como saúde mental, abuso sexual, pessoas com deficiência, idosos frágeis ou pessoas vivendo com HIV/Aids, a interprofissionalidade aí presente nem sempre ganha estatuto de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde ou imposição de mudança curricular na graduação (isto é, na formação básica de profissionais de saúde).

Pesquisadores do Centro de Pesquisas em Governança Clínica, da Faculdade de Medicina, Nova Gales do Sul, Austrália, referem que, apesar de os profissionais de saúde aprovarem a educação interprofissional e a atuação interprofissional no cotidiano dos serviços de saúde, a capacidade de entender e de forma abrangente mapear tais práticas permaneceu uma incógnita, apresentando a estrutura de uma auditoria da práxis interprofissional. A proposta traz que o impacto no contexto organizacional e na cultura do trabalho e da formação requerem atenção. A Auditoria da Práxis Interprofissional surge como uma ferramenta para abordar essas duas questões, compreendendo cinco componentes: contexto, cultura, conduta, atitudes e informações. Utilizada dentro de uma metodologia de pesquisa-ação, a Auditoria permite uma inspeção sincronizada, em que as semelhanças e as diferenças dos componentes são consideradas simultaneamente, e o conhecimento desenvolvido é usado para promover projetos de mudança para melhorar o tratamento e acompanhamento dos usuários²⁰.

Trabalhar e estudar de maneira interprofissional é o mínimo de coerência em nome da segurança do paciente, da qualificação da atenção, da resolutividade das práticas e do respeito à multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. A interprofissionalidade deveria, por consequência, representar terminologia óbvia à gestão do trabalho e da educação na saúde, entretanto, é tema atual. Não é novo, mas é profundamente atual, causando dúvida, incerteza e questionamento. Na medida em que se presentifica como atual deve, mesmo, incitar ao exercício da interrogação, mostrar sua face de resistência crítica (desconforto intelectual ou dissidência das hegemonias disciplinares e profissionais), trazendo à tona disrupturas (ruptura instauradora).

Introduzir a terminologia da interprofissionalidade, entretanto, também serve à criação de uma zona de conforto aos que temem a dissidência das hegemonias ou a disruptura; afinal (por oposição), poderia resultar na inviabilização da reserva de mercado, no enfraquecimento da fiscalização do exercício profissional e na supressão das práticas privativas por grupo profissional. Em lugar desses temores, oferece uma delimitação conceitual e pragmática, apreensível e dimensionável, que não põe abaixo a disciplinarização como poder biopolítico; sequer se propõe a qualquer enfrentamento do poder biopolítico. O fato é que o tema não é novo, muito menos os problemas aos quais oferece alternativa; apenas tornou-se atual.

Uma sumarização brasileira ao debate

Em “Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro”²¹, apresentei uma particular sumarização do trabalho e formação interprofissional no Brasil sem a busca pela terminologia, apenas o reconhecimento dos desafios da multiprofissionalidade (equipe de saúde) e da interdisciplinaridade (conceito ampliado de saúde) onde, embora todos os exemplos sejam convergentes às práticas colaborativas e à aprendizagem interprofissional, nenhum usou dessa chancela conceitual para se enunciar. Em que pese a correção em indicar ao leitor a busca pelo texto original, recomponho em uma pequena síntese as considerações daquele momento.

Em relação às práticas, um inventário revela as iniciativas correntes no sistema de saúde brasileiro:

- Acolhimento: deslocamento do eixo central da atenção, da consulta médica para o atendimento da equipe multiprofissional, no qual um profissional de referência se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se com a orientação institucional de sua demanda.
- Equipes de referência e apoio matricial especializado: equipe de vínculo longitudinal e equipe de suporte e retaguarda técnica e pedagógica, nas quais a equipe multiprofissional organiza o trabalho com o mínimo de encaminhamento e o máximo de responsabilidade com a terapêutica.
- Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas: enquanto o “núcleo” demarca área de conhecimentos e de práticas profissionais, o “campo” representa um espaço de limites imprecisos nos quais cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.
- Apoio Institucional: suporte para a instauração de processos de mudança no processo de trabalho, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir organizações, estimulando espaços coletivos e a interação entre os agentes sociais do trabalho.

- Supervisão Clínico-Institucional: discussão de casos associando clínica, contexto de redes e intersetorialidade, questionando noções de gestão adotadas e mobilizando inovações nas práticas.
- Projeto Terapêutico Singular: conjunto de condutas terapêuticas e cuidadoras articuladas em discussão coletiva interdisciplinar.
- Gestão da Clínica: linha de cuidado e redes integradas de atenção.

Em relação à educação interprofissional, vêm sendo experimentadas importantes estratégias no interior das lutas pelo Sistema Único de Saúde (SUS):

- Vivências-Estágio na Realidade do SUS: processo de imersão teórico-prática e vivencial em espaços de atenção, gestão e controle social proporcionado por gestores do SUS para coletivos organizados de estudantes de graduação dos vários cursos da área da Saúde.
- Educação Permanente em Saúde: articulações locais e interinstitucionais de discussão e estudo sobre necessidades de desenvolvimento do trabalho e qualificação da resposta do Sistema de Saúde às necessidades de equipe, usuários, território e redes.
- Estágio Regional Interprofissional: prática acadêmica integrada ao currículo regular dos cursos de graduação da área da Saúde, destinada à vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes em municípios de característica rural ou fora das capitais.
- Vivências de Educação Popular em Saúde: prática acadêmica integrada à extensão universitária e destinada à vivência em movimentos sociais atravessados pelas práticas de educação popular em saúde.
- Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde: modalidade de formação pós-graduada, realizada em serviço e sob supervisão docente-assistencial, destinada à equipe multiprofissional de saúde, devendo articular experiências práticas, teórico-práticas e teóricas, integrando ensino e trabalho.
- Programa de Educação Tutorial Conexão de Saberes: ações inovadoras de extensão universitária que ampliam a troca de saberes entre as comunidades populares e a universidade, valorizando o protagonismo dos estudantes.
- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: integração ensino-serviço-território, visando à reorientação da formação profissional, do modelo biomédico e hospitalar para modelagens multiprofissionais e de abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica.
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho e como fio condutor a integração ensino-serviço-território.

Decorrente de tantas iniciativas no trabalho e na educação, a literatura científica e as produções institucionais da saúde têm tematizado a interprofissionalidade, as práticas colaborativas e a educação interprofissional. Como expressão dessa tematização, registro as iniciativas da Revista Interface e da Editora da Rede Unida que publicaram chamadas públicas de artigos, nas quais se verificou o fomento à mudança no ensino e à diversificação de propostas formativas; o apoio ao desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão desse setor; e a ampliação da integração e interação com a população, usuários e instâncias do controle social²².

Forma, formação e ponto gris entre dois ou mais termos

A ação formadora das profissões em Saúde se dá no âmbito das possibilidades abertas pelo campo sanitário. Porém, enquanto na conformação das profissões este campo é identificado às competências e habilidades específicas, na conformação do trabalho encontramos um campo muito mais indiferenciado, aonde chegam necessidades e demandas ante as quais deve ser oferecido acolhimento e providências de solução. Esse campo pressupõe uma dimensão de composição no qual os trabalhadores não possuem apenas funções técnicas perfeitamente estruturadas e independentes ante as quais basta a justaposição para o alcance da integralidade e humanização. Trata-se de um

espaço de concatenamento, de intensidades a serem percorridas. Dominando uma noção de campo, a formação das profissões deve “educar” para a composição, não para a fragmentação. Esse é um lugar precípua à educação permanente em saúde por conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço da formação e espaço do trabalho. Todavia, a baixa familiaridade com essa potência torna difícil sua apropriação no cotidiano das práticas.

A “ação formadora”, se por um lado gera profissões, por outro deve gerar “aprendentes”, que devem encontrar o seu lugar no contexto sem relação fustigante entre as profissões. Cada “figura” profissional (profissão ou especialidade) deve se acomodar com as outras e todas entre si a fim de formar uma coesão. Porém, a coesão não é uma prescrição do trabalho ou da atividade de trabalho. A atividade real só existe em ato, engloba a atividade realizada e o real da atividade²³, isto é, as múltiplas possibilidades não realizadas no decorrer da ação do trabalhador; por isso, se constitui durante o caminho, em virtude de possibilidades vivas, em ato²⁴. Não se trata de improviso, entretanto, mas de montagem, formação, trabalho de composição entre aprendentes.

Em “Teoria da forma e da figuração – o pensamento artista” (*pensiero immaginale*), Paul Klee²⁵, falando do pensamento criativo do artista ou de sua formação, afirma que “a marcha para a forma prevalece sobre o fim terminal, sobre o final do trajeto. A “orientação” determina o caráter da obra “consumada”. “A formação determina a forma e é, em consequência, predominante, mas nunca, em nenhuma parte, a forma é resultado adquirido, acabamento, remate, fim, conclusão, isto é, há que considerá-la como gênese, como movimento” (heterogênese). O ser da formação é o acontecer, e “a forma como aparência não é mais que uma maligna aparição, um fantasma perigoso”. Segundo o artista, “boa é, portanto, a forma como movimento, como fazer; boa é a forma em ação”. Seria má “a forma como inércia fechada, como detenção terminal”. Diz: “má é a forma da qual alguém se sente satisfeito como de um dever cumprido”. E conclui: “A ‘forma’ é fim, morte. A ‘formação’ é vida”. A formação é movimento, ação. Diz o artista para “não pensar na forma, mas na formação: interessam mais as ‘forças formadoras’ do que as ‘formas finais’” (p. 269). Essa é a condição ética da educação permanente em saúde e proponho que para a educação interprofissional.

Para Klee haveria o “ponto gris” (*punto grigio*), que é o ponto intermediário entre termos; é o ponto de convocação, de apelo à forma/formação. O ponto gris como intermediário entre caos e cosmos. O ponto intermediário é o “entre”, não o “inter”, sendo o “inter” o percurso, o tempo de experimentação, a duração. A educação interprofissional pode ser a educação para o caos; em primeiro lugar o caos, desde onde, então, o princípio formador. O ponto gris é indiferenciado, por isso é dele a aprendizagem “formadora”. Cada forma é uma necessidade ante o indiferenciado, mas não recobre o indiferenciado, senão como representação; logo, as forças continuam vivas e sensibilizadoras. Klee domina a música e as artes visuais; e explica: sem o silêncio não compreendemos o som, fazemos música. A representação ou a forma enfraquece o movimento e a profundidade; por isso, há necessidade de manter viva a formação, o aprender.

Conclusão

Concluir este debate é difícil. A interprofissionalidade deveria ficar como o ponto gris; já a educação interprofissional, como uma educação para o aprender; e a prática interprofissional, como território ao real da atividade. Já o reconhecimento da interprofissionalidade, entretanto, é a presença da ordem ao caos, equilíbrio antitético. Logo o interprofissional não é o novo lugar ideal, o lugar de “definição” do comum, é lugar de indiferenciação, que convoca o aprender, o pensamento da criação. Interessa expandir o trabalho em equipe (equipe integração), posto que é absolutamente necessário à segurança do paciente, às redes integradas, à humanização, à integralidade e ao alívio do trabalho (assim como margem à sua fixação: mais conforto e prazer no trabalho pela continência, amizade) e é preciso prover a educação interprofissional para prover um *habitus*, o acomodar-se com a escuridão (o anoitecimento) e o amanhecer, aprender a ser aprendente na(s) profissão(ões). A interprofissionalidade emerge em territórios multiprofissionais (sem a multiprofissionalidade não haverá o ponto entre ou inter profissões), assim como das interseções interdisciplinares (a aceitação ativa da pluralidade

e da multiplicidade dos saberes), então a chamada clássica da educação permanente em saúde, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, é uma chamada pela interprofissionalidade: comunidade de aprendizagem.

Referências

1. Ceccim RB. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 161-81.
2. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-78.
3. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.
4. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49 Esp 2:16-24.
5. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, editores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 55-66.
6. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):387-98.
7. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(3):266-77.
8. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 165-84.
9. Ellery AEL. Interprofissionalidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. EnSiQlopedia das residências em saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50.
10. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Cad Bras Saude Mental. 2009; 1(1):1-11.
11. Peduzzi M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. Cienc Saude Colet. 2013; 18(6):1539-41.
12. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saude. 2003; 1(1):75-91.
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saude Publica. 2001; 35(1):103-9.
14. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 4-26.

15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
16. Hugh B. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005.
17. Baldwin DC. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *J Interprof Care*. 1996; 10:173-87.
18. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:8-20.
19. Freire Filho J, Costa MV, Forster AC, Reeves S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the brazilian context: an analysis of key documents. *J Interprof Care*. 2017; 31(6):754-60.
20. Greenfield D, Nugus P, Travaglia J, Braithwaite J. Auditing an organization's interprofessional learning and interprofessional practice: the interprofessional praxis audit framework. *J Interprof Care*. 2010; 24(4):436-49.
21. Ceccim RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 49-67.
22. Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.
23. Pinheiro FPHA, Costa MFV, Melo PB, Aquino CAB. Clínica da atividade: conceitos e fundamentos teóricos. *Arq Bras Psicol*. 2016; 68(3):110-24.
24. 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.
25. Klee Paul. *Teoria della Forma e della Figurazione: pensiero immaginale*. 2a ed. Milano-Udine: Mimesis Edizioni; 2011.

Ceccim RB. Conexiones y fronteras de la interprofesionalidad: forma y formación. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

El debate presenta una entrada en el tema de la interprofesionalidad: trayectoria y necesidad de ese concepto para la gestión del trabajo y de la educación en la salud, especialmente cuando entra en escena la seguridad del paciente, la formación orientada hacia los sistemas de salud y una coordinación de la red de servicios orientada por la integralidad, resolutivez, satisfacción de los usuarios y mayor confort de los trabajadores. Presenta la distinción entre los prefijos "multi", "inter" y "entre" ante los términos profesión y disciplina. Se realizó una revisión focal de la literatura, buscando la introducción del término y su variación en educación, práctica, praxis y auditoría de las formaciones y de las acciones profesionales. Problematisa conexiones (desafíos) y fronteras (límites) apuntando hacia el aprendizaje, el pensamiento y la creación. La idea de forma y formación apoya la noción de fijación de las formas (normativas) o movimiento de las fuerzas (educación permanente en salud), concluyendo de esa forma.

Palabras clave: Interprofesionalidad. Práctica interprofesional. Educación interprofesional. Educación en salud. Formación.

Submetido em 16/08/18. Aprovado em 27/08/18.

Inquietudes, da minha parte

Concerns, on my part

Inquietudes, por mi parte

Emerson Elias Merhy^(a)

Ricardo é um pensador e um autor que tenho, para mim, como alguém que sempre me surpreende com suas ofertas de pensamento. Considero-o um intercessor dos mais criativos no campo da Saúde Coletiva, em especial quando caminha na interface Saúde e Educação, mas também quando ousa não respeitar territórios definidos de saberes e práticas, quando vaza dos campos de práticas, quando opera em linhas de fuga e devir. Diria que, por ser um dos meus intercessores, sempre me leva a ter que produzir pensamento, a criar novas possibilidades nas minhas marcas, no meu pensamento-como-imagem, funcionando como um dispositivo a agenciar para um devir pensamento-sem-imagens. Vou tentar trazer para esse meu texto algumas das inquietudes que o seu trabalho acabou me provocando, sem nenhuma pretensão de esgotá-las. Por isso, destacarei só algumas que permitam construirmos uma pauta para conversa, acreditando que não se esgotará aqui, mas terá continuidade em modos bem menos formais que o da escrita em réplicas e trélicas.

Uma, que de modo imediato chamou minha atenção, foi sobre a criação da interprofissionalidade como uma agenda para uma discussão sobre a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais efetivo, como se os vários interessados nisso tivessem problematizado e afirmado que agora temos que enfrentar essa problemática para podermos avançar na sua implementação. Vejo que essa agenda tem sido protagonizada por várias forças do campo da Saúde, em especial, por meio de articulações que passam por fora dos arranjos que temos tido no nível nacional, para enfrentar as questões que têm dificultado a construção do SUS, como efetivamente se imagina, segundo os princípios constitucionais que o instituem e as forças internas contrárias a sua existência real.

As agências internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), há muito procuram interferir nas agendas nacionais com questões que nascem em outros lugares e que carregam vários outros tipos de interesses. Não é de hoje que assistimos isso. Vejo algo parecido nessa questão da interprofissionalidade: uma agenda inventada por forças do campo da Saúde, com peso importante dos componentes internacionais, que procuram tratar desse tema como se fosse

^(a) Saúde Coletiva, Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Aluizio da Silva Gomes, 50, Novo Cavaleiros. Macaé, RJ, Brasil. 27930-560. emerhy@gmail.com

algo que foi gerado pela natureza própria dos problemas, que temos vivido no campo da saúde e do SUS, no Brasil de hoje. Porém, isso não é estranho na nossa história, o que me leva a ver em outros momentos algo semelhante sendo criado e que se constitui como estratégia de governar nossos agires no contexto brasileiro, procurando buscar em nossos processos institucionais a criação de uma agenda que nos desloque de problemas gerados pelos nossos próprios processos de construção do SUS e que são em geral bem distintos daqueles constituídos em alguns outros países. Isto é, há invenção de problemas no campo da Saúde para a produção de agendas governamentais que, de fato, não nos pertencem, não somos os seus protagonistas; ao contrário, constituímos outro conjunto de problemas bem peculiares para a construção do SUS, sendo que muitos deles não têm equivalente fora de nosso processo social e político específico.

Várias vezes vivemos formulações que eram oferecidas como fundamentais para nossos processos político-institucionais que, inclusive, viraram moda e, depois, se esgotaram em suas impossibilidades por não terem sido boas respostas aos problemas que construíamos na busca da efetivação de novos modos de se produzir o cuidado em saúde, no Brasil, tendo como eixo central que qualquer brasileiro tem direito à saúde e cabe ao Estado realizá-lo. Aqui, em um país que estava remando contra a maré neoliberal, até então. Em épocas, até anteriores, podemos identificar situações parecidas, pois foi assim contra a fragmentação das práticas de cuidado em saúde, a partir da excessiva especialização que as profissões seguiram, e foi assim também com a noção de que a prática curativa em si não abarcava todo campo possível do cuidado em saúde, e que deveríamos apostar na institucionalização da Medicina preventiva, baseada na limitada visão da “História Natural da Doença” e nos vários níveis de prevenção.

Desde Alma Ata, vimos crescer apostas na Atenção Primária em Saúde, como se de maneira quase exclusiva aí houvesse uma solução definitiva para os problemas no modo de organizar as práticas de saúde e de enquadrá-las como ações efetivas e impactantes nas situações de saúde. Agora, nesse momento, outras modas vêm procurando se instalar, que, inclusive, vão virando jargão no linguajar do próprio campo da Saúde Coletiva, indicando, hoje, que falar em inovação e interprofissionalidade é estar com o casco afiado para achar a solução de alguns de nossos reais problemas, na construção e implementação de nossas apostas na saúde. Do mesmo modo, há alguns anos vem também se batendo na tecla, como moda, da construção da Medicina de Família e de seus correlatos, como estratégia central para mudar os modos pouco efetivos de se cuidar em saúde, até então praticados.

É isso: parece que se investirmos nesses novos campos de ação, abriremos para a criação de soluções que as outras apostas não permitiram ou, no mínimo, contribuir para acharmos soluções para a baixa potência das anteriores. Vejo que a experiência brasileira vem sendo bem mais criativa quanto àquilo que as agendas internacionais vêm criando para a produção de modos de agir no campo da Saúde. As ofertas que temos recebido são carregadas por paradigmas que, por aqui, já foram bem interrogados e analisados. Diria até que superado no campo de pensamentos bem mais abrangentes, como os inventados no campo da Saúde Coletiva brasileira, que a muitos anos, de modo criativo e inédito, vem produzindo novas visões e teorias para o campo da Saúde, diante do desafio que tinha como parte fundamental o movimento gerador da luta pela Reforma Sanitária brasileira.

O texto do Ricardo em relação a essa conversa passa batido, não contextualiza a construção de oferta da interprofissionalidade e as várias forças que possam estar atravessando esse processo. Gostaria de ver na sua elaboração uma conversa sobre a criação de modismos, que são importados.

Outro instigamento passa pelo fato de que o seu caminho no texto não valora um diálogo suficiente com as criações que por aqui já se fizeram sobre algumas questões centrais que aborda e procura contribuir. Senti falta, não por minha relação de autoria, mas pelo campo de problematização, de uma conversa mais aberta com a temática do trabalho vivo em ato e as invenções e criações nos encontros-acontecimentos, que povoam o mundo do cuidado em saúde.

Vou além sobre essas questões, pois vejo que apostar no deslocamento do próprio campo instituído, como modo de agir na saúde, é poder trazer para a cena a imanência que há no campo da micropolítica do trabalho vivo em ato pelo operar nos territórios tecnológicos, dentro de uma inscrição, que é a das tecnologias leves relacionais, que carregam em sua constitutividade elementos

que podem se abrir em fuga do próprio campo da saúde e de suas amarrações tecnológicas. Ou seja, há nisso a necessidade de se conversar com os agires tecnológicos que se inscrevem como devires não tecnológicos na produção dos modos de viver, nas inventividades e nas criações de novos sentidos inclusive para o sofrimento, no chamado “ponto gris”, descrito em seu texto. Não percebo, no apelo ao raciocínio sobre o artista, algo que contribui com isso, pois o fazer em saúde cria um campo de trabalho que tem várias características distintas, apesar de algumas semelhanças na força instituinte do encontro necessário para se produzir o cuidado.

Fiquei muito na dúvida sobre uma possível construção de encharcamento do agir em saúde de uma maneira tão direta que o interprofissional torna-se “ponto gris”, pois, para mim, isso pressupõe poder estar desamarrado das forças de contextualização que permitam dar como substantivo o agir como sendo da saúde, ato impossível a partir de uma posição que não fosse na imanência da constituição do próprio agir e que não se inscreve na construção das profissões como máquinas de Estado, o que efetivamente são. Pareceu-me na sua aposta que se pode invadir de fora esse território instituído das profissões, como força modificadora, por uma certa imposição de exercício soberano sobre esse campo do fazer – o profissional – quando considero que essencialmente essa possibilidade se dá no agir micropolítico instalado no mundo do cuidado, lugar que as profissões procuram tomar como de seu domínio, na intenção de matar a força clandestina do trabalho vivo em ato, nos encontros, construídos antes de tudo por trabalhadores e não por artistas, esses sim desamarrados de certas maquinarias que no caso do agir em saúde é uma impossibilidade. Vir por fora não cria.

O trabalhador de saúde, como profissional, antes de tudo não é um artista tipo Paul Klee; até pode ser no sentido de que todos somos artistas por estarmos inseridos na produção das nossas próprias vidas como obra de arte, diria Foucault, mas é só nessa dimensão. Diferentemente do artista Klee, o trabalhador de saúde, como profissional, é um instituído que pode, a partir de si, criar no encontro com os outros novos territórios de existência que não sejam inclusive mais do campo da saúde, mas que não consegue, ao preservar esse campo como imperativo para si, criar-se como se não pertencesse a esse lugar, inclusive o da profissão, que tem forças muito bem definidas para a sua constitutividade como campo de saberes e práticas e máquina de Estado.

Causou-me confusão a aposta do Ricardo, daí essa inquietude, pois quando procura passar uma certa noção de que os movimentos de modificações, para inventar algo novo, estão mais no plano de certas individualidades do que no campo dos agenciamentos coletivos de enunciação e da produção do desejo. Campo de dispositivos que não são do mundo da razão, nem instrumentais a operarem no mundo de certos querereres, como algo do tipo que a tomada de consciência de alguém, a partir de uma produção cognitiva, possa efetivamente instituir algo bem desterritorializante sobre o seu próprio fazer, já demarcado. Só a presença do outro, nas intensividades micropolíticas aí inscritas, pode abrir linha de fuga no já instituído como um campo bem definido do fazer em saúde. Posso não ter entendido a formulação do autor sobre isso, mas vejo uma importância muito relevante na sua proposta sobre a categoria do indivíduo e suas vontades de fazer diferente. Gostaria de saber mais sobre isso.

Apesar dessas questões, fica para mim a força de certas passagens, mesmo que ainda faça aliança com a consciência, como: “Esse é um lugar precípuo à educação permanente em saúde por conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço da formação e espaço do trabalho. Todavia, a baixa familiaridade com esta potência torna difícil sua apropriação no cotidiano das práticas”.

“A forma é fim, morte. A formação é vida”. A formação é movimento, ação. Diz o artista para “não pensar na forma, mas na formação: interessam mais as forças formadoras do que as formas finais”. Essa é a condição ética da educação permanente em saúde e proponho que para a educação interprofissional.

Submetido em 20/08/18. Aprovado em 30/08/18.

Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação

Interprofessionality and health: connections and changing borders

Interprofesionalidad y salud: conexiones y fronteras en transformación

Márcio Florentino Pereira^(a)

O tema da interprofissionalidade tem mobilizado, mais recentemente, os educadores, pesquisadores, gestores, trabalhadores, conselheiros, organismos e instituições de saúde e educação e vem ganhando contornos de um movimento com a realização de eventos, como o Colóquio Internacional sobre Trabalho e Educação Interprofissional, realizado em Natal (RN), em 2015, organizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS), e na criação de estruturas, como a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (Reip). No entanto, muitas contradições ainda estão presentes quando identificamos os limites e as resistências políticas, teóricas e práticas presentes na educação interprofissional em Saúde e na sua limitada capacidade de provocar mudanças em cenários profissionais e curriculares, fortemente dominados pelo individualismo disciplinar especializado e pelo biotecnicismo descontextualizado. Nesse caso, a interprofissionalidade em saúde é avaliada no interior e entre as profissões e disciplinas como pouco discernível nos seus critérios e padrões, assim como na definição dos limites e fronteiras de formação e da profissionalização em saúde, podendo provocar, nas palavras do autor, “conflitos, fustigamentos, rupturas, desconfortos e borramentos”.

No artigo “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”, o autor nos instiga com questões importantes: por que o debate da interprofissionalidade é tão ausente do cotidiano da graduação em Saúde? Como é possível avançar na educação interprofissional em saúde, com a estrutura formativa centrada na doença e nas técnicas, e não no usuário/paciente/cidadão/cuidado/família/comunidade? É possível um reencontro criativo e construtivo do trabalho e da formação em saúde, no cruzamento e nas conexões da interprofissionalidade? São questões teóricas, práticas e metodológicas relacionadas ao desenvolvimento das políticas de Educação e Saúde em nossas realidades e contextos.

As experiências têm indicado que o exercício da formação em saúde em sintonia e articulação com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado um maior alargamento político e epistemológico do campo de saberes e práticas, possibilitando o surgimento de novos arranjos, diversidade e diferenças em relação ao modelo biomédico de profissionalização. No SUS, a interprofissionalidade tem se constituído em uma referência para as mudanças do

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70910-900. marcio.florentinop@gmail.com

trabalho e da formação em saúde, que são necessárias para a realização da saúde, de forma integral e universal, presente em ações estratégicas como o trabalho em Equipes de Saúde da Família (ESF), de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e na Atenção Básica (AB); como a formação em programas de pós-graduação profissional em saúde da família (ProfSaúde), de educação pelo trabalho na saúde (PET-Saúde) e vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), assim como o projeto de provimento e educação em serviço de profissionais médicos (Programa Mais Médicos para o Brasil).

Tenho acompanhado, por meio de uma militância política e acadêmica, iniciativas institucionais desenvolvidas no campo da Saúde e da Educação, como a mais recente experiência de expansão das universidades federais e, em particular, o Projeto de estruturação do Plano Orientador da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)¹. No Plano Orientador, a proposta da interprofissionalidade é parte fundamental, com presença em todas as áreas de conhecimento, em particular, na Saúde, na qual o trabalho colaborativo e a aprendizagem compartilhada estão orientados em três dimensões: interdisciplinar, interprofissional e intercultural.

A estruturação dessas dimensões em saberes e práticas, organizados por ciclos, eixos e componentes, orienta a ação formativa e permite uma abordagem pedagógica completamente distinta das grades curriculares tradicionais, organizadas por disciplinas e especialidades e baseadas apenas nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação. No caso do território do Sul da Bahia, as dimensões da interculturalidade estão presentes nos cursos, pois há uma realidade regional de organização dos povos e saberes tradicionais, como indígenas e quilombolas, além de uma gama de povos imigrantes e estrangeiros atraídos pelo turismo da região.

A proposta acadêmica e o modelo pedagógico e curricular da UFSB procuram superar a centralidade dos cursos e currículos, excessivamente organizados na etapa de profissionalização, para um modelo mais alargado; e mais amplo de abordagens e formação, com a incorporação da Saúde Coletiva, da integralidade do cuidado, da universalidade e da equidade. No Projeto Pedagógico Institucional da UFSB, a saúde é pensada e realizada como um campo de saberes e práticas, em uma perspectiva do desenvolvimento social e humano, atuando na transformação da realidade local e regional e considerando a compreensão das desigualdades como algo fundamental. Propõe, ainda, como um dos princípios, a formação crítica, humanística, para o desenvolvimento da ciência, da educação e da pesquisa².

Na formação em Saúde, o regime de ciclos está alicerçado nos serviços e comunidades como possibilidade de integração social do campo, em conexão permanente com a realidade de organização do SUS na região, em um sistema saúde-escola. Constitui-se em uma proposta de educação que introduz a reflexão sobre projeto de formação colaborativa e compartilhada para o trabalho, em dimensões interdisciplinares e interprofissionais que são necessárias às ESF. Surgem, assim, conformações teóricas, metodológicas e pragmáticas que se articulam numa produção social, política, cultural, ambiental e clínica da Saúde; um exercício que reconhece outros saberes, práticas e experiências que estão no interior para além das competências específicas e habilidades individuais, que definem o tempo, o espaço, e o *habitus*³, presentes nas etapas de profissionalização do trabalho em saúde.

São configurações que remetem ao desafio de pensar a Saúde como um campo epistemológico plural, de saberes, práticas e experiências, com outros vocabulários e outros modos de se identificar: bem-estar, qualidade de vida, bem-viver. Segundo Arriscado Nunes⁴, são relações ecológicas, em um processo de construção crítica e criativa, de conhecimentos e reconhecimentos, em permanente diálogo com outras perspectivas interdisciplinares e interculturais, como, por exemplo, o caso dos povos indígenas, que veem questões de saúde e doença em modos diferenciados, com outras cosmologias, partindo do pressuposto de que somos parte de uma ecologia e estamos permanentemente expostos a tudo o que está dentro e fora do campo. Como nossa saúde, que está ligada a saúde do ambiente e à natureza. Cadeias de relação muitas vezes são tornadas irrelevantes ou medicalizadas:

Existem formas diferentes de lidar com as doenças, mas se lida com elas em monocultura, a monocultura da medicina, da saúde coletiva, etc. Saberes e práticas com aquilo que chamamos de saúde. *Ecologias versus Monoculturas*⁴.

A saúde como ecologia de saberes e práticas⁵ opera em contextos, situações e necessidades que demandam intervenção é um campo de formação e transformação, vivo e participativo, com produção de sentidos e significados, com presença, atravessamentos, disputas, interesses, convergências, encontros, desencontros e consensos. Segundo Arriscado Nunes⁴:

[...] uma ideia da relação dos saberes e práticas como ecologias. As monoculturas admitem um certo grau de pluralismo, mas é necessário ampliar e descentrar o universo dos saberes. Ecologias é conhecimento que vai acontecendo em determinado campo, determinadas conexões. Ecologias como práticas, elas geram saberes. A prática social produz conhecimento. A prática produz um saber.

Os saberes muitas vezes não são compreendidos e codificados formalmente, mas são incorporados pela maneira de fazer e podem ser compartilhados. Ecologias de reconhecimento dos saberes. Exige-se atitude de escuta. Diante da crise de compreensão, temos obrigação de escuta e discriminação positiva a favor do reconhecimento: "Ecologia dos modos de valoração. Como se avalia a produtividade de efeitos. Criação de modos apropriados de avaliação. Há ecologias de temporalidades. Tempos diferentes, múltiplos. Diferenças nas intervenções de acesso a cuidados, atuação de emergência, tempo do risco"⁴.

A interprofissionalidade na Saúde e na Educação articula novos arranjos de formação interdisciplinar e intercultural, em processos de experimentação e produção dos elementos constitutivos do trabalho coletivo em saúde. Além disso, age também como forma integral e ecológica de saber e educar, como pensamento e ação integrados, na produção de processos, ferramentas e organizações, como uma práxis de transformação, com fortes implicações conceituais, metodológicas e políticas, vinculadas ao desenvolvimento da Saúde e da Educação.

No artigo em debate, o autor evidencia que o trabalho interprofissional em Saúde pode ser mais aderente, compartilhado, colaborativo e seguro, portanto, mais ecológico, sendo, assim, mais prazeroso, menos insalubre, integrado e com maior reciprocidade. Pode ampliar a fixação dos profissionais, com territorialização e contextualização de suas práticas, permitindo avançar em uma ação planejada e avaliada pela equipe, com maior eficácia e efetividade na organização do processo de trabalho, no cuidado integral e na educação permanente da equipe. Uma avaliação que aproxima positivamente o trabalho interprofissional em Saúde de um modelo ideal, considerando os princípios e diretrizes que norteiam o SUS e sua organização local, ascendente, integral, participativa e universal.

Transformar a educação em saúde significa, portanto, lidar com movimentos e processos contraditórios e conflitantes, de avanços e recuos, com possibilidades de crises no sentido de, para onde se caminha, nessa transformação. É atuar em dimensões objetivas e subjetivas nas quais a profissionalização tornou-se um elemento decisivo para a constituição de um espaço desigual de poder ser e ter, de hierarquização social, econômica, cultural e política, com total hegemonia de determinadas profissões no mercado.

Para concluir, penso que o desafio de superar as desigualdades e hierarquias presentes no campo da Saúde e da Educação passa pela definição e redefinição dos processos de trabalho, da interprofissionalização e da formação interdisciplinar em saúde, em um contexto mais amplo de projetos de universidade e democracia, em dimensões nacionais, populares e interculturais. São processos que remetem aos movimentos de reformas e transformações, que, pelo caráter mais profundo que representam na nossa sociedade, devem colidir e superar as estruturas de saber e poder colonizadas.

Referências

1. Universidade Federal do Sul da Bahia. Plano Orientador Institucional e Político-Pedagógico da Universidade Federal do Sul da Bahia. Itabuna, Porto Seguro, Teixeira de Freitas: UFSB; 2014.
2. Almeida-Filho NM. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. Rev Bras Educ Med. 2014; 38(3):337-48.
3. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 2002.
4. Nunes JA. Conferência: a saúde coletiva e ecologia de saberes. Transcrição, Porto Seguro, 2016.
5. Sousa-Santos B. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. In: Sousa-Santos B, organizador. Reinventar a emancipação social. Para novos manifestos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

Submetido em 14/08/18. Aprovado em 29/08/18.

Interprofesionalidad y osadía:

sobre “Conexiones y fronteras de la interprofesionalidad: forma y formación”

Hugo Mercer^(a)

El trabajo de Ricardo Burg Ceccim habla de interprofesionalidad y también de osadía. Apela a la osadía para pensar de una manera innovadora y para hacer uso de referencias que no son las clásicas en un texto sobre educación -y menos en el campo de la Salud-. En su trabajo aparecen metáforas, caracterización de procesos históricos, distinciones etimológicas y alusiones estéticas, en esa combinación hay osadía, que sirve para provocar al lector, invitando a pensar la interprofesionalidad de una manera no convencional. En ese camino, Burg Ceccim cita a una serie de autores¹⁻⁴, con los que mantiene afinidades lo cual da cuenta de la existencia de un clima intelectual en Brasil en torno a la interprofesionalidad, con una consiguiente acumulación de experiencias, avances y frustraciones donde la osadía reside en seguir construyendo.

En diversos trabajos recientes Naomar de Almeida Filho⁵⁻⁷ explica el papel que jugó en América Latina el proyecto de educación superior que impulsó la Revolución Francesa a partir de 1789. A la luz de esos trabajos podemos reconocer que la influencia del proyecto político emancipador que acompañó a los procesos independentistas y de construcción de los Estados modernos en la región, fue mayor que la atribuida a la reforma promovida en los EEUU en torno a 1916 por Abraham Flexner. El proyecto francés apuntaba a una educación superior que diera acceso a sectores sociales hasta entonces marginados de las profesiones universitarias. Implicaba una reorganización cognitiva, educacional y de las ciencias, que sustentada en un proceso de secularización colocaba en el ámbito del Estado aquello que hasta entonces había sido un espacio excluyente en manos de la Iglesia.

Además de la consolidación de un espacio laico donde formar a los profesionales en medicina, ingeniería o derecho, la educación superior experimentó en y desde Francia modelos institucionales de Universidad, por una parte, aquellas en las que confluían diversas ciencias y formaban a los profesionales en torno a una base conceptual común para luego orientarse hacia la formación de especialistas en campos específicos del conocimiento y de la práctica. El otro y predominante modelo organizativo comprendía a las instituciones académicas “lineales” que desde el inicio de las carreras mantenían a los estudiantes dentro de una línea específica propia de cada profesión. Escuelas, Facultades o Academias educaban a los futuros profesionales aislados

^(a) Unidad Interdisciplinaria de Salud, Universidad Nacional de San Martín. UNSAM, Campus Miguelete, 25 de Mayo y Francia. Buenos Aires, Argentina. hugo.mercer@gmail.com

de las otras profesiones y fragmentando a su vez los planes de estudio en cátedras que reforzaban esa "linealidad" disciplinaria.

La estructura formativa se acompañaba de instancias reguladoras que comprendían la intervención estatal para acreditar a las Escuelas o Facultades y los colegios, gremios, guildas para reconocer y habilitar para el desempeño profesional. Ese reconocimiento podía ser tarea del propio Estado o bien, ser delegada a los pares, quienes ejercían control en la cantidad y desempeño de cada profesional. Esos modelos de Universidades, con mayor o menor encuentro y espacio para el diálogo entre disciplinas científicas se correspondían a lo que iba a ser un tipo de producción industrial basado en una línea de producción que organiza a los trabajadores para un desempeño repetitivo, sistemático, estandarizado. Suplir el artesanado por un trabajo colectivo y concentrado en espacios diseñados a ese fin. La línea de producción industrial va a encontrar su progresiva correspondencia en la organización del trabajo en los ámbitos académicos y de aplicación de la ciencia en general.

A más de dos siglos de la Revolución Francesa y a un siglo de la reforma Flexneriana, este artículo de Burg Ceccim⁸, y también la rica producción intelectual¹⁻³ con la cual él diálogos y construye, alienta a discutir ¿Cuál será el papel de la educación y la práctica interprofesional en el futuro de la formación universitaria y en el trabajo cotidiano de los servicios de salud? La Universidad lineal y su estructura de Escuelas y cátedras se correspondió con lo que iba a configurarse como el modelo fordista de producción, para eso se requería de profesionales que mantuvieran esa linealidad, con su implícita distribución jerárquica del trabajo, con una fragmentación disciplinaria del conocimiento y reglas y normas que preserven esa asignación de capacidades e incumbencias. Hoy en día, en tiempos de un capitalismo cognitivo que consiste en un nuevo sistema histórico de acumulación, donde las dimensiones cognitivas e intelectuales del trabajo asumen un rol de decisiva importancia⁹ y desplazan la centralidad que antes detentaba el capital fijo y el trabajo material. Ahora la valorización del capital se da mediante la transformación del conocimiento en una *commodity*. Por eso, el motor, la principal fuerza de cambio de la presente organización productiva es el conocimiento que es portado, contenido y expresado en la generalizada elevación educativa de la fuerza de trabajo. Tanto en la producción industrial, como en la de servicios los trabajadores alcanzan más altos niveles educativos.

En esta organización de la industria y de los servicios, capaz de sustituir la disciplina y verticalidad lineal, se requiere de trabajadores y profesionales maleables con la plasticidad necesaria para dialogar y captar aquellas dimensiones que permanecían omitidas o relegadas por la organización fordista del trabajo. La interprofesionalidad es superadora respecto a esas dimensiones, sin duda, pero lo más importante y aquí aparece lo que para mí constituye un valioso aporte de Ricardo Burg Ceccim, radica en que además de contribuir a mejorar la seguridad del paciente, además de aportar a humanizar las prácticas y bienestar de los propios trabajadores, la interprofesionalidad abre la posibilidad de una *praxis* diferente. *Praxis* entendida como una política sustentada en afinidades y coherencia de valores entre quienes integran el equipo de trabajo. Afinidad en la forma de definir el objeto de trabajo y aquello que se desea transformar, sea una persona que necesita atención y cuidado o un conjunto poblacional que está reclamando intervenciones transformadoras.

Burg Ceccim define la *praxis* como pragmática de enseñar, aprender, hacer y actuar, pero puede ser ampliada a "forma de hacer política". En tanto la interprofesionalidad llega como una integración de diferentes niveles de conocimientos y prácticas y que va más allá de las actuales incumbencias que reconocen los respectivos colegios profesionales y los estándares consensuados en los procesos de acreditación. La interprofesionalidad permite a los trabajadores de la salud formarse en una *praxis* donde el equipo de salud mejora y amplía su capacidad de escucha y consiguientemente de convocatoria ante los cambios generados por las demandas y capacidades sociales. No se deposita solo en la tecnología, en los hallazgos científicos, o en la división del trabajo entre los integrantes del equipo de salud, sino que se coloca en un lugar de privilegiada atención a los cambios que se registran en la población, en los conjuntos sociales, en los sujetos. Una *praxis* comprometida de la interprofesionalidad cobra sentido si observa, valora y actúa a personas o conjuntos sociales en función de derechos de ciudadanía, y no por el hecho de contar con cobertura financiera que permita la atención.

El potencial de la interprofesionalidad radica en convertirse en un instrumento acorde y coherente con modelos de determinación social de la salud, de equidad y justicia social, caso contrario podrá ser

un recurso valioso, pero perecedero, al igual que otras modas pedagógicas. Por su correspondencia con cambios en la estructura y organización productiva general, la interprofesionalidad tiene el potencial para ser un recurso innovador de indudable valor. Quizás en el futuro cercano además de reclamar “Mais Médicos” sea necesario reclamar “Mais equipos Interprofesionales”.

Referencias

1. Peduzzi M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1539-41.
2. Ellery AEL. Interprofissionalidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50.
3. Furtado JP. Arranjos insdtucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cad Bras Saude Ment*. 2009; 1(1):1-11.
4. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. *Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 4-26.
5. Almeida-Filho N. O legado de Cabanis: hipótese sobre raízes da educação médica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(7):e00206416.
6. Almeida-Filho N. Reconhecer flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [citado 24 Jun 2018]; 26(12):2234-49. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003.
7. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brasil. *Lancet*. 2011; 377(9781):1898-900.
8. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p.165-84.
9. Monnier JM, Vercellone C. Labour and welfare state in the transition to cognitive capitalism. En: Cvijanovic V, Andrea F, Carlo V, editores. *Cognitive captalism and its reflections in south-eastern Europe* [Internet]. Frankfurt: Peter Lang; 2010 [citado 24 Jun 2018]. p 71-87. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlo_Vercellone/publication/301652657_Labour_and_Welfare_State_in_the_Transition_to_Cognitive_Capitalism/links/5758203a08ae5c6549074ee5/Labour-and-Welfare-State-in-the-Transition-to-Cognitive-Capitalism.pdf

Sometido en 22/08/18. Aprobado en 29/08/18.

Interprofissionalidade e ousadia:

sobre “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”

Interprofessionality and daring: on “Connections and boundaries of interprofessionality: form and form-giving”

Interprofesionalidad y osadía: sobre “Conexiones y fronteras de la interprofesionalidad: forma y formación”

Hugo Mercer^(a)

O trabalho de Ricardo Burg Ceccim fala de interprofissionalidade e também de ousadia. Recorre à ousadia para pensar de uma forma inovadora e utilizar referências que não são clássicas em um texto sobre educação – e ainda menos no campo da saúde. Em seu trabalho ocorrem metáforas, ocorre a caracterização de processos históricos, distinções etimológicas e alusões estéticas, e nesta combinação reside a ousadia, que serve para provocar o leitor, convidando-o a pensar a interprofissionalidade de uma maneira não convencional. Neste percurso, Burg Ceccim cita diversos autores¹⁻⁴ com os quais tem afinidades, o que comprova a existência no Brasil de um clima intelectual ao redor da interprofissionalidade, com a consequente acumulação de experiências, avanços e frustrações, onde a ousadia está no fato de continuar a construir.

Em diversos trabalhos recentes, Naomar de Almeida Filho⁵⁻⁷ explica o papel desempenhado na América Latina pelo projeto de educação superior preconizado pela Revolução Francesa desde 1789. Sob a ótica desses trabalhos, podemos perceber que a influência francesa no projeto político emancipador que acompanhou os processos independentistas e de construção dos Estados modernos na região, foi maior do que aquela atribuída à reforma promovida nos EUA por Abraham Flexner, em torno de 1916. O projeto francês apontava para uma educação superior que permitisse o acesso de setores sociais até então marginalizados das profissões universitárias. Implicava em uma reorganização cognitiva e das ciências que, sustentada por um processo de secularização, transferia para o âmbito do Estado aquilo que até então havia sido um espaço excludente em mãos da igreja.

Além da consolidação de um espaço laico no qual formar os profissionais em medicina, engenharia ou direito, a partir da França, a educação superior experimentou modelos institucionais de Universidade; por um lado aquelas em que confluíam diversas ciências e que formavam os profissionais em torno de uma base conceitual comum, para em seguida se voltar à formação de especialistas em campos específicos do conhecimento e da prática. O outro modelo organizacional, abrangia as instituições acadêmicas “lineares” que desde o início das carreiras mantinham os estudantes dentro de uma linha específica própria de cada profissão. Escolas, Faculdades ou Academias educavam os

^(a) Unidad Interdisciplinaria de Salud, Universidad Nacional de San Martín. UNSAM, Campus Miguelete, 25 de Mayo y Francia. Buenos Aires, Argentina. hugo.mercer@gmail.com

futuros profissionais isolados das outras profissões, fragmentando por sua vez os currículos escolares em cátedras que reforçavam esta “linearidade” disciplinar.

A estrutura formativa era acompanhada de instâncias reguladoras que incluíam a intervenção estatal para acreditar as Escolas ou Faculdades e os colégios, grêmios, guildas, para reconhecer e habilitar para o desempenho profissional. Esse reconhecimento podia ser tarefa do próprio Estado ou podia ser delegada aos pares, que exerciam controle da quantidade e do desempenho de cada profissional. Esses modelos de Universidades, com maior ou menor afinidades e espaço para o diálogo entre disciplinas científicas correspondiam ao que viria a ser um tipo de produção industrial baseada em uma linha de produção que organiza os trabalhadores para um desempenho repetitivo, sistemático e padronizado, substituindo o artesanato por um trabalho coletivo e concentrado, em espaços desenhados para esse fim. A linha de produção industrial vai encontrar sua progressiva correspondência à organização do trabalho nos âmbitos acadêmicos e de aplicação da ciência em geral.

A mais de dois séculos da Revolução Francesa e a um século da reforma Flexneriana, este artigo de Burg Ceccim⁸ - e também a rica produção intelectual¹⁻³ com que ele dialoga e que constrói - estimula a discussão de qual será o papel da educação e da prática interprofissional no futuro da formação universitária e no trabalho cotidiano dos serviços de saúde. A Universidade Linear e sua estrutura de Escolas e cátedras encontrou correspondência no que viria a se configurar como o modelo fordista de produção, e para tanto eram necessários profissionais que mantivessem essa linearidade, com sua implícita distribuição hierárquica do trabalho, com uma fragmentação disciplinar do conhecimento, e regras e normas que preservassem essa atribuição de capacidades e incumbências. Atualmente, numa época de capitalismo cognitivo - que consiste em um novo sistema histórico de acumulação - as dimensões cognitivas e intelectuais do trabalho assumem um papel de decisiva importância⁹ e substituem a centralidade que anteriormente correspondia ao capital fixo e ao trabalho material. Agora a valorização do capital se dá por meio da transformação do conhecimento em *commodity*. Por isso o motor, a principal força de mudança da atual organização produtiva é o conhecimento que é portado, contido e expresso na elevação educacional generalizada da força de trabalho. Tanto na produção industrial como na de serviços, os trabalhadores alcançam níveis educacionais mais altos.

Nesta organização da indústria e dos serviços, capaz de substituir a disciplina e a verticalidade linear, são exigidos trabalhadores e profissionais maleáveis, com a plasticidade necessária para dialogar e captar as dimensões que eram omitidas ou relegadas pela organização fordista do trabalho. A interprofissionalidade é superadora em relação a essas dimensões, sem dúvida, mas o mais importante - e aqui surge o que para mim se apresenta como uma valiosa contribuição de Ricardo Burg Ceccim - reside em que além de contribuir para melhorar a segurança do paciente, além de colaborar para humanizar as práticas e o bem-estar dos próprios trabalhadores, a interprofissionalidade abre a possibilidade de uma *praxis* diferente. *Praxis* entendida como uma política sustentada em afinidades e coerência de valores entre aqueles que integram a equipe de trabalho. Afinidade na forma de definir o objeto de trabalho e aquilo que se deseja transformar, seja uma pessoa que necessite atendimento e cuidado ou um conjunto populacional que reclame intervenções transformadoras.

Burg Ceccim define a *praxis* como pragmática de ensinar, aprender, fazer e agir, mas isto pode ser ampliado para “forma de fazer política”. Uma vez que a interprofissionalidade chega como uma integração de diferentes níveis de conhecimentos e práticas, e vai além das atuais incumbências que são reconhecidas pelos respectivos colégios profissionais e pelos padrões comumente aceitos nos processos de acreditação. A interprofissionalidade permite aos trabalhadores de saúde se formar em uma *praxis* em que a equipe de saúde melhora e amplia sua capacidade de escuta e consequentemente de convocatória diante das mudanças geradas pelas demandas e capacidades sociais. Não é fundamentada somente na tecnologia, nas descobertas científicas ou na divisão do trabalho entre os integrantes da equipe de saúde, mas se coloca em um lugar de privilegiada atenção às mudanças que ocorrem na população, nos conjuntos sociais, nos sujeitos. Uma *praxis* comprometida com a interprofissionalidade ganha sentido ao observar, avaliar e atuar com pessoas ou conjuntos sociais em função de direitos de cidadania, e não pelo fato de contar com cobertura financeira que permita o atendimento.

O potencial da interprofissionalidade reside em se transformar em um instrumento aceito e coerente, com modelos de determinação social da saúde, de equidade e justiça social; caso contrário poderá ser um recurso valioso mas perecível, do mesmo modo que outras modas pedagógicas. Por sua correspondência com mudanças na estrutura e na organização produtiva geral, a interprofissionalidade tem o potencial para ser um recurso inovador de indiscutível valor. Talvez em um futuro próximo, além de reclamar “Mais Médicos” seja necessário reclamar e promover a formação de “Mais equipes Interprofissionais”.

Referências

1. Peduzzi M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1539-41.
2. Ellery AEL. Interprofissionalidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50.
3. Furtado JP. Arranjos insdtucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cad Bras Saude Ment*. 2009; 1(1):1-11.
4. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. *Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 4-26.
5. Almeida-Filho N. O legado de Cabanis: hipótese sobre raízes da educação médica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(7):e00206416.
6. Almeida-Filho N. Reconhecer flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2010 [citado 24 Jun 2018]; 26(12):2234-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003.
7. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brasil. *Lancet*. 2011; 377(9781):1898-900.
8. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p.165-84.
9. Monnier JM, Vercellone C. Labour and welfare state in the transition to cognitive capitalism. En: Cvijanovic V, Andrea F, Carlo V, editores. *Cognitive captalism and its reflections in south-eastern Europe [Internet]*. Frankfurt: Peter Lang; 2010 [citado 24 Jun 2018]. p 71-87. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carlo_Vercellone/publication/301652657_Labour_and_Welfare_State_in_the_Transition_to_Cognitive_Capitalism/links/5758203a08ae5c6549074ee5/Labour-and-Welfare-State-in-the-Transition-to-Cognitive-Capitalism.pdf

Submetido em 22/08/18. Aprovado em 29/08/18.

Réplica

Sobre adaptação, resistência e competência ética na interprofissionalidade

Reply

On adaptations, resistance and ethical competence in the interprofessionality

Replica

Sobre adaptación, resistencia y competencia ética en la interprofesionalidad

Ricardo Burg Ceccim^(a)

Após discutir, quanto à interprofissionalidade, o confronto entre conexões (o que a ideia de interprofissionalidade põe em concatenamento) e fronteiras (o que esta ideia põe em acomodação), assim como o confronto entre forma (solução de um problema, apresentação de uma resposta) e formação (ativação de uma construção, apreensão ativa de uma “perturbação” de si e de mundo) para desafiar o conforto de um estasiamento, um ponto de chegada tecnicamente ajustado, e o desconforto permanente, a problematização inexorável de qualquer ponto de chegada (a interprofissionalidade como o novo padrão ideal ou a interprofissionalidade como convocação ética, abertura aos signos em movimento no trabalho), recebo o debate de três aguerridos leitores: Márcio Florentino Pereira; Emerson Elias Merhy e Hugo Mercer. O texto, objeto do debate, intitulava-se “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”, pretendendo apresentar a terminologia da interprofissionalidade, retirando-lhe a conotação de simples neologismo e, porquanto, em alguma medida, constituía-se em uma noção que ainda encontra esforços de objeção e refutação, servindo às reconfigurações não definidas, não previstas ou intangíveis (conexões), mas também às configurações consensuadas em acordos de inovação e previstas em protocolos e programas (providência de fronteiras).

Quis apontar a interprofissionalidade como a forma do óbvio (a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade inescapáveis ao trabalho pela integralidade e humanização na saúde), mas também como o tormento da forma nas profissões (seu desejo místico/mítico de atributos privativos). O óbvio estaria submetido à “competência ética”, não ao constrangimento moral a que não se pode escapar em regras e normativas do trabalho, recomendações dos organismos internacionais, padrões da ciência e argumentos de estudiosos. Fiz um percurso e trouxe autores que usam esta terminologia de modo conceitual, como constructo epistemológico. Pouco toquei nas recomendações internacionais já contundentes e sustentadas em padrões de estudo e comissões especiais de formulação com base em evidências do saber prático e teórico. Busquei a literatura e enunciei a experiência brasileira neste exato e preciso quesito, sem alargar a uma tomada geral do trabalho em sua micropolítica viva. Contudo, para concluir, quis indicar a potência da experiência afetiva ou emocional no curso de uma experiência aprendente, quando o mais importante não é o sucesso de uma

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Avenida Paulo Gama, s/nº, prédio 12.201, 7º andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. burgceccim@gmail.com

meta de ensino ou o acolhimento de uma noção a implantar, mas a abertura para o aprender livre e criativo, capaz de transformação no si mesmo, nos entornos e nas formas constituídas.

O suposto da interprofissionalidade pode ser apreendido ou pressentido, simplesmente por intuição, mas não é indubitavelmente afiançável a sua presença na educação formal dos profissionais, na regulação normativa do trabalho e na auditoria das práticas de assistência, cuidado ou atenção em saúde. Que se trabalhe ou se deva trabalhar em equipe é óbvio, o que não significa introduzir recursos objetivos de gestão da educação e do trabalho perfilados pela interprofissionalidade. Está correta a análise de Merhy sobre o Brasil e sobre a produção intelectual da Saúde Coletiva brasileira apresentar caminhos e estratégias conceituais e as práticas que não prescindiram desta terminologia para desafiar à criação permanente do trabalho, o que na sua obra, como nos faz lembrar, designou como Trabalho Vivo em Ato, que se faz mediante o dispositivo cartográfico do agir em saúde. Talvez aí mesmo resida o argumento de Mercer quanto à ousadia, segundo ele, proposta pelo texto, quando recorta, particularmente, a noção de práxis, destacando-a como uma pragmática do ensinar, aprender, fazer e atuar na saúde, concluindo que se trata de uma forma de fazer política, na medida em que leva a uma integração de diferentes níveis de conhecimentos e práticas, chegando mais além das atuais incumbências que reconhecem os respectivos conselhos de regulação das profissões e os protocolos consensuados nos processos de acreditação. Florentino Pereira apontou que, em cenários profissionais e curriculares fortemente dominados pela monocultura disciplinar e pela especialização biotecnista, a presença da interprofissionalidade assinala a presença de conflitos, fustigamentos, disrupturas, desconfortos e borramentos, tendo em vista um reencontro criativo e construtivo do trabalho e da formação em saúde, demarcando a reivindicação pela ecologia dos saberes, não a monocultura das disciplinas científicas ou corporativas, lembrando, ainda, da diversidade cultural que exige domínios em um campo epistemológico plural.

Do contato com os debatedores, sobressaem as balizas do trabalho vivo em ato, de uma pragmática política de construção de si e do mundo; e da necessidade de reunir interdisciplinaridade, interprofissionalidade e interculturalidade, não cabendo mais a etapa de verificar se são corretas ou não as propostas de uma educação e trabalho interprofissionais. A interprofissionalidade é exigência ética, tanto o reconhecimento dos grandes limites da noção de campo e núcleo das profissões ante a transversalização da experiência afetiva e das subjetividades e a necessidade de ultrapassar a fase de reivindicar mais médicos para a fase de reivindicar mais interprofissionalidade. Tudo isso sem que a interprofissionalidade seja o novo conceito da moda ou o novo termo importado da “ciência internacional”, a “nova onda”. O meu esforço em certa medida foi exatamente este: o termo não estava aqui, muitas práticas concretas sim, o que Merhy retomou. Mercer as elenca em seu debate. Florentino sugere um projeto de universidade com esta orientação, não programas de ensino, de trabalho ou de práticas colaborativas interprofissionais. Ocorre-me, então, enunciar adaptação, resistência e competência ética na interprofissionalidade, deixando, como pede Merhy, este debate em aberto.

Se a ética é uma maneira de ser e conduzir-se, como enunciava Foucault¹, também envolve a objeção à explicação do conhecimento como representação de um mundo dado e recusa de que a ação aprendente seja adaptação a este mundo. A noção de competência ética demanda a capacidade de afetar e ser afetado, ser sensível aos signos do mundo; indica, portanto, que a conduta ética exige um processo de aprendizagem. Resistir à adaptação é necessariamente aprender, ser capaz de compor. Esse é um processo simultâneo de compor a si mesmo e ao mundo. Em especial se recomenda a produção intelectual de Kastrup^{2,3} (psicologia da cognição) e de Varela⁴ (biologia da cognição). Kastrup fala em “aprendizagem inventiva”, pois não se confunde nem com um processo de solução de problemas, nem com a adaptação a um mundo preexistente²: formulação impetuosa de uma pergunta ao pensamento (a autora chama “invenção de problemas”), experiência de problematização (que inclui a noção de disruptura, em uma abordagem foucaultiana) e, ao mesmo tempo, invenção de si e do mundo (sujeito e objeto se coengendram, assim, entram em produção um comum e um heterogêneo na cognição). Varela insistia em não limitar a cognição a um processo de solução de problemas e introduziu o conceito de perturbação ou *breakdown* como uma espécie de abalo no sistema cognitivo, ruptura que assegura a continuidade de sua autopoiese⁴. É como fosse uma

clivagem, desvio, defasamento, desajuste que, justamente, é abertura, destravamento à cognição viva. Também podemos chamar de abertura à diferença ou ressingularização.

É por esta condição de abertura à diferença ou ressingularização que o aprender livre e criativo é “resistência”, e não “adaptação”. Resistência e “reexistência”; resistência como recusa às formas dadas e “reexistência” como invenção da existência. Resistir e existir, pois a recusa decorre de problematização dos saberes antecedentes (afeto de estranhamento) e invenção de outras formas de existir (*cronogênese*, invenção de mundo). A competência ética não é antecedente e nem é dada; é emergência em meio à aprendizagem, “é preciso a mediação de um processo de aprendizagem para atingir a ação imediata que é própria da competência ética”².

A discussão da resistência/reexistência coloca em cena uma ética da abertura à diferença ou ressingularização. O conceito de competência ética justamente constitui um conceito de resistência. Temos aí, com Latour⁵, a lógica e a tarefa de o pesquisador traçar ou cartografar movimentos, passagens, transformações e mudanças intensivas. Isso inclui acompanhar os enunciados ainda permeados de dúvidas e hesitações, passando pelos estados intermédios como o “rumor”, a “opinião”, o “parecer”, a “proposição” até a sua possível fase final, em que se tornam “descoberta” e “fato”, posteriormente vertidos em artigos acadêmicos. O pensador propõe, como ciência, seguir “todas as provas”, as montagens, as astúcias, os achados, permitindo aos interlocutores mudar de opinião sobre o caso em torno do qual eles se encontram reunidos. Nada, nem mesmo a própria evidência, é evidente *a priori*; então, resta todo o trabalho de repertoriar as modalidades de constituição de sua emergência. Se evidência há, duas condições se impõem à análise: primeiro, que ela parta diretamente dos atores e, segundo, que ela seja uma resultante de uma atividade conjunta. Em outros termos, que a evidência seja sempre oriunda não mais de um “cogito”, mas de um “cogitamos”.

Referências

1. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
2. Kastrup V. A invenção de si e do mundo. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
3. Kastrup V. A propos de l'apprentissage de la compétence éthique. *Intellectica*. 2002; 2(35):299-322.
4. Varela F. Sobre a competência ética. Lisboa: Edições 70; 1992.
5. Latour B. Cogitamus: seis cartas sobre as humanidades científicas. São Paulo: Editora 34; 2016.

Submetido em 12/09/18. Aprovado em 12/09/18.

Trajетória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde

Edson Arpini Miguel^(a)
 Adriana Lenita Meyer Albiero^(b)
 Rozilda Neves Alves^(c)
 Angélica Maria Bicudo^(d)

Introdução

Os diagnósticos de doenças crônicas induziram mudanças nos cuidados de saúde nas últimas décadas, em que pacientes necessitam de atendimentos complexos realizados por equipes, estabelecendo-se demandas claras em relação à colaboração interprofissional em saúde¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², a EIP tem sido apontada por gestores, profissionais de saúde e educadores como um meio para a colaboração e a prestação de serviços em cenários de prática nos quais estudantes de diferentes profissões aprendem de forma cooperativa.

A EIP foi definida como “ocasiões em que duas ou mais profissões de saúde/assistência social aprendem de e, um sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”³, visando aprimorar as atitudes, o conhecimento, as habilidades e os comportamentos para a prática colaborativa, que, por sua vez, pode fazer melhorias na prática clínica⁴. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) assegura que deve-se “garantir o desenvolvimento do talento humano necessário para colocar a Atenção Primária em Saúde (APS) em prática com sucesso na incorporação de equipes multidisciplinares”⁵.

Segundo Reeves et al.⁶, a EIP é cada vez mais oferecida em todos os setores de saúde e assistência social aos alunos de graduação, pós-graduação, educação continuada com base em salas de aula, laboratórios de simulação e configurações clínicas ou virtuais. A evidência mostra que as habilidades para trabalhar em equipe e de forma colaborativa não são intuitivas e não são aprendidas fazendo o trabalho em si.

Entre os eixos que devem ser priorizados para os avanços na saúde integrada e em políticas de educação estão os mecanismos relacionados ao educador, como a capacitação de profissionais e apoio institucional; os mecanismos relacionados aos modelos curriculares, que modificam a logística e o cronograma; o conteúdo programático no aprendizado contextual e os modelos de avaliação². Por esta razão, Rudland⁷ propôs que a EIP “seja incorporada entre as atividades específicas de cada disciplina e do currículo” (p. 448-55).

Quanto ao referencial teórico que orienta a EIP, citam-se as teorias que sustentam as dimensões sociais da aprendizagem e do ensino interprofissional.

^(a) Departamento de Medicina; Centro de Ciências da Saúde; Universidade Estadual de Maringá (UEM). Avenida Colombo, 5790. Maringá, PR, Brasil. 87020-900. edarpini@gmail.com

^(b) Departamento de Farmácia; Centro de Ciências da Saúde; UEM. Maringá, PR, Brasil. almbiero@uem.br

^(c) Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, UEM. Maringá, PR, Brasil. rnalves@uem.br

^(d) Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. angelicabicudo@gmail.com

A teoria do capital social é utilizada para descrever, compreender e medir as vantagens obtidas pelos indivíduos que fazem parte de uma rede social⁸.

Hammick et al.⁹ reconheceram que qualquer tentativa de escrever sobre teorias de educação interprofissional deve ter o cuidado de não excluir teorias que ajudem a compreensão de práticas colaborativas, pois não se poderia separar o inseparável. As teorias devem ampliar a compreensão da educação interprofissional, pois é um assunto bastante negligenciado.

Carpenter¹⁰, em 2003, referiu que as teorias do construtivismo social e do capital social na EIP não podem ser alcançadas no isolamento profissional ou social, abrindo espaço para a teoria do contato, na qual a educação interprofissional reúne estudantes de diferentes grupos profissionais em cenários de ensino aprendizagem, possibilitando que estas trocas de informação e conhecimento proporcionem de forma coletiva o crescimento desses grupos.

Para a Sociologia, o ensino interprofissional possibilita que o conhecimento seja construído socialmente, ou seja, desenvolvido, codificado e transmitido por meio de processos e organizações sociais, incluindo currículos profissionais, regulação profissional e instituições de ensino superior⁹.

Sob a perspectiva da teoria da complexidade, pretende-se superar a compreensão de que a realidade é linear e estável, entendendo-a como um sistema composto por muitos componentes ou dimensões que interagem entre si. A característica principal de sistemas complexos é a de que o todo exibe propriedades que não podem ser deduzidas das partes individuais¹¹, sendo que isso não garante estabilidade ou certezas. Os fenômenos podem exibir comportamentos caóticos e imprevisíveis, os sistemas complexos são sensíveis às mudanças e são compreendidos como sistemas abertos e o observador é parte do sistema e esses sistemas interagem e sofrem influências do ambiente¹².

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e de 2014 apontam para o desafio de uma formação mais qualificada, voltada para a prática, a fim de abordar os sujeitos, a família e a comunidade dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, respeitando os valores, hábitos e costumes, o que exige mudança na forma do exercício da docência. As DCN para os cursos de graduação na área de Saúde preconizam três grandes áreas: Atenção em Saúde; Gestão em Saúde e Educação na Saúde. Na gestão em Saúde, entre os descritores, devem ser valorizados os processos de ensino-aprendizagem, a aprendizagem interprofissional, a mobilidade e a formação de redes¹³.

Nas profissões da saúde, vem ocorrendo mudanças significativas, não apenas em função das DCN mas também das políticas públicas de promoção e prevenção, em especial as redes de Atenção à Saúde¹⁴.

Batista¹⁵ mencionou que, no Brasil, a EIP apresenta-se como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde.

Nesse contexto nacional, o fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade e as experiências decorrentes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) ofereceram a oportunidade para a criação de componentes curriculares, com o intuito de formar acadêmicos que exercitem práticas interprofissionais e o trabalho em equipe e que colaborem para fortalecer a rede de atenção, bem como que participem de uma formação mais compatível com a necessidade da população.

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído por meio da Portaria Interministerial¹⁶ nº 421, de 3 de março de 2010, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da Saúde, com a perspectiva da qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino¹⁷.

Ao abordar a formação em saúde, autores constroem uma trajetória do PET-Saúde sobre quatro eixos analíticos: as raízes históricas, explorando origens; o Pró-Saúde e o PET-Saúde no conhecimento de trajetórias; a integração ensino-serviço como uma ideia estruturante; e o desejo de mudanças das práticas de integração e aprendizagem interprofissional^{18,19}.

No ano de 2009, em discussões realizadas no evento "A construção de uma práxis interdisciplinar em Saúde", os estudantes, trabalhadores da Saúde e professores/tutores da UEM indicaram que um dos problemas mais graves era a dissonância entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da população e do serviço. Como produto desse encontro, a "Carta de Maringá" sustentou as iniciativas de integração dos cursos da área de saúde.

Na UEM, o PET-Saúde iniciou, em 2009, com o tema "PET-Saúde UEM: fortalecendo a Atenção Básica em Maringá (PR)", com os objetivos de promover a integração dos alunos e profissionais que atuam na Atenção Básica nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Psicologia, Farmácia e Biomedicina.

A sustentação dessa proposta trouxe perspectiva de mudanças, pois foi idealizada em um modelo horizontal, centrado no aluno, orientado por competências e interprofissional, reforçando conceitos de horizontalidade e interdisciplinaridade. Para a Organização Mundial da Saúde, uma das principais justificativas para que a interprofissionalidade seja introduzida durante o período da graduação é a de que a prática colaborativa pode melhorar: o acesso aos serviços de saúde (e sua) coordenação; o uso adequado de recursos clínicos especializados; os resultados na saúde de usuários com doenças crônicas; a assistência e segurança dos pacientes², assim como a otimização e racionalização de recursos a serem utilizados nos sistemas de saúde⁹.

Os cursos da área de Saúde apresentam currículos estruturados com disciplinas, hierarquizados, verticais e centrados no professor. O movimento de mudança justifica-se pela busca de uma formação na graduação e pela necessidade de participação junto com o Sistema Único de Saúde, com criação de vínculos institucionais e pessoais, por meio de uma ação direta na qual o estudante possa visualizar a atuação interprofissional criando perspectivas de resolução dos problemas mais importantes e da prática diária das equipes de saúde.

A despeito de terem se destacado nos *rankings* classificatórios do Ministério da Educação (MEC), os cursos mantêm em suas bases teóricas os eixos de concordância com as DCN quanto ao perfil, às habilidades e às competências dos egressos. Porém, a manutenção de estruturas disciplinares, a formação de matrizes rígidas e a ausência de interdisciplinaridade comprometem o modelo, os tornando centrados no professor e nas áreas clínicas com perfil especialista e hospitalocêntrico, especialmente o curso de Medicina. Nesse curso, poucas foram as ações que buscaram capacitação para utilização de metodologias ou técnicas de ensino-aprendizagem que mudem este modelo. As tentativas de introdução de estudo de problemas ou de aprendizagem por times ou grupos foram pontuais e por curto período de duração.

Por sua vez, o curso de Educação Física não mostra um perfil de promoção em saúde como uma prioridade e os cursos de Farmácia e Biomedicina apresentam perfil tecnicista, com uma formação voltada ao mercado com poucas intervenções curriculares inovadoras.

O curso de Psicologia não está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde, o que, por si só, torna-se uma dificuldade para a elaboração de estratégias conjuntas na saúde e os cursos de Odontologia e de Enfermagem apresentam disciplinas de Saúde Coletiva nas séries iniciais do curso, com introdução ao sistema de saúde ainda com um viés de formação específico.

As práticas de metodologias ativas têm ganhado espaço na Enfermagem. A residência multiprofissional e as residências médicas têm se tornado um estímulo para a carreira ligada a educação e serviços para os sete cursos mencionados.

Tanto as DCN quanto o PET-Saúde abriram espaço para que as mudanças paradigmáticas começassem a ocorrer, colocando a possibilidade da consolidação de um perfil de egresso em sintonia com a realidade, com perspectiva crítico-reflexiva e fortalecendo o conceito de cidadania.

Este trabalho pretende descrever a experiência da Universidade Estadual de Maringá na implantação de mudanças curriculares dos cursos das áreas da Saúde, com a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária em Saúde e que ocorreram após a implementação dos projetos vinculados ao PET-Saúde, estimulando o ensino interprofissional e as práticas colaborativas.

Percurso metodológico

Processo de trabalho

Apoiada pela Pró-Reitoria de Ensino e Conselhos acadêmicos dos cursos e pela Secretaria Municipal de Saúde, a criação dessas disciplinas envolveu a participação de professores, tutores do PET-Saúde, estudantes, preceptores dos serviços de saúde e a gestão do município de Maringá durante os anos de 2012 a 2014 para a execução do edital do Programa PET-Saúde com vistas à reorientação da formação profissional na UEM.

A partir deste momento, foram realizadas reuniões quinzenais, nas quais foram definidas a orientação pedagógica e a metodologia de ensino-aprendizagem que balizou o processo de implantação. Além disso, os coordenadores (ou seus representantes) dos cursos da área de Saúde vivenciaram dinâmicas realizadas com a participação de estudantes do PET-Saúde em simulações das atividades com a aplicação da metodologia.

A sensibilização dos docentes interessados em tornarem-se tutores dos novos componentes curriculares/das novas disciplinas ocorreu em momentos diferentes na participação nas reuniões de elaboração, na divulgação/comunicação dos resultados alcançados pelos grupos do PET-Saúde e na realização de módulos tutoriais de desenvolvimento docente.

Esses componentes curriculares/disciplinas passaram a integrar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de cada um dos sete cursos, após aprovação nas diversas instâncias administrativas e deliberativas. Para a criação dos novos componentes curriculares, foi necessária a criação de horários livres comuns aos sete cursos da Saúde, para possibilitar a matrícula e a formação de turmas interprofissionais. Houve também a necessidade de redistribuição de carga horária para os docentes lotados em nove diferentes departamentos sem novas contratações, somente com a reordenação de carga horária docente.

Uma última etapa implicou na realização de quatro oficinas de trabalho de 12 horas de duração cada, com a participação de 28 docentes e 22 preceptores da rede municipal de Saúde, nas quais foram consolidados os objetivos, os conceitos da metodologia e a discussão e elaboração do mapa mental das disciplinas (Figura 1) e dos processos de avaliação, e ainda a elaboração de dois tutoriais (quadro 1) a serem utilizados como guia estruturado de atividades para condução das turmas interprofissionais. Inicialmente, foram 430 estudantes organizados em quarenta turmas, matriciadas pelo curso de Medicina, que detém o menor número de alunos matriculados por série.

A estrutura das disciplinas

Os componentes curriculares denominados Atenção em Saúde I e II foram introduzidos na matriz curricular no segundo semestre do primeiro ano e no primeiro semestre do segundo ano dos cursos, matriculados, respectivamente, no mesmo dia da semana e horário, com carga horária de 34 e 68 horas semestrais.

A disciplina de Atenção em Saúde I foi planejada com o objetivo de preparar o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional e desenvolvendo competências para este fim. Na disciplina de Atenção em Saúde II, a prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências trabalham com usuários, por meio da elaboração e aplicação de um projeto de intervenção, que poderá envolver pacientes, famílias, cuidadores e a comunidade.

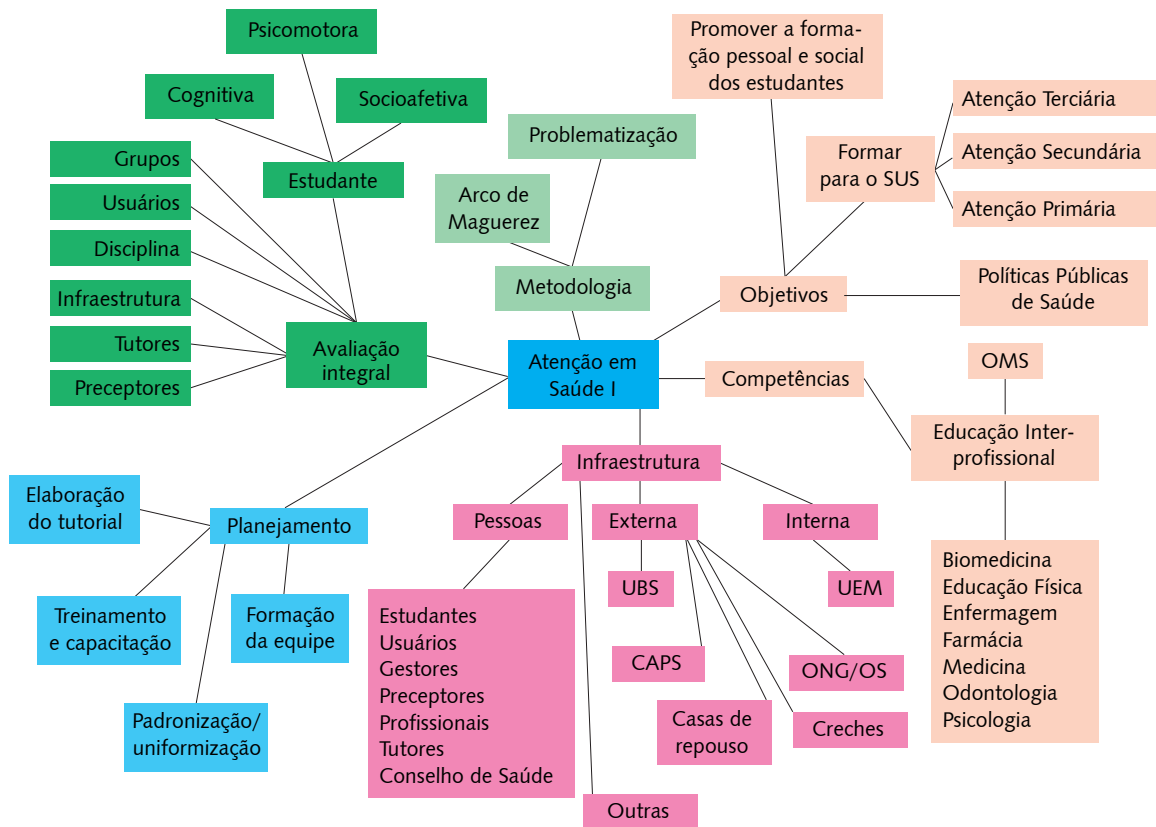


Figura 1. Mapa mental da Atenção em Saúde I

Quadro 1. Exemplo da sequência de atividades da disciplina Atenção em Saúde I

SEMANA 3 – Data: __/__/__				Orientações para o professor
Objetivos	No fim da aula, o estudante deverá ser capaz de: conhecer o território e identificar pontos de atenção em saúde disponíveis; explicar as ações e os serviços realizados na UBS e em demais entidades que compõem a rede de atenção básica do SUS; e demonstrar a infraestrutura e o modelo de organização de uma UBS.			Visitar o território. Solicitar que os alunos, individualmente, anotem e/ou registrem (em fotos) pontos que mostrem a realidade local, como escolas, associações, condições das ruas, redes de água e esgoto, áreas de lazer, parques, praças, feiras livres, detalhes das moradias, circulação de pessoas, entre outros. Solicitar que os alunos, individualmente, anotem palavras, termos, siglas e expressões que desconheçam. Estimular os alunos a listar palavras, termos e expressões desconhecidas. Definir as principais questões (dúvidas) que necessitem de estudos individuais. Atenção: algumas questões precisam ser apontadas pelo professor, caso não apareçam espontaneamente, como território, área/microárea e pontos de atenção em saúde. Orientar sobre a escrita das narrativas individuais: anotar, individualmente, as reflexões sobre os cenários.
Horário	Local	Atividade	Descrição	
13:30-14:30	UBS	Discussão em grupo/avaliação	Discutir infraestrutura e a organização das UBS.	
14:30-15:30	UBS	Observação da realidade	Conhecer o território/territorialização.	
15:30-16:30	UBS	Observação realidade	Conhecer o território/territorialização.	
16:30-17:30	UBS	Discussão em grupo	Identificação dos pontos-chave e levantamento das questões orientadoras de estudo. Avaliação da aprendizagem.	

Os objetivos

A disciplina de Atenção em Saúde I foi criada na perspectiva de um modelo de ensino-aprendizagem que visa à educação interprofissional e à formação em práticas colaborativas, integrando atividades de ensino-extensão por meio da metodologia ativa de problematização apoiada no Arco de Maguerez²⁰. É uma atividade de interação ensino-comunidade que tem como objetivo orientar e auxiliar o estudante da Saúde na sua formação pessoal, social e profissional, contribuindo para o seu crescimento como cidadão ético e comprometido com a saúde e o bem-estar da humanidade.

Os objetivos específicos da disciplina Atenção em Saúde I são: compreender a organização, as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); explicar as ações e os serviços realizados da Unidade Básica de Saúde (UBS) e demais entidades integrantes do SUS; identificar modelos de Atenção Primária e ações de promoção de saúde centradas no usuário; entender as contribuições das diversas profissões de Saúde em atividades de Atenção Básica; compreender a aplicação dos conceitos de educação interprofissional e de práticas colaborativas em atividades de educação e promoção de saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida; estabelecer um convívio saudável nas atividades em equipe multiprofissional, respeitando as diferenças das diversas profissões envolvidas; e demonstrar comportamento proativo, ético, respeitoso e afetivo nas relações com a equipe, indivíduos e comunidade.

Dessa forma, no primeiro ano os estudantes desenvolvem a capacidade de articular a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, visualizando a dimensão coletiva do problema considerando a integralidade e as dimensões psicossociais.

A disciplina Atenção em Saúde II tem por objetivos: atuar em equipe interprofissional de saúde de maneira crítica, reflexiva e humanista, respeitando as diferenças das profissões envolvidas e as necessidades da comunidade; conhecer as atividades desenvolvidas no serviço de saúde e compreender seu funcionamento; demonstrar os pontos de atenção e apoio em saúde, disponíveis na comunidade; comunicar e interagir com a comunidade e a equipe de saúde, respeitando os limites e as potencialidades de cada indivíduo ou grupo; analisar os problemas observados na comunidade e elaborar um projeto de intervenção com visão interprofissional baseado em decisões compartilhadas; executar ações de atenção em saúde visando à transformação da comunidade; e participar no controle social em Saúde, valorizando a formação ética do profissional.

Nessa disciplina, a atividade mais importante e que faz a interface com o serviço de Saúde é a elaboração e execução do projeto de intervenção, cujo tema é idealizado e discutido com a equipe.

Metodologia utilizada

No contexto da problematização, o Arco de Maguerez (Figura 2) parte da observação da realidade e, posteriormente, dirige-se à análise, ao levantamento de hipóteses, à elaboração de propostas e à discussão de soluções para os temas e problemas encontrados²⁰.

A formação dos estudantes ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas de maneira interprofissional deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à realidade, no campo de atuação de uma equipe de saúde com visão integrada e colaborativa.

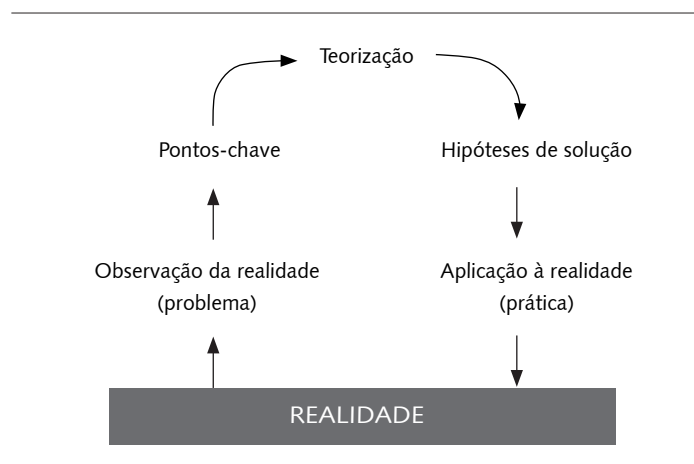


Figura 2. O Arco de Maguerez (Fonte: Bordenave, 2001).

O pequeno grupo

O pequeno grupo foi designado como aquele que se constitui quando existem pessoas que compartilham o mesmo ambiente, com objetivos em comum e que trabalham coletivamente para alcançá-los, estabelecendo metas e estratégias e centrando-se na realização de tarefa. Nesse contexto, os participantes assumem papéis, permitindo a visão diversificada e o desempenho crítico diante das situações reais, bem como a construção coletiva de atitudes (des)alienantes, isto é: em um mesmo ambiente, decisões são tomadas considerando as diversidades e em meio à disposição para o trabalho grupal²¹.

A descrição desses “papéis” desenvolvidos por cada um está documentada em Pichon-Rivière²², em especial quando “denuncia os conteúdos latentes da grupalidade”, embora tenham sido, inicialmente, os estudos Bion que trouxeram à tona a noção de cultura de grupo, considerando os conflitos existentes entre a mentalidade de grupo e os desejos individuais, afirmando que pode haver uma “mudança catastrófica” quando ideias novas promovem uma ruptura na mentalidade do grupo prevalente para constituir uma nova verdade²³.

Bastos²⁴ descreveu os grupos operativos voltados para a promoção de saúde, caracterizando-os como possibilidade de intervenção em diferentes processos de aprendizagem. Finalmente, Pichon-Rivière²⁵ afirma que é na confluência das experiências individuais e coletivas que nasce o conteúdo que será manifestado pelo porta-voz do grupo²⁶.

O processo de avaliação

O sistema de avaliação coerente com uma proposta de metodologia ativa de aprendizagem tem como objetivo mensurar as competências nos eixos cognitivos, psicomotor e afetivo de modo articulado, contínuo e sistemático, correlacionado e integrando-se com todas as variáveis envolvidas no processo de ensino e aprendizagem²⁷.

A avaliação nos pequenos grupos acontece a cada encontro, no qual o estudante é avaliado a partir de critérios predeterminados. O modelo de avaliação do módulo de Atenção em Saúde I está baseado em um modelo de avaliação integral, distribuídos conforme Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição percentual das avaliações da disciplina Atenção em Saúde I*

Domínio de avaliação	Estratégia	Percentual
Cognitivo	Avaliação por portfólio	40%
Psicomotor	Avaliação psicomotora*	30%
Socioafetivo	Avaliação socioafetiva*	20%
	Avaliação dos pares*	10%
	Autoavaliação*	---

*Instrumentos próprios.

O trabalho desenvolvido, de maneira individual, ajuda a colocar em evidência as competências adquiridas por cada estudante. Seu objetivo é encorajar a reflexão e o estabelecimento de metas e objetivos registrados em um portfólio – uma coleção de vários documentos, de natureza textual ou não, que revela o desenvolvimento e o progresso na aprendizagem, explicitando os esforços relevantes realizados pelo estudante para alcançar os objetivos definidos no tutorial das disciplinas²⁸.

O desenvolvimento de habilidades e aspectos práticos relacionados à formação dos estudantes como observação ativa; participação colaborativa; análise; adequação às normas; comunicação adequada; procedimentos e técnicas profissionais; liderança; busca de informação; avaliação crítica da literatura; e raciocínio profissional refere-se à avaliação psicomotora.

A avaliação socioafetiva baseia-se na observação de pontos como a capacidade de reconhecer e lidar com sentimentos do outro e de si próprio; a capacidade de ouvir, observar e utilizar linguagem adequada; o respeito; a postura; as atitudes; a ética; a assiduidade; a pontualidade; o comprometimento; e a participação interpessoal, com *feedback* semanal aos estudantes no fim de cada encontro.

Os estudantes avaliam seus pares com critérios semelhantes aos utilizados pelo tutor a cada encontro na avaliação psicomotora e socioafetiva.

A autoavaliação representa uma estratégia de aprendizagem importante que prepara o estudante para repensar os resultados de suas próprias ações profissionais, refletir sobre o que aprendeu, avaliar como tal aprendizado contribuiu para a sua formação profissional, perceber suas necessidades individuais de aprendizagem, elaborar um plano que o ajude a lidar com suas dificuldades, refletir sobre o seu crescimento pessoal e social e revisar e atualizar seu planejamento de estudos e formação²⁷.

Resultados e discussão

Um primeiro aspecto a se discutir é a importância da inovação para estudantes de vários cursos em uma mesma atividade regular, base fundamental para a EIP e as práticas colaborativas. A própria busca da identidade profissional intrínseca de cada estudante e a possibilidade de reconhecer no outro um futuro colega de trabalho traz para as primeiras atividades dessas disciplinas reflexões pouco frequentes nos cursos da área da Saúde.

Entre as várias formas de analisar e classificar a tipologia desta atuação, D'Amour et al.²⁹ descreveram modelos de tipologia centrados em quatro dimensões: os objetivos e visão compartilhados de modo consensual, com ênfase na promoção da prática centrada no usuário; a internalização para o mútuo reconhecimento e respeito; a governança relacionada à colaboração e à liderança para a integração interprofissional e os serviços de saúde; e a formalização/pactuação de responsabilidades e negociação compartilhada. O debate teórico sobre a sociologia das profissões orienta-se em duas direções: ora os autores procuram apontar os elementos ou atributos do que consideram profissões, ora se voltam para a discussão do chamado processo de profissionalização³⁰.

Hamilton³¹ sugere que, ao adquirir valores, atitudes e habilidades consistentes em um profissional culturalmente competente, os alunos podem desenvolver, por meio da EIP e assim, uma capacidade para aplicar essas mesmas habilidades e atributos às suas relações com estudantes e futuros colegas

de outras profissões da saúde, promovendo valores compartilhados e desencorajando a formação de barreiras interprofissionais. Se, por um lado, a competência cultural combate o etnocentrismo, por outro, a EIP contrapõe o modelo centrado no professor.

Para Feldman³², os professores em seus ambientes de trabalho lidam com muitas questões: éticas, afetivas, ideológicas ou culturais. A colaboração mútua apresenta a possibilidade de recriar os conhecimentos necessários para uma prática inclusiva, que respeita multiculturalidades, valores, gêneros e origens de classe social.

Os desafios em promover mudanças curriculares paradigmáticas, como as realizadas pelas disciplinas de Atenção em Saúde I e II, envolvem grande esforço institucional, mobilizando coordenadores de conselhos acadêmicos e departamentos, uma vez que tais mudanças interferem nos projetos pedagógicos dos cursos e precisam ser fundamentadas e exaustivamente discutidas, com a participação de todas as categorias.

Para atuar nas disciplinas, foram realizadas oficinas de desenvolvimento docente em problematização e com técnica de grupos operativos. Para Cosme³³, momentos de “reinventar o trabalho docente” exigem mais do que a mudança para um instrutor ou facilitador; exigem, na realidade, a criação de um interlocutor qualificado no processo de ensino aprendizagem.

Essa dificuldade cultural e metodológica é relatada por Visser³⁴ em 2017, ressaltando que essas barreiras necessitam de novos estudos para sua melhor compreensão. No entanto, a ênfase nas habilidades interpessoais como característica fundamental do trabalho interprofissional bem-sucedido, logicamente, deve implicar que os alunos também tenham oportunidades de interagir face a face com outros estudantes e profissionais³⁵; isso, também, tornou-se um grande desafio para a implantação da disciplina, pelas características e olhares diferenciados de tutores, preceptores e estudantes.

Na busca do aprimoramento dos docentes e preceptores, estão em vigência no país cursos de formação em metodologias de ensino-aprendizagem, em articulação com os gestores nos vários níveis e com as instituições de ensino³⁶. Embora participantes dessas ações, não houve, na UEM, nos últimos anos, uma política de desenvolvimento docente que favorecesse a aproximação com as metodologias ativas, o que, infelizmente, ainda mantém um modelo hegemônico de formação com viés de especialistas e afastado da realidade da prática dos serviços de saúde, em especial na APS.

Entre as dificuldades com currículos inovadores, Batista³⁷ mencionou o desafio da inserção docente nesses processos e, em especial destaca, “a quase inatingível profissionalização docente nos cursos de medicina”, sendo este um problema frequente.

Para Morin, existe uma inadequação cada vez maior, profunda e grave entre os nossos conhecimentos disjuntos, partidos, compartimentados entre disciplinas e, de outra parte, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários³⁸.

Os componentes curriculares da disciplina Atenção em Saúde I e II têm como ementa o conhecimento sobre o funcionamento do SUS e a inserção dos estudantes na rede. Como principal objetivo, o conhecimento dos modelos vigentes de atenção em saúde, dentro de um cenário de ensino real, reforçando o vínculo e conhecendo a realidade da atuação profissional, em uma perspectiva ampla e reflexiva. Assim, concorda-se com Paulo Freire, que reconhece o homem em permanente construção e a produção do conhecimento como resultado das relações do homem com o mundo, ou seja, da problematização de sua experiência²¹.

A estratégia de apresentação dos serviços de saúde, desde o início dos cursos com preceptores da rede de serviços, auxiliou os estudantes a compreenderem que as equipes que utilizam práticas colaborativas estão mais dedicadas a promover a melhoria da assistência e a segurança do paciente, maximizando os recursos aplicados no sistema de saúde, deslocando do campo das emergências para a Atenção Primária em Saúde e incentivando o trabalho integrado.

A participação desses profissionais das unidades de saúde foi fundamental ao apoio para os tutores e estudantes nos cenários locais, colaborando e enriquecendo as discussões e uma vez que estes participaram na construção do tutorial das disciplinas, fato que viabilizou a aproximação do grupo às atividades e demandas do serviço de saúde local, na tentativa de apresentar a complexidade do sistema e das relações entre a equipe e a população.

A partir do exercício do pensamento e da ação crítica, inerentes ao projeto ético-político dos sistemas de saúde, o trabalho de grupos colaborativos leva à produção de conhecimentos individuais e coletivos direcionados à introdução de mudanças concretas nos espaços de trabalho institucionais, percepção também descrita por Reeves⁶ ao abordar o impacto sobre as atitudes, conhecimentos e habilidades mediante a EIP.

As dificuldades de mudanças curriculares descritas por Cyrino³⁹ alertam para propostas que envolvem áreas da Saúde Coletiva, que são contra-hegemônicas quando comparadas aos modelos tecnicistas, fragmentados e pautados na impessoalidade. As disciplinas de Atenção em Saúde I e II enfrentam esse tipo de questionamento por parte de alunos e professores, pelo fato de propor um modelo crítico e reflexivo, em pequenos grupos, e com avaliação referenciada em critérios. Seguindo essas características, a inovação proposta proporcionou um momento peculiar na formação dos estudantes e do desenvolvimento docente, que tem sido aferido nas avaliações das séries que concluíram seus módulos e nos encontros periódicos com os docentes e preceptores envolvidos.

Desde o início da implantação das disciplinas, aspectos da construção e dos resultados obtidos foram compartilhados por meio de um capítulo no livro Educação Baseada na Comunidade, publicado pela Opas em 2014 e em eventos científicos, dentre os quais destacam-se: Network: Fortaleza, Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem) Joinville e Congresso Brasileiro de Ensino Farmacêutico, em 2014. Em 2015, há as oficinas de trabalho no Cobem, no Rio de Janeiro. Em 2016, tem-se a Oficina Interprofissional no Cobem, em Brasília, o Congresso Paranaense de Saúde e oficinas de Trabalho Interprofissional na Atenção Primária: capacitando 120 trabalhadores da Rede SUS.

A promoção da integração entre os docentes fez emergir projetos educacionais específicos em vários cursos da UEM, bem como a criação de uma linha de pesquisa para o doutorado de um dos autores.

Considerações finais

A introdução das disciplinas estimulou à integração entre a instituição de ensino superior e os serviços de saúde e reforçou a importância das pesquisas em nível de graduação e pós-graduação, produzindo conhecimentos que atendam às necessidades de saúde locais e regionais.

Por meio desta experiência, foi possível promover mudanças metodológicas na apresentação dos conteúdos e a integração da teoria com a prática junto a rede de assistência, envolvendo as pessoas, as famílias, a comunidade e os serviços.

O estímulo à integração do ciclo básico e do ciclo clínico, presentes nos currículos tradicionais dos cursos de graduação na UEM, permitiu a resolução interdisciplinar e colaborativa dos problemas assistenciais e educacionais em saúde, contribuindo de forma fundamental para o bem-estar da comunidade.

Finalmente, a partir da implantação das disciplinas de Atenção em Saúde, foi institucionalizado um espaço para a Educação Interprofissional preparando os estudantes para a uma prática.

Contribuições dos autores

Edson Arpini Miguel é o autor principal do manuscrito cujo tema é parte de sua tese de doutorado, coordenou a participação dos coautores, elaborou, participou da discussão dos resultados, revisou o manuscrito em todas as suas versões e aprovou sua versão final. Adriana Lenita Meyer Albiero participou na discussão dos resultados, revisão e elaboração do manuscrito e aprovou a versão final. Rozilda Neves Alves participou da revisão, discussão dos resultados e aprovou o manuscrito em sua versão final. Angélica Maria Bicudo é orientadora da tese de doutorado do autor principal, participou das discussões dos resultados e aprovou o manuscrito em sua versão final.

Referências

1. Boaden N, Leaviss J. Putting team work in context. *Med Educ.* 2000; 34(1):921-7.
2. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010. (WHO/HRH/HPN/10.3).
3. CAIPE. Interprofessional education: the definition [Internet]. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
4. Brandt B, Lutfiyya N, King J, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the triple aim. *J Interprof Care.* 2014; 28(5):393-9.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde Estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde. Brasília (DF); 2008.
6. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Med Teach.* 2016;38(7):656-68.
7. Rudland JR, Mires GJ. Characteristics of doctors and nurses as perceived by student sintering medical school: implications for shared teaching. *Med Educ.* 2005; 39(5):448-55.
8. Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE guide no. 62. *Med Teach.* 2012; 34(2):e78-101.
9. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr HA. Best evidences systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Med Teach.* 2007; 29(8):735-5.
10. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Med Educ.* 1995; 29(4):265-72.
11. Glattfelder JB. Decoding complexity: uncovering patters in economic Works. Berlin: Springer; 2012.
12. Cooper H, Braye S, Geyer R. Complexity and interprofessional education. *Learn Health Soc Care.* 2004; 3(4):179-89.
13. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Ensino Superior. Resolução CNE/CES no. 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina. Brasília; 2014 [citado 23 Ago 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
14. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares no Paraná. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2):156-65.
15. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS.* 2012; 2:25-8.

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 421/MS/MEC, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília; 2010 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.
17. Ministério de Saúde (BR). Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília; 2005 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.
18. Batista SHSS, Jansen B, Assis MIB, Cury GC. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:743-52.
19. Barr H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. London: Higher Education Academy; 2005.
20. Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
22. Pichon-Rivière E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
23. Bion WR. *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
24. Bastos ABB. *Interações e desenvolvimento no contexto social da creche à luz de Henri Wallon [dissertação]*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
25. Pichon-Rivière E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
26. Alves MC, Seminotti N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. *Psicologia USP (São Paulo)*. 2006; 17(2):113-33.
27. Troncon LEA. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(1):30-42.
28. Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de avaliação e auto-avalição do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):171-83.
29. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in health care organization. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14.
30. Bosi MLM. Profissões e profissionalização: o debate teórico. In: *Profissionalização e conhecimento, a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec; 1996.
31. Hamilton J. Two birds with one stone: addressing interprofessional education aims and objectives in health profession curricula through interdisciplinary cultural competency training. *Med Teach*. 2011; 33:199-203.
32. Feldmann MG. *Formação de professores e escola na contemporaneidade*. São Paulo: Senac; 2009.
33. Cosme A. *Ser professor: a ação docente como uma ação de interlocução qualificada*. Porto: LivPsic; 2009.
34. Visser C, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Med Educ*. 2017; 17(1):2-13.

35. Pollard K, Rickaby C, Miers M. Evaluating student earning in an interprofessional curriculum: the relevance of pre-qualifying interprofessional education for future professional practice. Bristol: School of Health and Social Care, University of the West of England; 2008.

36. Ministério da Saúde (BR). Programa de desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Brasília; 2013 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/proadi-sus>.

37. Batista N, Batista SH. Docência em saúde. 2a ed. São Paulo: Senac; 2014.

38. Morin E. É preciso educar os educadores. Jornal O Globo. 2 Jan 2017 [citado 19 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.fronteiras.com/entrevistas/entrevista-edgar-morin-e-preciso-educar-os-educadores>.

39. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2004 [citado 13 Set 2017]; 4(1):59-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100006.

Na educação interprofissional (EIP), duas ou mais profissões de saúde aprendem uma sobre a outra, aprimorando atitudes, conhecimento, habilidades e comportamentos para a prática colaborativa. Na Universidade Estadual de Maringá (UEM), os cursos de saúde apresentam currículos com disciplinas, hierarquizados e centrados no professor. Justificam-se mudanças em busca de uma formação integral. Este trabalho descreve a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária. Os componentes curriculares denominados Atenção em Saúde I e II foram introduzidos na matriz curricular. Nas atividades, foi utilizado o Arco de Maguerez, como metodologia ativa e um sistema de avaliação composto de eixos cognitivos, psicomotor e afetivo, articulados, contínuos e sistemáticos. Conclui-se que a EIP pode ser a integração entre universidade e os serviços de saúde trabalhando pela formação dos estudantes, na qual o conhecimento contribua de forma fundamental para o bem-estar da comunidade.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Currículo. Metodologias ativas.

Path and implementation of interprofessional discipline in Health courses

In interprofessional education, two or more health professions learn with each other, improving attitudes, knowledge, skills, and behaviors for collaborative practice. At Universidade Estadual do Maringá (UEM), the curricula of health courses have hierarchical and teacher-centered disciplines. Changes are justified aiming at a complete education. This paper describes the creation of primary care disciplines. Curricular components Healthcare I and II were introduced in the curricular matrix. The Maguerez Arc was used in the activities as an active methodology, as well an assessment system comprised of cognitive, psychomotor, and affective axes, which are articulate, continuous, and systematic. It is concluded that interprofessional education can be an integration between university and health services, working towards training the students so that knowledge essentially contributes to the community's wellbeing.

Keywords: Interprofessional education. Curriculum. Active methodologies.

Trayectoria e implementación de disciplina interprofesional para cursos en el área de la Salud

En la Educación Interprofesional (EIP) dos o más profesiones de salud aprenden una sobre la otra, perfeccionando actitudes, conocimiento, habilidades y comportamientos para la práctica colaborativa. En la Universidad Estadual de Maringá (UEM) los cursos de salud presentan currículos con asignaturas, jerarquizados y centrados en el profesor. Se justifican cambios en búsqueda de una formación integral. Este trabajo describe la creación de disciplinas que actúan en la Atención Primaria. Los componentes curriculares denominados Atención en Salud I y II se introdujeron en la matriz curricular. En las actividades se utilizó el Arco de Maguerez como metodología activa y un sistema de evaluación compuesto de ejes cognitivos, psicomotor y afectivo, articulados, continuos y sistemáticos. Se concluyó que el EIP puede ser la integración entre la universidad y los servicios de salud trabajando para la formación de los estudiantes en donde el conocimiento contribuya de forma fundamental para el bienestar de la comunidad.

Palabras clave: Educación interprofesional. Currículo. Metodologías activas.

Submetido em 09/10/17. Aprovado em 01/04/18.

A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador:

caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde

Patricia Rios Poletto^(a)
Andrea Perosa Saigh Jurdi^(b)

Introdução

No Brasil, o modelo pedagógico hegemônico de ensino superior, centrado em conteúdos e organizado de maneira isolada e compartimentalizada, foi provocado a experimentar mudanças importantes a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001, que indicaram uma formação que contemplasse o sistema de saúde vigente no país (o Sistema Único de Saúde – SUS), o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde¹⁻³. As DCN constituíram um avanço e um estímulo para que as instituições de ensino superior se integrassem mais ao SUS e adotassem currículos com estratégias inovadoras²⁻⁴. Além disso, as diretrizes levantaram pontos a serem trabalhados em direção à mudança na formação de profissionais da saúde e colocaram para os cursos e universidades a necessidade de rever posições pedagógicas e currículos de formação, propondo que a graduação tenha como eixo norteador a integralidade no cuidado, o trabalho em equipe (coletivo) e novas concepções de atenção à saúde⁵⁻⁷.

A formação atual coloca a necessidade de conhecer os diversos cenários de prática sanitária da rede assistencial, vivenciar situações reais de trabalho em saúde nos serviços para viver o sistema de saúde vigente no país, saber sua história e se comprometer com esta^{8,9}. Saldanha et al.¹⁰ apontam que o estudante que vivencia a realidade dos serviços de saúde age como:

[...] ator social que constrói, transforma e projeta a sua própria formação, tendo como referência as condições de vida e saúde da população, assim como a organização dos serviços e do sistema de saúde, implicando-se ativamente com a realidade. (p. 1060)

Enfrenta-se, assim, o desafio de reformular currículos e práticas de processo educacional a partir de uma concepção de saúde voltada para os contextos de vida, e não mais para a remissão de sintomas e curas, implicada com a integração teórico-prática, construída de maneira interprofissional, com profissionais capazes de analisar a complexidade do contexto social de modo a atuar mais próximos das culturas populares, de constituir redes cuidadoras entre os serviços

^(a) Departamento de Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Silva Jardim, 136, Edifício Central. Santos, SP, Brasil. 11015-020. patricia.poletto@gmail.com

^(b) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Unifesp. Santos, SP, Brasil. andreaJurdi@gmail.com

de saúde de diferentes complexidades e de estabelecer relações orgânicas e viscerais entre estruturas assistenciais e estruturas de ensino/formação^{1-4,11}.

É neste contexto que a educação interprofissional (EIP) ganha sentido. A EIP pode ser definida como “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde”¹² (p. 185). Aprofundando essa definição, Reeves¹³ delinea que a EIP também pode ser entendida como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde ou assistência social, ou ambas, aprendem em conjunto, de forma interativa, para melhorar a saúde/bem-estar da comunidade. Segundo Batista¹⁴, a educação interprofissional é considerada atualmente uma estratégia potente para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade do cuidado em saúde. O autor refere que para “fazer junto” no cotidiano do trabalho em saúde, é preciso “aprender junto” sobre o trabalho em saúde. Nesse sentido, Educação e Saúde se complementam na educação interprofissional: a Educação compreendida em uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos, como instrumento de transformação social; e a saúde, em uma concepção socio-histórico-cultural, contemplando a integralidade do cuidado e o trabalho em equipe em uma perspectiva interprofissional¹⁴.

Em projetos pedagógicos construídos na lógica da EIP, há uma inversão do modelo tradicional da formação em saúde, abrindo espaços para a discussão da colaboração interprofissional¹⁵. Segundo Furtado¹⁶, a colaboração interprofissional é aquela que: “[...] requer ou promove relações e interações nas quais os profissionais poderão colocar à disposição e partilhar seus conhecimentos, especialidades, experiências e habilidades entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção ao paciente” (p. 246).

Com a EIP, amplia-se a aprendizagem das competências para além das competências específicas de cada área profissional, com destaque para a aprendizagem de competências comuns a todas as profissões e competências colaborativas, como a escuta qualificada, a construção de vínculo efetivo e o cuidado integral à saúde do usuário. Dessa maneira, é possível uma formação que respeita as especificidades de cada profissão e possibilita a criação/vivência de redes colaborativas¹⁷.

Concretizar uma proposta educacional que tenha a interprofissionalidade como pressuposto significa assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde¹⁴. Ao assumir a educação interprofissional como direcionador do projeto pedagógico, o *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) comprometeu-se em desenvolver uma proposta formativa que rompe com a estrutura tradicional centrada em disciplinas e a formação específica de determinado perfil profissional. Nesse sentido, surgiu um desafio: desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com uma ética de trabalho coletivo. É necessário construir uma formação que seja capaz de desencadear uma visão abrangente, de interdependência e transdisciplinaridade, possibilitando a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva¹⁸.

O projeto pedagógico dos seis cursos de graduação do Instituto Saúde e Sociedade do *campus* Baixada Santista da Unifesp – Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social – tem como princípios direcionadores a indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão; a prática profissional como eixo norteador; a problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa; a interdisciplinaridade; a posição ativa do estudante na construção do conhecimento; a posição facilitadora/mediadora do docente no processo ensino/aprendizagem; a integração com a comunidade; a dinamicidade do plano pedagógico com construção e reconstrução permanente; a avaliação formativa como *feedback* do processo; e o desenvolvimento docente. Para concretizar esses princípios, o desenho curricular foi construído em quatro eixos de formação: Eixo Ser Humano em sua Dimensão Biológica, Eixo O Ser Humano e sua Inserção Social, Eixo Trabalho em Saúde e o Eixo Específico em Saúde. Esses quatro eixos compõem o currículo dos seis cursos, sendo que os três primeiros constituem um núcleo comum a todos os estudantes que são distribuídos em turmas mistas para que vivam e aprendam juntos. Cada um dos seis cursos possui o seu eixo específico em Saúde.

Após dez anos de construção e execução do projeto pedagógico institucional, a realidade apontou que ajustes seriam necessários para alcançar os pressupostos de formação preconizados na sua concepção. Em 2014, os seis cursos de graduação em Saúde se viram com o desafio de rever suas

matrizes curriculares sem perder de vista seus pressupostos direcionadores. Para alcançar o objetivo de rever as matrizes, foi preciso pensar em um processo no qual as especificidades de cada curso pudessem dialogar e fortalecer o que havia de comum entre os seis cursos e seus atores, docentes e discentes. Assim, este artigo tem por objetivo descrever e analisar a experiência vivenciada no *campus* Baixada Santista na revisão de suas matrizes curriculares.

Relato da experiência

Organização das atividades longitudinais e transversais

Após dez anos da implantação, com cinco turmas formadas nos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional, quatro turmas formadas no curso de Psicologia e duas turmas formadas do curso de Serviço Social, os seis cursos do Instituto Saúde e Sociedade que compõem o *campus* Baixada Santista da Unifesp passaram por um processo de reformulação de suas matrizes curriculares no período de 2014 e 2015. Essa reformulação se tornou necessária, pois havia avaliações individuais de cada um dos seis cursos (tanto por parte de docentes quanto de discentes) que apontavam dificuldades de concretização de pressupostos do projeto pedagógico e identificavam uma carga horária excessiva com pouco tempo restante para participação em outras atividades universitárias.

Os processos de revisão de matrizes curriculares dos cursos de graduação são frequentes e necessários para que a formação acompanhe as mudanças de paradigma. No entanto, esse processo torna-se extremamente complexo quando há diversos cursos envolvidos. Nesse sentido, surgiu o desafio de construir um trabalho que fosse capaz de desencadear uma visão abrangente, de interdependência e transdisciplinaridade, possibilitando a expansão da compreensão individual e coletiva¹⁸. Assim, foram incorporados os seguintes objetivos ao processo de revisão curricular: estabelecer aproximações sucessivas entre os interlocutores da formação; redução de carga horária, revisão de conteúdo e método das matrizes curriculares com ênfase na flexibilização curricular.

Ao iniciar o processo de revisão, foi constituído um grupo de trabalho que se propôs a conduzir o processo coletivo sob a coordenação da Câmara de Graduação do *campus*. Foram, então, chamados os coordenadores dos seis cursos e os coordenadores dos três eixos comuns. Em uma primeira reunião, foi apresentada a ideia inicial de conduzir a revisão das matrizes a partir dos eixos comuns e elaborar estratégias para a condução do processo.

A metodologia desenvolvida teve os seguintes procedimentos concomitantes:

1. Atividade longitudinal – ciclo de palestras e rodas de conversa: simultaneamente a todo processo de atualização dos projetos pedagógicos, foi realizada reflexão coletiva na Câmara de Graduação, enquanto espaço aberto à comunidade acadêmica, em que puderam ser apresentados e debatidos, do ponto de vista teórico-metodológico, temas estratégicos como interdisciplinaridade e intersetorialidade, flexibilização curricular, metodologias inovadoras de ensino, processos de avaliação (institucional, dos cursos e da relação de ensino-aprendizagem), relação entre ensino, pesquisa e extensão, entre outros. Foram realizados três encontros de discussão durante a revisão curricular e programados outros nove encontros inseridos na agenda regular do *campus*.

2. Atividades transversais – diagnóstico e prognóstico: utilizou-se como método nessa etapa a realização de oficinas com participação docente e discente. A escolha metodológica pela realização de oficinas justificou-se pelo fato de estas se constituírem como um campo híbrido e móvel, feito de experimentações múltiplas e aberto à intersecção com vários campos e saberes, garantindo a elas um espaço problematizador, construído coletivamente¹⁹.

Vilela²⁰ aponta que o que define uma oficina é sua proposta de aprendizagem compartilhada, por meio de atividade grupal, face a face, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento. Ainda destaca que os coordenadores apenas facilitam o debate, partindo sempre de dúvidas, opiniões e valores dos próprios participantes. Como estratégia metodológica, houve preparação prévia de material por cada núcleo pertinente à temática da oficina. A metodologia adotada em cada oficina foi a apresentação dos materiais preparados e debate sobre questões importantes, sempre oportunizando

um momento de sistematização dos encaminhamentos no fim de cada oficina, que teve duração de 8 horas cada uma, sendo na primeira parte apresentação das tarefas propostas e na segunda, discussão a partir do material levantado. Assim, realizaram-se cinco oficinas para o processo de revisão curricular (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese das informações das cinco oficinas realizadas

Oficina	Tema	Realizada em	Participantes
I	Os eixos comuns nas matrizes curriculares dos cursos de graduação do <i>campus</i> , tendo como referência o perfil do egresso.	24/11/ 2014	37
II	Os eixos comuns nas matrizes curriculares dos cursos de graduação do <i>campus</i> – Eixo O Ser Humano e sua Dimensão Biológica.	27/04/2015	52
III	Os eixos comuns nas matrizes curriculares dos cursos de graduação do <i>campus</i> – Eixo O Ser Humano e sua Dimensão Social.	25/05/2015	44
IV	Os eixos comuns nas matrizes curriculares dos cursos de graduação do <i>campus</i> – Eixo Trabalho em Saúde.	22/06/2015	52
V	Síntese do contexto de mudança e Plenária Final.	06/07/2015	40

Para a Oficina I, cada curso trouxe a discussão realizada em seu núcleo específico sobre a questão “Qual o perfil do egresso?”. Além dessa tarefa, os Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos e os discentes refletiram sobre o questionamento “Qual lugar os eixos comuns ocupam na trajetória dos cursos?”. Também produziram material para a oficina. Por fim, os eixos comuns tiveram como tarefa prévia a produção de quadro reflexivo de toda a trajetória desenvolvida ao longo dos anos de sua execução. Todo esse material foi compartilhado durante a oficina por meio de uma sala de situação pedagógica. Além da apresentação dos conteúdos, carga horária e processos avaliativos de cada eixo comum, as oficinas abriram espaços para cada curso trazer suas necessidades em relação a cada um dos eixos comuns. É importante destacar que, além das reflexões coletivas sobre os eixos comuns realizadas durante as oficinas, cada um dos seis cursos de graduação desenvolveu em paralelo a revisão das matrizes curriculares de seus eixos de aproximação à prática específica em Saúde, com os mesmos objetivos.

Análise do produto das atividades longitudinais e transversais

Em um processo de renovação curricular, os seguintes aspectos devem ser valorizados para seu sucesso: comprometimento com as novas práticas educativas; problematização das situações de aprendizagem; formação docente; modificação da estrutura da instituição de ensino; democratização da prática pedagógica com autonomia do aluno em seu trajeto curricular; organização de eixos integradores que articulem saberes das antigas disciplinas; inserção de professores e estudantes em cenários reais; e prática da interprofissionalidade^{1,14}.

O processo de revisão curricular vivenciado no *campus* proporcionou resultados importantes para o fortalecimento dos princípios norteadores de seu projeto pedagógico. As maiores transformações obtidas na revisão das matrizes foram em relação à flexibilização curricular com o redimensionamento da carga horária em unidades curriculares dos eixos de formação comuns e específicos (redução de carga horária variou de 4,4% para 12,7% no conjunto dos eixos de formação comuns e específicos) e criação/ampliação de unidades curriculares eletivas em alguns cursos (com exceção dos cursos de Fisioterapia e Nutrição); e a revisão e readequação de conteúdos nas unidades curriculares dos três eixos comuns, de forma a privilegiar as temáticas realmente comuns aos seis cursos de graduação.

O redimensionamento na direção da flexibilização do currículo é fundamental para a concretização da EIP. Reeves¹² afirma que a prática da EIP em um currículo inflexível e com carga horária excessiva pode ser uma barreira para sua efetivação. É importante que o currículo seja atrativo aos estudantes

e que garanta que eles se identifiquem com o que é ensinado²¹. Por isso, o caminho de revisar o currículo e torná-lo mais arejado e aprazível nos pareceu adequado após dez anos de trajetória, e essa flexibilização poderá garantir ao estudante uma flexibilização curricular que o permita intervir no seu percurso formativo na universidade. Espera-se que o arejamento alcançado com tal redução de carga horária excessiva traga outras oportunidades de aprendizagem para o estudante, tanto formais (atividades de extensão, pesquisa, monitoria, entre outras) quanto informais. Oportunidades para aprendizado informal, “quando estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos de sua educação formal”, são importantes para a EIP, pois possibilitam o compartilhamento de ideias¹² (p. 188).

É necessário apontar que mesmo com o avanço no sentido da flexibilização curricular conseguido pela revisão de carga horária e conteúdo – que trouxeram leveza para as matrizes dos cursos –, tem-se clareza de que esses ajustes não são suficientes para proporcionar aos alunos oportunidades de construção de trajetórias individuais e significativas na sua formação. A criação de uma política de incentivo aos estudantes para se tornarem atores principais de sua formação, construindo suas trajetórias singulares no percurso acadêmico de forma a alcançarem um aprendizado significativo, é imprescindível. Tal política deve abranger as mais diversas atividades na universidade como ações de extensão, iniciação científica, programas de monitoria, programas de educação para o trabalho, programas de educação tutorial, vivências práticas em cenários reais de livre escolha e unidades curriculares eletivas.

Durante as oficinas, foi possível vivenciar uma maior articulação e aproximação entre os eixos de formação e seus interlocutores. Essa ampliação das conexões foi possível pelo reconhecimento das diferenças, pela construção coletiva horizontalizada e, principalmente, devido à compreensão da necessidade de priorizar o que é comum sem detrimento do específico, sendo esse um grande desafio de consolidação da EIP. Essa vivência expressou o desejo de recriação de política de formação docente e reconhecimento de sua importância por parte dos professores. Um programa de desenvolvimento docente existiu de 2006 a 2013 e atualmente não há no *campus* uma política de formação docente. Um dos fatores que contribuiu para o enfraquecimento e desistência do programa de formação docente foi a dificuldade de gerenciamento das rotinas de reuniões no *campus*, ficando o programa sem agenda fixa. Esse fato nos fez perceber que as resistências às mudanças sobrepujaram a compreensão da importância que o desenvolvimento docente tem para a EIP.

Reeves¹² reforça que o desenvolvimento docente é essencial na EIP. Para boa parte dos docentes, ensinar os alunos sobre como aprender um assunto uns com os outros é uma experiência desafiadora e, por isso, o contínuo desenvolvimento do corpo docente pode reduzir sentimentos de isolamento, desenvolver uma abordagem mais colaborativa e fornecer oportunidades para compartilhar conhecimento, experiência e ideias¹². Batista²² aponta que esse desafio da atuação do docente na EIP necessita de ampliação da competência como mediador. Essa competência abrange um conjunto de dimensões que vão desde as experiências prévias, passam pelas intenções do trabalho em colaboração interprofissional, envolvem a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações compartilhadas com os estudantes, até o envolvimento e compromisso docente com a EIP.

Apesar da maior articulação entre eixos de formação e da aproximação entre seus interlocutores destacada anteriormente, observamos que ainda há uma resistência à mudança por parte dos docentes. O conjunto de docentes mais resistentes à mudança foram os do eixo “O ser humano e sua dimensão biológica”. No projeto pedagógico do *campus*, esse é o eixo que trata das questões biológicas do ser humano e emprega o modelo de ensino predominantemente tradicional, caracterizado pela transmissão de conhecimento e pela ênfase na memorização²³. A dificuldade de abertura para o novo desse eixo nos mostra o quanto ainda estão próximos de um modelo de ensino que privilegia a técnica. A crítica a esse modelo vem se acumulando ao longo dos anos e fica muito evidente quando nos deparamos com um projeto pedagógico que se volta a pensar a graduação das profissões de Saúde sob o eixo da integralidade e, como apontado por Rego e Batista²⁴, para uma mudança na ação docente é necessário primeiro compreender o “sistema de crenças” desses professores para, assim, ofertar vivências verdadeiramente transformadoras.

Mesmo com todos os esforços, por meio de fóruns pedagógicos, rodas de conversa pedagógicas e encontros de desenvolvimento docente, dez anos de execução do projeto pedagógico ainda não foram

suficientes para sensibilização dos professores do eixo para a mudança efetiva. No decorrer das oficinas, o tema avaliação do processo ensino-aprendizagem, especialmente a avaliação formativa, ganhou destaque nas reflexões das rodas de conversa. A partir dos apontamentos e dados apresentados nas oficinas, pode-se compreender que, apesar de estar prevista nos pressupostos metodológicos de formação de nossos alunos, boa parte dos docentes demonstra inexperiência nos processos de avaliação formativa. Foi observada dificuldade de compreensão do significado da avaliação formativa e de articulação desta com a avaliação somativa. Tais dificuldades são recorrentes no ensino superior, como apontado por Santos²⁵.

Foi possível perceber que, para muitos docentes, a avaliação ainda é vista apenas como uma mensuração dos resultados de forma desconexa dos processos que os originam e dos fatores que neles interferem. Conforme apontado por Sordi et al.²⁶, ao adotar-se avaliações apenas centradas nos resultados, corre-se o risco de perder os efeitos benéficos que a avaliação formativa pode trazer; a perspectiva reflexiva da avaliação formativa permite observar e acompanhar as intencionalidades do processo. Durante as oficinas, também emergiu outro nó crítico para a efetivação plena da EIP no projeto pedagógico institucional: a dificuldade de construção de um modelo de estágio interprofissional. Apesar dos avanços no decorrer dos primeiros anos de formação, ainda se caminha nos estágios profissionalizantes em uma perspectiva de desenvolver habilidades e competências específicas da profissão em detrimento do que há de comum em todas elas. Apesar de 100% dos estágios serem desenvolvidos na rede de atenção à saúde dos municípios da Baixada Santista, ainda reproduzem a lógica monoprofissional e encontramos enorme resistência dos eixos específicos dos cursos em modificar esses estágios.

Furtado¹⁶ nos faz refletir sobre essas resistências ao mostrar que, na implantação da colaboração interprofissional, as áreas profissionais individualmente têm a tendência de se colocarem como forças antagônicas na tentativa de garantir um mercado definido e inviolável, expandir territórios, aumentar sua autonomia e elevar seu grau de dominação e controle sobre outras categorias profissionais. Porém, ao mesmo tempo em que o autor desvela a crueza dessas relações, também mostra ser possível conciliar as forças, conseguindo a colaboração interprofissional sem perder a especificidade arduamente alcançada.

A universidade, apesar de aberta ao novo, ainda tem muita dificuldade na construção do diálogo com os serviços e a comunidade, fenômeno disseminado nas universidades brasileiras²⁷. Os profissionais dos serviços envolvidos nas atividades de formação dos estudantes de graduação apontam que não são chamados para participar do planejamento e avaliação conjunta das atividades, mas, mesmo com essa limitação, percebem potencialidades na integração ensino-serviço-comunidade em relação a mudanças das práticas ao reverem sua concepção de saúde e tomarem contato com novas formas e ferramentas de trabalho²⁷. Soma-se a isso o fato de os estágios estarem submetidos à lógica tradicional ainda vigente nos serviços de saúde, onde encontramos uma prática disciplinar voltada para a doença, e não para o indivíduo e sua história. A falta de profissionais na atenção básica também sugere uma dificuldade para que os serviços se estruturam de forma adequada para o atendimento em rede.

Saldanha et al.¹⁰ ressaltam que, assim como as mudanças na formação, as mudanças no serviço também são complexas, e não basta inserir o estudante nos serviços de saúde se as práticas lá realizadas não forem problematizadas, e outras, mais condizentes com os princípios do SUS, não forem sugeridas e experimentadas. Vasconcelos et al.²⁷ destacam que permanece o desafio de negociar com docentes e preceptores, que trazem diferentes concepções sobre a formação e o cuidado, bem como o desafio inerente à organização dos processos de trabalho, que resulta em pouca disponibilidade dos profissionais e docentes para o ensino.

As iniciativas de construção da integração ensino-serviço unilaterais, partindo da universidade e de forma impositiva, sem negociação com o gestor local, deixam esse quadro congelado, fragilizando a prática colaborativa e a incorporação de estratégias de educação permanente junto com as de formação de novos profissionais. Para Ceccim e Pinto²⁸, a formação e o exercício profissional não podem seguir linhas paralelas no desenvolvimento de sistemas de saúde: eles precisam seguir linhas convergentes e manter relações orgânicas. Os autores afirmam que há uma relação imediata entre ambos, pois a formação gera serviços, fixação de profissionais, formação de equipes, desenvolvimento e avaliação de tecnologias de cuidado e assistência.

Considerações finais

O processo de revisão curricular vivenciado pelos cursos da Saúde do *campus* Baixada Santista da Unifesp nos proporcionou avanços para fortalecimento dos pressupostos pedagógicos de formação em Saúde na lógica de educação interprofissional. A flexibilização curricular com o redimensionamento da carga horária e dos conteúdos das matrizes curriculares; a maior articulação entre eixos de formação com aproximação entre os seus interlocutores; e a criação de agendas temáticas foram resultados importantes para este fortalecimento. Porém, nós críticos ainda persistem para a concretização plena dos pressupostos pedagógicos de formação. Destacam-se a resistência à mudança por parte dos docentes ainda presos em um modelo de ensino tradicional, a impossibilidade de implantação imediata de uma política de unidades curriculares eletivas, as formas de avaliação do processo ensino-aprendizagem e as práticas dos estágios profissionalizantes fragmentadas.

Esse foi um processo de construção de acordos e de alinhamento teórico-metodológico para fortalecimento do projeto pedagógico do *campus*. Desafios pedagógicos, profissionais e organizacionais precisam ser continuamente cuidados e superados. Há ainda um longo caminho a ser trilhado na educação interprofissional para formação de profissionais qualificados ao trabalho em equipe com atuação segundo a atenção integral à saúde e desempenho adequado às necessidades sociais da população brasileira e ao desenvolvimento profundo do SUS.

Contribuições dos autores

Patrícia Rios Poletto e Andrea Perosa Saigh Jurdi participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos ao Prof. Scott Reeves (*in memoriam*) pela sua contribuição no desenvolvimento dos estudos em educação interprofissional, que levaram a novas possibilidades de construção das relações no cuidado em Saúde.

Referências

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1400-10.
2. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude*. 2008; 6(3):443-56.
3. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Cienc Saude*. 2008; 1(1):9-23.
4. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. São Paulo: CONASEMS; 2015.
5. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(4):351-2.
6. Furlanetto DLC, Bastos MM, Silva JW Jr, Pinho DLMI. Reflexões sobre as bases conceituais das diretrizes curriculares nacionais em cursos de graduação em saúde. *Comun Cienc Saude*. 2014; 25(2):193-202.

7. Furlan PG, Campos IO, Meneses KVP, Ribeiro HM, Rodrigues LMM. A formação profissional de terapeutas ocupacionais e o curso de graduação da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. *Cad Ter Ocup*. 2014; 22(1):109-19.
8. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):357-70.
9. Santos NMD. Avaliação na educação médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios de transformação do ensino presentes nas diretrizes curriculares nacionais? [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
10. Saldanha OMFL, Pereira ALB, Medeiros CRG, Dhein G, Koetz LCE, Scwertner SF, et al. Clínica-Escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. *Interface (Botucatu)*. 2013; 18 Supl 1:1053-62.
11. Merhy EE. Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp Baixada Santista. In: Capozzolo AA, Casetto S, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-34.
12. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.
13. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (3):CD002213.
14. Batista N. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto S, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 59-68.
15. Rossit R, Batista SH, Batista NA. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. *Rev Int Humanidades Med*. 2014; 3(1):55-64.
16. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
17. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012; 2:25-8.
18. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13 Supl 2:2133-44.
19. Galletti MC. Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: UCG; 2004.
20. Villela W. Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação. São Paulo: NEPAIDS-USP; 1996.
21. Fior CA, Mercuri E. Formação universitária e flexibilidade curricular: importância das atividades obrigatórias e não obrigatórias. *Psicol Educ*. 2009; 29:191-215.
22. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):202-4.
23. Mendonça ET, Cotta RMM, Lelis VP, Carvalho PM Jr. Paradigmas e tendências do ensino universitário: a metodologia da pesquisa-ação como estratégia de formação docente. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):373-86.
24. Rêgo C, Batista SH. Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fecundo. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(3):317-24.

25. Santos LA. Articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: uma impossibilidade ou um desafio? *Ensaio Aval Pol Publ Educ.* 2016; 24(92):637-69.
26. Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 Supl 1:731-42.
27. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):147-58.
28. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(3):266-77.

O presente artigo relata o processo de revisão das matrizes curriculares dos cursos de graduação da área da Saúde do campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo, no período de 2014 a 2015, pautados na educação interprofissional. Foram realizadas atividades longitudinais (ciclo de palestras com rodas de conversa) e transversais (cinco oficinas). O processo vivenciado trouxe luz aos caminhos necessários para o fortalecimento da educação interprofissional. A experiência propiciou a aproximação dos atores envolvidos na formação dos profissionais de Saúde do campus, ajustes nas matrizes curriculares dos seis cursos de graduação em Saúde e apontamento para a reformulação do programa de desenvolvimento docente, além de trazer a possibilidade de continuidade da consolidação dos princípios do Projeto Pedagógico do campus santista no caminho da educação interprofissional, com garantias de formação para a atuação em equipe e para a atenção integral à Saúde.

Palavras-chave: Formação em saúde. Currículo. Educação interprofissional. Ensino. Relações interprofissionais.

Revising curricular matrices in an innovative pedagogical project: ways of strengthening interprofessional health education

This article describes the revision process of the curricular matrices of the undergraduate health courses held at Baixada Santista campus of Universidade Federal de São Paulo from 2014 to 2015 based on interprofessional education. Longitudinal (series of lectures with discussion) and transverse activities (five workshops) were conducted. The process brought to light the necessary paths to strengthen interprofessional education. The experience created an opportunity to bring together all agents involved in the education of health professionals on campus, enabled adjustments in the curricular matrices of all six undergraduate health courses, and confirmed the need to reformulate the teacher development program. It enabled to continue consolidating the pedagogical project's principles in the interprofessional education journey, ensuring education towards teamwork and comprehensive healthcare.

Keywords: Health education. Curriculum. Interprofessional education. Interprofessional relations.

La experiencia de revisión de las matrices curriculares en un proyecto pedagógico innovador: caminos para fortalecer la educación interprofesional en Salud

Este artículo relata el proceso de revisión de las matrices curriculares de los cursos de graduación del área de Salud del campus Baixada Santista de la Universidad Federal de São Paulo en el período de 2014 a 2015 con base en la educación interprofesional. Se realizaron actividades longitudinales (ciclos de conferencias con rondas de conversación) y transversales (cinco talleres). El proceso experimentado lanzó luz sobre los caminos necesarios para el fortalecimiento de la educación interprofesional. La experiencia propició la aproximación de los actores envueltos en la formación de los profesionales de Salud del campus, ajustes en las matrices curriculares de los seis cursos de graduación en Salud y señalización para la reformulación del programa de desarrollo docente y proporcionó la posibilidad de continuidad de la consolidación de los principios del proyecto pedagógico del campus Santista en el camino de la educación interprofesional con garantías de formación para la actuación en equipo y para la atención integral de la Salud.

Palabras clave: Formación en salud. Currículo. Educación interprofesional. Enseñanza. Relaciones interprofesionales.

Submetido em 10/11/17. Aprovado em 17/05/18.

Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil

Vitória Ferreira do Amaral^(a)
 Ana Suelen Pedroza Cavalcante^(b)
 Quitéria Larissa Teodoro Farias^(c)
 Marcos Aguiar Ribeiro^(d)
 David Gomes Araújo Júnior^(e)
 Diógenes Farias Gomes^(f)

Introdução

A formação profissional em Saúde teve importantes mudanças com o passar dos anos, decorrentes de transformações culturais e da incorporação das tecnologias nas diferentes áreas do conhecimento, o que influenciou nas maneiras de ensinar e aprender¹. Mesmo diante dessa revolução, a visão tradicional do ensino ainda semeia no cenário da educação na saúde perspectivas verticalizadas, de transmissão do conhecimento, sob as clausuras de um modelo acrítico, o que tem dificultado o avanço das perspectivas da formação interprofissional em Saúde e da prática colaborativa.

Essas mudanças de paradigmas levaram à reformulação do ensino superior no Brasil, o que motivou a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação (DCN), que proporcionaram às instituições de ensino superior (IES) um direcionamento para formas inovadoras de projetos político-pedagógicos. Esse processo foi iniciado com a publicação do Edital nº 04/1997 pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC), que convocou as IES à apresentação de propostas a serem sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área do conhecimento e encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE)².

As DCN dos cursos da área da Saúde passaram a alocar na formação e educação das profissões da saúde a responsabilidade de capacitar os futuros profissionais para a atuação do trabalho em equipe interprofissional, por preconizar currículos interdisciplinares, alinhados às políticas públicas instituídas pelo SUS³.

Nesta conjuntura, a Sesu/MEC, embasada nas sugestões e críticas das propostas das IES e na percepção das demais referências nas discussões acerca das DCN, desde a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (nº 8.080 de 19/9/1990); a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9.394 de 20/12/1996); a Lei que aprova o Plano Nacional de Educação (nº 10.172 de 9/1/2001); o Parecer da CES/CNE (nº 776/97 de 3/12/1997); o próprio Edital nº 04/1997; o Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio de 1999; os documentos da Organização Pan-Americana da

^(a, c) Graduanda do curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Avenida Comandante Maurocelio Rocha Pontes, 100, Derby. Sobral, CE, Brasil. 62042-280. vyctoriaamaral@gmail.com; larissa.teodoro1996@gmail.com

^(b, f) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, CE, Brasil. anasuelen15@hotmail.com; diogenesfariasgomes@gmail.com

^(d) Pós-graduando do Programa de Enfermagem (doutorado), Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marcosribeiroce@gmail.com

^(e) Pós-graduando do Programa em Saúde da Família (Especialização), Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, Brasil. david-junior23@hotmail.com

Saúde (Opas), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Rede Unida, buscaram o fortalecimento de ações relativas à melhoria da qualidade do ensino de graduação².

A partir dessas determinações jurídico-legais, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso com a formação profissional em saúde, instituindo políticas públicas orientadoras dessa formação. Com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, foi definida a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (EPS), que fortaleceu os Polos de Educação Permanente em Saúde, o que estimulou a revisão das estratégias de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na saúde^{4,5}.

Com a instituição da educação permanente como uma das suas diretrizes de orientação, a SGTES assumiu o papel de formular e qualificar os profissionais e trabalhadores da saúde do Brasil, fortalecendo o artigo 200, inciso III, da Constituição Federal do Brasil, que afirma que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”⁶. Nessa tangente, surgiram propostas de qualificar o ensino na saúde, tencionando a graduação para orientação das práticas interprofissionais, como o projeto do VER-SUS⁷.

O VER-SUS é um projeto desenvolvido por estudantes e para estudantes em todo o território nacional e reconhece o sistema de saúde como espaço de aprendizagem. O projeto conta com comissões organizadoras locais que envolvem gestores, estudantes, IES, profissionais de serviços de saúde e movimentos sociais que prestam apoio descentralizado para a realização das vivências, mantendo contato com diferentes atores e com a comissão nacional, composta pelo MS, em parceria com a Rede Unida, com a Rede Governo Colaborativo em Saúde, com a União Nacional dos Estudantes (UNE), com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)⁸.

Esse projeto tem influenciado a educação interprofissional como meio para o fortalecimento da educação na saúde e da colaboração interprofissional, por priorizar o trabalho em equipe, a integração entre as ciências e o domínio de estudo de disciplinas de forma a integrar seus níveis teóricos e práticos, a fim de alcançar um reconhecimento ampliado e a respeitar as especificidades de cada profissão⁸.

A colaboração interprofissional é vivenciada quando profissionais de diferentes áreas da saúde têm habilidades de colocar em prática conhecimentos interprofissionais, que irão promover o fortalecimento das interações do espaço de trabalho e gerar melhores resultados de saúde. A educação interprofissional emerge nesse cenário da formação, como a estratégia que tem o potencial para o alcance da prática colaborativa, por permitir a interação de troca de saberes de estudantes de diferentes categorias, promovendo um aprendizado colaborativo^{9,10}.

Para tanto, torna-se importante conhecer experiências exitosas no que diz respeito à abordagem colaborativa interprofissional na graduação dos cursos da área da Saúde e áreas afins, de modo a fortalecer a própria formação e o desenvolvimento de profissionais éticos e sensibilizados com os problemas inerentes à sociedade e as propostas de valorização do SUS. A partir do exposto, este artigo tem como objetivo relatar as experiências interprofissionais vivenciadas no projeto VER-SUS, em Sobral, Ceará.

Metodologia

Este compilado de vivências modela-se em um relato de experiência, construído por meio do histórico do Projeto VER-SUS/Sobral, Ceará, nos anos de 2012 a 2016, período em que os autores deste relato tiveram participação ativa nas seguintes edições: 2012, 2013.1, 2013.2, 2014, 2015 e 2016, abordando as contribuições que promoveram aos estudantes dos mais variados períodos de formação, categorias e instituições de ensino.

O relato de experiência diz respeito à documentação das experiências humanas, que possibilita o pesquisador relatar suas vivências e ainda contextualizá-las com a literatura pertinente, fazendo essa relação com o saber técnico-científico¹¹.

Nesse recorte de 2012 a 2016, o projeto contou com a participação de estudantes dos cursos de Ciências Sociais, Educação Física, Enfermagem, Engenharia Elétrica, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia,

Letras, Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional e outras áreas afins, como Engenharia Elétrica e Administração, com o interesse em vivenciar a realidade do sistema de saúde de Sobral. Foram cerca de 100 estudantes participantes do projeto, contabilizando uma média de 20 estudantes por edição.

As vivências do VER-SUS são realizadas a partir da metodologia de imersão, teórica, prática e vivencial, em que os estudantes imergem no projeto de modo integral, 24 horas por dia, dentro dos serviços de saúde dispostos no território¹². Os participantes são divididos em grupos de trabalhos (GT) que congregam estudantes de diferentes categorias, como forma de proporcionar diálogos a partir dos diversos saberes e práticas.

Cabe destacar que as vivências ocorrem para além de serviços de saúde com estrutura física, contemplando também espaços em que são desenvolvidas práticas complementares e integrativas ao processo de promoção à saúde.

Assim, a opção pelo relato dessas vivências traduz, de um lado, o reconhecimento dos movimentos de transformação da educação que possibilitaram às instituições o aprimoramento da formação em saúde e, por outro, a experiência dos autores no processo de acompanhamento das vivências do projeto VER-SUS no sistema de saúde local.

O enfoque no projeto VER-SUS foi constituído pela identificação da potência da integração ensino-serviço-comunidade, das estratégias instituídas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), para atender de modo concreto às necessidades da população brasileira na formação de profissionais e trabalhadores da saúde, constituindo um dos instrumentos que pode responder à produção do conhecimento e às práticas de atenção à saúde, comprometidas com o fortalecimento do SUS¹³.

Os resultados aqui apresentados e discutidos centram-se sobre a perspectiva da educação interprofissional e das visões acerca do ensino-aprendizagem na saúde, que é uma prática metodológica produzida com significado, a partir de realidade vivenciada¹⁴.

Os eixos analíticos abrangem: construção histórica e social do VER-SUS Sobral e a experiência interprofissional no VER-SUS Sobral. A construção desses eixos ocorreu de modo retrospectivo, a partir de diários de campo construídos pelos autores deste artigo.

Construção histórica e social do VER-SUS Sobral

O projeto VER-SUS teve a edição-piloto em 2002 no estado do Rio Grande do Sul, a partir do resultado de diálogos iniciados na década de 1990 entre as IES, o MS e entidades sociais, com a finalidade de promover vivências que integrem mudanças na matriz curricular e no fortalecimento do sistema de saúde. A referida edição contou com a participação de 16 profissionais e duzentos estudantes da área da saúde^{5,15}.

A partir do êxito da experiência local, no ano de 2003, foi lançada a primeira edição VER-SUS em âmbito nacional em articulação com sessenta secretarias até o ano de 2004. No mesmo ano, Sobral (Ceará) integrou o grupo dos dez municípios que compuseram o projeto-piloto do VER-SUS/Brasil. Após a realização do projeto-piloto, foi lançada a primeira edição nacional do VER-SUS em sessenta municípios brasileiros¹⁵.

Ainda em 2003 com a criação da SGTES, outros projetos de estímulo à formação para o SUS foram desenvolvidos e priorizados pelo MS. Destaca-se ainda a aproximação entre Saúde e Educação, a partir da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da Saúde, instituída pela Portaria nº 2.118, de 3 de novembro de 2005¹⁶.

Essa parceria impulsionou a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) instaurado pela Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, e posteriormente o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado pela Portaria Interministerial nº 1.802/MS/MEC, de 26 de agosto de 2008^{17,18}.

No entanto, os estudantes que vivenciaram o projeto VER-SUS nacional e apoiadores impulsionaram em diversos espaços políticos e acadêmicos as discussões acerca da retomada do projeto. Essas discussões levaram ao desenvolvimento de iniciativas locais, com restrito financiamento,

porém, com ideal de construção de uma militância em defesa do SUS. Salienta-se ainda que muitos dos estudantes que vivenciaram o VER-SUS em 2004 começaram a atuar em cenários estratégicos, tais como universidades, escolas de saúde pública, secretarias municipais de saúde e o próprio MS, o que amplificou o discurso de retomada e potência do projeto para a formação para o SUS¹⁵.

O Projeto VER-SUS em Sobral foi retomado no ano de 2011, com uma edição local de iniciativa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia (EFSFVS), voltada para estudantes das diferentes graduações das áreas da Saúde e afins; e docentes de IES e do sistema local de saúde.

No fim de 2011, o projeto VER-SUS/Brasil foi retomado em âmbito nacional. Em 2012, a partir do estímulo para a interiorização da vivência, Sobral realizou a edição de inverno do projeto, por meio do fortalecimento da comissão local, formada por estudantes que vivenciaram a edição verão do VER-SUS/Brasil em 2011 e por profissionais da saúde apoiadores que vivenciaram o VER-SUS/Brasil em 2004, o que representou a força e a energia do processo coletivo dos estudantes.

No que concerne às vivências do ano de 2012, estas tiveram como cenário de atuação a rede de atenção à saúde do município de Sobral, com destaque para Estratégia Saúde da Família (ESF), vigilâncias em saúde, serviços de assistência social e movimentos sociais, de modo a possibilitar também a vivência em cenários de participação popular e controle social. Além disso, as edições do projeto incluíram vivências em dois municípios vizinhos: o Assentamento Valparaíso, oriundo do Movimento Sem Terra (MST), em Tianguá (CE), e a tribo indígena de etnia Tremembé, em Itarema (CE).

A aproximação com a EFSFVS fortaleceu as práticas de educação popular e de colaboração interprofissional, por meio do Grupo de Trabalho de Arte e Educação Popular (GT-AEP), do Grupo de Trabalho de Educação Permanente (GT-EP) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Nas edições do ano de 2013 (inverno e verão) do projeto VER-SUS/Sobral, para além das vivências na rede de atenção à saúde do município, houve a oportunidade de imersão na Pastoral Carcerária, um movimento social composto por grupos religiosos que prestam serviços comunitários na cadeia pública do município, bem como a vivência no Grupo Espírita Francisco de Assis (Gefa), na cidade de Groáiras (CE), que presta serviços à população em geral, nas mais variadas vertentes, a saber: esporte, saúde, educação, arte e cultura. A realização de práticas nos mais variados espaços possibilitou aos acadêmicos uma visão ampla e crítica das mais diversas necessidades da população e, assim, a reflexão sobre qual é o papel a ser tomado para contribuir positivamente com a situação¹⁹.

Na edição do ano de 2014, a imersão permanece no envolvimento à rede de saúde de Sobral e equipamentos sociais do município, com destaque à inserção na Casa dos Conselhos de Sobral – que abrange os conselhos da criança, do adolescente e do idoso e que possibilitou a aproximação dos acadêmicos às lutas e ações desenvolvidas pelo equipamento para intensificar o apoio a estes grupos – e, ainda, à visita à Associação Sobralense das Trabalhadoras do Sexo (Astras), que se faz como um potente espaço no que diz respeito à busca pelo rompimento de tabus e à promoção do cuidado à saúde das envolvidas, fomentando para um trabalho seguro e criando alternativas criativas por meios de cursos de capacitação para melhoria da qualidade do trabalho.

Em 2015, o VER-SUS/Sobral passou por mudanças inovadoras na metodologia pedagógica das vivências, que aproximaram a articulação do ensino com a pesquisa e extensão. Assim, foi lançado o VER-SUS/Sobral/Extensão como uma estratégia de contribuir com respostas sociais efetivas no município. A edição de 2015 ocorreu em dois momentos: o primeiro, em caráter de imersão na rede de saúde, rede de assistência social e nos espaços dos movimentos sociais, durante o período de 11 dias; e o segundo, em uma perspectiva de extensão e pós-imersão, em um serviço selecionado pelos grupos de trabalhos no período de imersão.

A extensão foi construída a partir de projetos de intervenção disparados pela problematização das vivências. No entanto, é preciso compreender que os viventes, ou mesmo a universidade, não são os únicos agentes transformadores, mas podem também ser transformados no processo de vivência propiciado pela extensão. O I Encontro Nacional de Extensão e Pró-Reitores de Extensão (1980) afirma que “a extensão é uma via de mão dupla”, pois possibilita o encontro da construção do saber na sociedade e a produção de conhecimento na universidade²⁰.

Durante essa vivência do VER-SUS Extensão, por exemplo, um grupo de quatro estudantes da categoria da Enfermagem, Educação Física e Psicologia articulou e desenvolveu um projeto de intervenção na “Casa Acolhedora do Arco: cuidando da mãe e do bebê”, que é uma estratégia do município de Sobral para a redução da mortalidade materna e infantil, a partir do suporte a mulheres usuárias de *crack*. As ações desenvolvidas no serviço tiveram como enfoque potencializar o espaço. Durante o período das ações, as mulheres expressaram sentimentos e anseios e relataram expectativas positivas durante os encontros promovidos a partir do referencial teórico do Círculo de Cultura de Paulo Freire²¹.

Desse modo, o VER-SUS, ao adotar a extensão como ferramenta de mobilização social, possibilitou um sentido de aprendizagem permanente e significativa para a formação profissional, contribuindo, conseqüentemente, com a integração entre ensino, serviço e comunidade.

No ano de 2016, a edição VER-SUS Sobral retomou com a metodologia de vivência e estágio, articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Graduasus), que se pauta na proposta de mudança curricular alinhada às DCN dos cursos de graduação na área da saúde, bem como na qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade articulados entre o SUS e as instituições de ensino²²; dessa forma, assumiu o papel de apoiador da edição. Além disso, a vivência teve como diferencial a visita à cidade de Meruoca (CE), ao grupo de permacultores, que trabalha com produção orgânica, bem como a visita à comunidade indígena da aldeia de Queimadas, da etnia Tremembé, na cidade de Acaraú (CE). Foram vivências que promoveram contato com comunidades que adotam maneiras alternativas de promoção à saúde, a partir de fontes naturais e práticas integrativas.

Para além do deslocamento das vivências, há ainda as atividades de educação popular que acontecem no próprio espaço de estadia dos “versusianos”. Por exemplo, há a construção do livro de contos populares, no qual cada vivente teve a possibilidade de explicar de forma criativa um conto/crença popular que tenha um valor significativo em sua vida; o momento “Núcleo e saberes”, em que os viventes são divididos por cursos e têm a oportunidade de explicar seus saberes sobre as demais categorias presentes dentro do SUS, como a Enfermagem sobre a Fisioterapia e vice-versa; e a Psicologia sobre a Educação Física e vice-versa, rendendo assim uma construção coletiva acerca do exposto; e a prática de biodança, que, além de proporcionar relaxamento, oportuniza ainda um encontro consigo e com o outro.

Ressaltando a parceria contínua com os movimentos sociais, em todas as edições supracitadas ocorreram rodas de discussões sobre diversidade, gênero e etnia, que contaram sempre com a participação de representantes das lutas de tais causas e nas quais todos os viventes têm a oportunidade de explicar um pouco sobre suas visões e experiências dentro do contexto. Além disso, na edição de 2016, houve ainda a realização do Transversus, no qual, após as discussões, mulheres vestiram-se de homens e vice-versa para realização de uma apresentação de dança; cada um esteve livre para expressar da sua forma a “mulher” ou o “homem” que existe em si, sem preconceitos.

Assim, pode-se afirmar que, nas diferentes vivências, os estudantes tiveram a oportunidade de realizar diversas atividades, em caráter de imersão, divididos em GT com os viventes. As visitas aos diferentes dispositivos de atenção à saúde e equipamentos sociais, rodas de discussão com os integrantes do VER-SUS, profissionais e trabalhadores da saúde e gestores, por meio de atividades desenvolvidas a partir de metodologias ativas, permitiram instigar o protagonismo dos participantes enquanto atores sociais e os incentivaram a serem multiplicadores do conhecimento (re)construído como potentes mobilizadores de corações e mentes em defesa do SUS.

Experiência interprofissional no VER-SUS Sobral

O VER-SUS mostrou-se como uma estratégia que instigou a colaboração interprofissional desde a graduação, pois permitiu experiências singulares de contato e colaboração entre estudantes de diversas categorias profissionais.

Nas edições do VER-SUS/Sobral, os estudantes de universidades públicas estaduais, federais e particulares, dos cursos de graduação em Enfermagem, Educação Física, Psicologia, Medicina,

Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Nutrição, Ciências Sociais, Letras, Engenharia Elétrica, Administração e outras áreas, interessados em vivenciar a realidade no sistema de saúde de Sobral, tiveram a oportunidade de construir, discutir e ampliar o olhar a partir da junção das diferentes perspectivas de cada categoria profissional, a partir de reflexões críticas e do protagonismo estudantil.

As mudanças que potencializam a formação profissional são mais efetivas quando os sujeitos se sentem importantes e ativos no processo de ensino-aprendizagem²³. Nessa perspectiva, o VER-SUS/Sobral foi organizado por estudantes, com apoio de docentes e profissionais dos serviços de saúde, para outros estudantes. O potencial transformador do VER-SUS concentra-se justamente na integração de diversos atores sociais que acreditam no SUS e que lutam para sua qualificação.

Divididos em GT (propositalmente) multiprofissionais, a imersão nos diferentes serviços e equipamentos sociais proporciona aos envolvidos a possibilidade de integrar e compartilhar conhecimentos específicos da categoria para o processo de tomada de decisão compartilhada, assim como identificar as possibilidades de suas atribuições em comum, passando a interpretar e ver a construção da saúde e de áreas inerentes a partir de múltiplos olhares.

Cabe enfatizar ainda ao longo das vivências o interesse de estudantes de áreas distintas que não se encontram ligadas diretamente ao SUS em participar do projeto, mas que expressam a sua importância para a construção de um espaço de saúde interdisciplinar e para a ampliação das reflexões sobre os diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

Para os estudantes que tiveram a oportunidade de participar do VER-SUS/Sobral, o projeto constitui-se como um divisor de águas em sua formação, por ampliar seus diversos olhares e pela relação dialógica com as diferentes categorias profissionais, gestores e usuários do SUS. Para a educação dos profissionais da saúde, representa um espaço que instiga à educação permanente a partir das reflexões de suas práticas com o olhar de estranhamento dos estudantes. Por fim, para a comunidade e para a própria universidade, representa a possibilidade de cada vez mais estreitar essa relação. Assim, pode-se afirmar que o VER-SUS, no município, constitui-se em uma estratégia efetiva que busca a integração ensino-serviço-comunidade.

Logo, nota-se que o VER-SUS/Sobral no atual cenário de formação profissional em Saúde e áreas afins é uma das estratégias protagonizadas por estudantes que fortalece a atuação profissional no SUS. A educação interprofissional contribui com a construção de relações mais colaborativas entre as diversas categorias profissionais, o que permite potencializar os serviços de saúde e as políticas públicas, de maneira a fortalecer a qualificação de profissionais mais aptos à atuação interprofissional, além de colaborar com a promoção do respeito, da ética e da eliminação de estereótipos entre os profissionais^{9,24}.

Uma das contribuições mais evidentes do VER-SUS, visível em todo seu percurso, foi a oportunidade de construir um espaço de formação compartilhado, que permitiu a execução de práticas colaborativas, visto que futuramente os acadêmicos inseridos nas diversas categorias profissionais irão trabalhar em equipe²⁴. Além disso, o projeto favorece a construção de vínculos e saberes e proporciona, ainda no campo universitário, a formação de profissionais mais comprometidos com o sistema público de saúde.

Os graduandos precisam desenvolver uma formação crítica, reflexiva, comprometida socialmente com as necessidades de saúde e assim atuar de forma a promover a emancipação das pessoas, tornando-se cidadãos no seu processo de humanização²⁵.

Embasados pelo referencial metodológico da roda²⁶, no qual cada um é responsável e protagonista do seu aprendizado, estimula-se a autonomia dos estudantes e a corresponsabilização pela formação em saúde e pelas práticas em saúde oferecidas à população. As atividades de discussão em coletivo foram realizadas em roda de forma que todos se olhassem e se reconhecessem como importantes no processo de ensino-aprendizagem. Para Brasil²⁷, a roda de conversa se apresenta como uma estratégia pedagógica que transmite a ideia de condução, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos ocorre horizontalmente, a partir da participação democrática, de modo a permitir a integração dos diferentes saberes.

A partir das experiências vivenciadas na edição de 2012 no VER-SUS/Sobral, sentiu-se a necessidade de conhecer as diversas categorias profissionais que estiveram envolvidas no projeto.

Surgiu então a ideia da oficina “Encontro com o outro (troca de figurinhas): discussão de núcleo e saberes de práticas”, com enfoque sobre os campos e os núcleos²⁸ dos estudantes da vivência, para que tivessem a possibilidade de reconhecer as atribuições comuns e as de cada profissão.

O espaço de encontro entre as categorias buscou minimizar a dicotomia vivenciada na formação dos profissionais em saúde, pois permitiu a existência de uma formação ampliada e compartilhada, atendendo às demandas de atuação do campo da saúde, como oferta às mudanças necessárias para a existência do trabalho colaborativo e interprofissional na Saúde^{28,29}.

Entretanto, é importante ressaltar que a vivência vai além da possibilitada pelos grupos de trabalho, uma vez que, após cada visita aos serviços e espaços de promoção à saúde, os “versusianos” são convidados a compartilhar suas percepções e sentimentos. Esse momento é definido como devolutiva, que são *feedback* das vivências em análise às políticas de saúde local, sendo estas desenvolvidas de forma criativa e envolvendo a educação popular em saúde, permitindo que todos conheçam os serviços pelo olhar do outro. As devolutivas rompem com o modelo tradicional de apresentação e permitem o desenvolvimento da autonomia e valorização da criatividade³⁰.

A devolutiva das visitas à rede de saúde mental foi denominada de “oficina da loucura”, que vem sendo desenvolvida desde a edição de 2015. Tal oficina consiste na entrega de uma coroa a cada um dos presentes, com um adjetivo escrito que remete a algum estigma que as pessoas com transtorno mental têm, como “doido”, “desmiolado”, “louco”, etc. Assim, à medida que vai havendo a discussão das visitas, uma “capa magna” é passada e a pessoa que estiver com ela se desloca até o centro da roda para dizer qual a sua loucura, de forma a trabalhar a empatia, visto que oportuniza a compreensão de como a pessoa se sente ao ser rotulada e possibilita uma intimidade e fortalecimento ainda maior dos vínculos entre os viventes.

A partir do exposto, as vivências foram sistematizadas por meio da elaboração de um portfólio no qual os viventes registraram as experiências. Os portfólios foram publicados na página do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (Otics) na rede mundial de computadores, estando disponível a todos, o que possibilitou a publicação das reflexões e das experiências do projeto VER-SUS, que aconteceu em vários municípios do país, em busca do fortalecimento de uma rede de estudantes implicados com o sistema.

O VER-SUS pode ser então alocado com um dos processos inovadores que Silva⁸ afirma ser necessário para provocar e desencadear discussões acerca da prática em saúde, de forma que seja problematizada constantemente, questionando sua responsabilidade social a partir dos modelos e valores a serem construídos na prática, construindo e (re)construindo os processos educacionais, competências profissionais e integrando a formação à realidade dos serviços e da comunidade.

A experiência do VER-SUS/Sobral se assemelha a edições do projeto realizadas em outras cidades, como a do VER-SUS Oeste Catarinense edição inverno 2014 e a do VER-SUS de Santiago/RS, na edição de verão, que também utilizaram metodologias ativas como estratégia para a construção e troca de conhecimentos durante as vivências, como rodas de conversas, diálogos e dinâmicas que envolveram todos os participantes, instigando a formação de coletivos, possibilitando discussão dos temas e de momentos que a própria graduação não proporciona de maneira efetiva, como a interdisciplinaridade; a importância do trabalho em equipe; e a oportunidade de visitar e conversar com profissionais e usuários de diversos pontos da rede, visualizando o funcionamento do sistema e todos os pontos que merecem um olhar diferenciado^{23,31}.

Assim, este projeto possibilita conhecer a realidade do SUS de forma participativa, a partir da reflexão crítica sobre o seu funcionamento, atuação profissional, atendimento e entendimento do usuário e pelo protagonismo estudantil²³.

Neste íterim, a interação entre estudantes de diferentes cursos de graduação, propiciado pelo Projeto VER-SUS, foi importante para um processo de aprendizagem colaborativa e de caráter interprofissional. Ou seja, os estudantes do VER-SUS compartilharam de um mesmo processo de aprendizagem com sinergia e diálogo efetivo entre eles, durante um período de tempo em imersão, para que se desenvolvessem as competências necessárias para a prática colaborativa interprofissional no SUS, pelo SUS e para o SUS.

Considerações finais

As estratégias de formação interprofissional como o VER-SUS revelam que, para a melhoria do trabalho em equipe, é preciso privilegiar relações afetuosas, na perspectiva de articulações de ações permeadas pela prática da comunicação intra e interequipe. Nessa direção, o trabalho em equipe é norteado pelo investimento na criatividade e pela busca de novos mecanismos para o aprimoramento da qualidade da produção de cuidado em saúde e da formação interprofissional.

O VER-SUS é um projeto que ressignifica ideias e concepções de profissionais unidos, capazes de lutar por um sistema de saúde público, de qualidade, que aceita a diferença do outro e contempla-o com um olhar diferenciado, mas sensível e acolhedor. É um espaço onde se vivencia que não existe apenas um único curso e que é necessária a interação e a troca de ideias com outras áreas para que se possa de fato fazer e promover saúde.

Entende-se que projetos como o VER-SUS contribuem para o aprimoramento da formação dos profissionais e trabalhadores da saúde, pois a relação entre ensino-serviço-comunidade tem proporcionado uma formação diferenciada aos acadêmicos, que passam a vivenciar os desafios da materialização do SUS e estimulam, assim, uma visão crítica para a rede de serviços no sistema. Cada vez mais se coloca em pauta a necessidade da integração entre os diversos profissionais, para que estes possam inventar e reinventar formas de atuar de forma colaborativa e interprofissional, proporcionando melhores resultados ao trabalho.

Os dias de vivência são um despertar para os estudantes, aproximando-os por meio dos vínculos criados e afetos compartilhados. Portanto, faz-se necessário que as oportunidades de formação nessa linha sejam multiplicadas, para atender às demandas sociais crescentes, contribuindo na construção de um modelo assistencial pautado nos princípios do SUS que venham a fortalecer a promoção ao cuidado integral e possibilitar que os profissionais saibam atuar em equipe, ofertando serviços resolutivos e de qualidade para a população.

Contribuições dos autores

Vitória Ferreira do Amaral, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Quitéria Larissa Teodoro Farias, Marcos Aguiar Ribeiro, David Gomes Araújo Júnior e Diógenes Farias Gomes Dias contribuíram substancialmente para a concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos aos estudantes, professores, profissionais e usuários do SUS que acreditam na potência (trans)formadora do projeto VER-SUS.

Referências

1. Jankevicius JV, Humerez DC. Conceitos básicos das diretrizes curriculares nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área da saúde [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2015 [citado 1 Out 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conceitos-basicos-das-diretrizes-curriculares-nacionais-dcns-dos-cursosd-graduacao-da-area-de-saude_36239.html.

2. ForGrad. Diretrizes curriculares para os cursos de graduação [Internet]. Brasília: MEC; 2000 [citado 10 Out 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/DocDiretoria.pdf>.
3. Silva VO, Santana PMMA. Curriculum content and Brazilian Health System (SUS): analytical categories, gaps and challenges. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):121-32.
4. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
5. Ministério da Saúde (BR). VER-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
6. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
7. Moreira COF, Dias MAS. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):300-30.
8. Silva RHA, Scapim LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011; 16(1):167-84.
9. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa [Internet]. Genebra: WHO; 2010 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf.
10. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Esp 2:16-24.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.
12. VER-SUS/Brasil. Apresentação [Internet]. Porto Alegre; 2018 [citado 17 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/versus/versus/apresentacao>.
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
14. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [citado 15 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>.
15. Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, Carvalho MS. Cadernos de textos do VER-SUS/Brasil. Porto Alegre: Rede Unida; 2013. (Coleção VER-SUS/Brasil).
16. Ministério da Educação (BR). Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial nº 2.118, de 3 de Novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*. 4 Nov 2005.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*. 4 Nov 2005.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. *Diário Oficial da União*. 27 Ago 2008.
19. Silva KL, Sena RR, Silveira MR, Tavares TS, Silva PM. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(2):380-7.
20. ForProex. Encontro de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Conceito de extensão, institucionalização e financiamento [Internet]. Brasília; 1987

[citado 10 Out 2017]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/renex/images/documentos/1987-I-Encontro-Nacional-do-FORPROEX.pdf>.

21. Amaral VF, Sales TB, Cavalcante ASP, Santos SV, Lima FBS, Monte FTP, et al. Experiência com círculo de cultura na casa acolhedora do arco. *Rev Enferm UFPE*. 2018; 12(4):1144-52.

22. Ministério da Saúde (BR). Pet-Saúde [Internet]. Brasília; 2017 [citado 16 Jun 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/674-assuntos-trabalho-e-educacao-na-saude/40522-pet-saude>.

23. Ramos TK, Nietsche EA, Salbego C, Fettermann FA, Piccin C. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde - VERSUS: relato de experiência. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10(12):4687-91.

24. Costa MVA. Educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.

25. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educar Rev*. 2011; (39):159-75.

26. Campos SWG. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

27. Ministério da Saúde (BR). Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

28. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(2):219-30.

29. Gonze GG. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas [dissertação]. Juiz de Fora, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009.

30. Ferla AA, Maranhão T, Rocha CMF, Peixoto GP, Silva IF, Barrios SG, et al. Ser, fazer, compor VER-SUS e suas caixas de colorir: riquezas das produções das vivências no SUS. In: Ferla AA, Maranhão T, Rocha CMF, Peixoto GP, Silva IF, Barrios SG, et al. *Ser Fazer Compor - VER-SUS Redes de Afetos e Conhecimentos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.

31. Weber A, Tombini LHT, Colliselli L, Albrecht CC, Macari L, Fávero FM. Vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e a formação profissional em saúde: relato de experiência. *Extensio UFSC Rev Eletr Extensao*. 2016; 13(23):112-22.

Trata-se de um relato das experiências do projeto VER-SUS no período de 2012 a 2016 no processo de formação interprofissional dos acadêmicos da área da Saúde e afins, no município de Sobral (CE). Os eixos analíticos abrangeram: construção histórica e social do VER-SUS e a experiência interprofissional no VER-SUS. Ao longo desse percurso temporal, aconteceram seis edições do projeto, que, por meio de rodas de conversas, oficinas de desenvolvimento interprofissional e devolutivas das imersões nos territórios e serviços de saúde, possibilitaram uma formação dialógica e horizontal acerca da realidade do SUS. Assim, o VER-SUS/Sobral mostrou-se uma estratégia potente por estimular a interprofissionalidade e o desenvolvimento de expertises do trabalho em saúde entre graduandos e o serviço. Para tanto, essas experiências proporcionaram espaços dialógicos para a (re)construção do saber.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação superior. Relações interprofissionais.

Mobilizing students in the Brazilian National Health System (SUS) defense: interprofessional experiences of VER-SUS - Sobral, CE, Brasil

This is an account of the experiences of VER-SUS project from 2012 to 2016 in the interprofessional education process of health academics and others in the city of Sobral, CE, Brazil. The analytical axes included: social and historical construction of VER-SUS, and interprofessional experience at VER-SUS. Six editions of the project were held during this period. Through conversation circles, interprofessional development workshops and feedback from immersions into the territories and health services, they enabled a dialogical and horizontal education in SUS' reality. Therefore, VER-SUS/Sobral proved to be a powerful strategy, since it encourages interprofessionalism and development of health work expertise between undergraduate students and the service. In order to do so, these experiences provided dialogic spaces for knowledge (re)construction.

Keywords: Brazilian National Health System. Higher education. Interprofessional relationships.

Movilizando estudiantes en defensa del Sistema Brasileño de Salud (SUS): experiencias interprofesionales del VER-SUS - Sobral, CE, Brasil

Se trata de un relato de las experiencias del proyecto VER-SUS en el período de 2012 a 2016 en el proceso de formación interprofesional de los académicos del área de la Salud y similares en el municipio de Sobral / Estado de Ceará. Los ejes analíticos incluyeron: Construcción Histórico y Social del VER-SUS y la Experiencia Interprofesional en el VER-SUS. Durante este trayecto temporal se realizaron seis ediciones del proyecto que, por medio de ruedas de conversaciones, talleres de desarrollo interprofesional y devolutivas de las inmersiones en los territorios y servicios de salud, posibilitaron una formación dialógica y horizontal sobre la realidad del SUS. Así, el VER-SUS / Sobral se mostró una estrategia robusta, por incentivar la interprofesionalidad y el desarrollo de experiencias del trabajo de salud entre los alumnos de graduación y el servicio. Para ello, esas experiencias proporcionaron espacios dialógicos para la (re)construcción del saber.

Palabras clave: Sistema Brasileño de Salud. Educación superior. Relaciones interprofesionales.

Submetido em 12/11/17. Aprovado em 04/07/18.

Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde

Ana Paula Griggio^(a)

Vivian Aline Mininel^(b)

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva^(c)

Introdução

A educação interprofissional em Saúde (EIP) é um movimento global estimulado pela Organização Mundial de Saúde¹ em prol do fortalecimento do trabalho em equipe e da colaboração nos sistemas de Saúde. É definida como a aprendizagem entre duas ou mais áreas profissionais, construída na graduação e na pós-graduação, para obtenção de melhores resultados no cuidado aos usuários^{2,3}.

A colaboração interprofissional ocorre quando profissionais de diferentes áreas trabalham juntos, com interdependência das ações, clareza dos papéis específicos, reconhecimento de objetivos comuns, valores e responsabilidades, com foco no atendimento das necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades^{1,4-7}. Os desdobramentos desta colaboração refletem na melhoria dos resultados da prática clínica e no cuidado aos usuários, no tocante à utilização dos recursos dos serviços de saúde, adesão da equipe aos protocolos clínicos recomendados, fortalecimento do trabalho colaborativo e da comunicação em equipe⁶.

O estabelecimento do trabalho interprofissional é uma potente alternativa à fragmentação da assistência à saúde e à crescente complexidade das necessidades de saúde, que requerem a comunicação e colaboração entre diferentes áreas profissionais para tomada de decisões compartilhadas sobre o cuidado, que repercutem na segurança ao paciente e na efetividade das ações^{1,2,8}.

Nesse sentido, a promoção da EIP na graduação, por meio da articulação de disciplinas ou módulos que abordem temas transversais às profissões da Saúde, deve ser fomentada nas universidades, como forma de estimular, precocemente, o trabalho colaborativo e minimizar a competitividade⁹.

No Brasil, os pressupostos da EIP fortalecem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pautados no conceito ampliado de saúde e na integralidade do cuidado, que pressupõe a articulação de ações e serviços para promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades, considerando a complexidade das necessidades de saúde e a colaboração em equipes na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Contudo, sua consolidação enfrenta

^(a) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rodovia Washington Luís, km 235. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. anap_griggio@hotmail.com

^(b, c) Departamento de Enfermagem, UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. vivian.aline@gmail.com; jaqueline.alc@gmail.com

como desafio a lógica da formação em Saúde, voltada para construção de identidades profissionais específicas isoladas, em um processo que se distancia da colaboração e do trabalho em equipe^{10,11}.

Nesse sentido, é importante reconhecer o espaço privilegiado da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS, com destaque para Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo trabalho é organizado em equipes e tem apresentado significativos avanços na articulação e colaboração interprofissional¹².

Por outro lado, no âmbito da formação profissional, nota-se o *status* incipiente da EIP e de ações para integração entre os cursos. Assim, torna-se primordial investir em estratégias para superação dessa lógica fragmentada de ensino, com iniciativas direcionadas à formação interprofissional e ao trabalho colaborativo, por meio da aprendizagem compartilhada, considerando as especificidades de cada profissão e, ao mesmo tempo, tecendo teias que superem as diferenças.

Nessa perspectiva, enfatiza-se a análise dos aspectos relacionados ao trabalho e as influências deste nos processos de adoecimento dos usuários, eixo transversal que permeia a formação de todas as profissões da Saúde. Também o próprio processo de trabalho nos serviços de saúde carece de reflexão, com olhar para a saúde dos trabalhadores, que tem se traduzido em elevadas taxas de absenteísmo e presenteísmo; sobrecarga e intensificação do ritmo de trabalho; e aumento do adoecimento e sofrimento psíquico, que comprometem a qualidade da assistência e segurança ao usuário^{13,14}.

A abordagem transversal do trabalho como um dos determinantes sociais do processo saúde-doença é necessária, a fim de se garantir a assistência resolutiva aos indivíduos e coletividades. Nesse sentido, pressupõe mudanças na formação, qualificação profissional e investimentos no diálogo com as práticas e concepções vigentes, para problematizá-las à luz da assistência integral às necessidades de saúde.

A opção por se abordar o tema trabalho na perspectiva da EIP decorre das vivências e pesquisas desenvolvidas pelas autoras sobre o assunto, que têm buscado percorrer um caminho que considera a Vigilância em Saúde do Trabalhador como atribuição do SUS na RAS e, também, como elemento indissociável da integralidade do cuidado, que deve considerar os aspectos relacionados ao trabalho em equipe interprofissional na assistência à saúde.

A formação em Saúde do Trabalhador no Brasil é um desafio, especialmente devido à pouca eficiência do formato tradicional de aulas expositivas e exercícios práticos em sala de aula, sendo necessário o engajamento de professores e profissionais dos serviços para a formação baseada na resolução de problemas da prática, considerando as necessidades e demandas da população, com uso de estratégias pedagógicas ativas¹⁵.

As mudanças no mundo do trabalho, com a incorporação tecnológica constante, intensificação do ritmo do trabalho, precarização das condições ocupacionais, flexibilização dos vínculos trabalhistas, ampliação da jornada de trabalho e perdas dos direitos do trabalhador, como consequências das mudanças nas legislações vigentes, implicam no desafio para a atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, no sentido de incorporar, de forma efetiva, conceitos, ações e paradigmas que abarquem o contexto do trabalho na promoção da saúde.

A formação em Saúde, por sua vez, enfrenta obstáculos semelhantes, no sentido de fortalecer aspectos essenciais para promoção do cuidado integral às necessidades de saúde individuais e coletivas, dentre as quais inclui-se a multidimensionalidade do trabalho, sendo considerada a partir da perspectiva da prática interprofissional.

Concernente à interprofissionalidade, a intenção é abordar o tema desde a graduação, com intuito de promover mudanças nas práticas e saberes profissionais¹⁶. Nesse sentido, acredita-se na potência da temática da Saúde do Trabalhador para promover a construção de espaços de formação compartilhada, por envolver o campo da Saúde Coletiva, abordada em todos os cursos da área da Saúde.

A abordagem dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença para a atenção integral à saúde e, entre eles, o trabalho, demonstrou-se relevante para o cenário no qual a pesquisa foi desenvolvida, especialmente pela articulação entre os diferentes atores sociais desta área e pelo desejo já demonstrado por estudantes e profissionais da RAS.

Com base nesse contexto favorável, sensível a novas abordagens, e na relevância da temática de Saúde do Trabalhador, emergiu a proposta de desenvolver uma atividade voltada para a EIP. Para

assegurar o alinhamento conceitual desta atividade com a interprofissionalidade, inicialmente foi concebida uma etapa de planejamento entre os atores envolvidos, foco deste relato de experiência.

Com vistas a possibilitar a organização do programa, definição de metodologias de ensino e aprendizagem e avaliação, foram organizadas oficinas de trabalho para fortalecer a aproximação com conceitos da EIP e estimular o diálogo e construções conjuntas entre os diferentes docentes, estudantes e profissionais envolvidos.

Assim, o objetivo deste relato é descrever a etapa de planejamento de uma atividade de EIP intitulada “Educação Interprofissional para atenção à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde”, que considerou a complementaridade dos diferentes conhecimentos e experiências profissionais em torno de um tema comum – Saúde do Trabalhador – e buscou fortalecer a formação interprofissional em uma universidade pública federal, bem como o engajamento de estudantes, docentes e trabalhadores no referido processo de colaboração.

Método

O planejamento da atividade de EIP foi alicerçado no método da pesquisa-ação, um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual o pesquisador e os participantes se envolvem de modo cooperativo e/ou participativo¹⁷.

Na pesquisa-ação, o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas, mas sim pela situação social e problemas de diversas naturezas. Os participantes desempenham um papel ativo no equacionamento das necessidades encontradas e na avaliação das ações desencadeadas¹⁷. A pesquisa-ação constitui-se em um aporte capaz de subsidiar o planejamento conjunto e a elaboração de proposições e de ações, em um diálogo crítico e problematizador das fragilidades, necessidades e mecanismos de superação, fortalecendo o envolvimento dos sujeitos com o objeto da pesquisa¹⁸.

A proposta foi desenvolvida em uma instituição pública de ensino superior, localizada no Estado de São Paulo, que contava, no ano de 2017, com 24.521 estudantes de graduação e pós-graduação, distribuídos em 66 cursos presenciais, sendo sete da área da saúde – Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Foram incluídos como participantes da pesquisa estudantes de graduação, pós-graduação e docentes dos cursos da área da Saúde que possuíam atuação ou envolvimento com as áreas de Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador e EIP, que foram convidados a participar das oficinas de trabalho. A identificação de tais participantes deu-se por meio de buscas em plataforma institucional, utilizando-se os assuntos mencionados, e os convites foram realizados por meio de correio eletrônico.

Vinte docentes foram convidados a participar do planejamento da atividade; porém, muitos declinaram devido à dificuldade em conciliar os horários, embora tenham destacado a importância e interesse em colaborar com o processo. Participaram de todas as oficinas seis docentes – sendo duas fisioterapeutas, uma educadora física e três enfermeiras –, uma estudante de graduação e uma estudante de pós-graduação, ambas do curso de Enfermagem. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁹.

Cabe ressaltar que, apesar da baixa adesão entre os docentes, limitação deste estudo que previa a participação de, pelo menos, um docente de cada curso da área da Saúde, não houve prejuízos na construção interprofissional, uma vez que estiveram presentes três profissões da área da Saúde.

O planejamento na pesquisa-ação é flexível, possibilitando diversos caminhos para sua organização e execução¹⁷. Com base nesta premissa, as oficinas de trabalho foram inicialmente estruturadas considerando as etapas para desenho curricular propostas por Janet Grant²⁰, com os seguintes objetivos:

1. Definição dos objetivos de aprendizagem nas grandes competências: definir os objetivos almejados no fim da atividade, ou seja, quais conhecimentos específicos, habilidades e atitudes deverão ser alcançados.

2. Definição das experiências profissionais: definir, a partir das vivências profissionais de cada participante, como os objetivos serão atingidos e quais serão os temas discutidos no decorrer da atividade. Vale ressaltar que há necessidade de integração entre os profissionais e os temas para que, no fim da atividade, as competências desenvolvidas sejam comuns e integradas, visando à interprofissionalidade e ao trabalho em equipe.

3. Estruturação da atividade de EIP e dos sistemas de avaliação: definir o desenvolvimento e implementação da atividade, qual será a estrutura, período de duração, metodologias de aprendizado, estratégias pedagógicas utilizadas e como serão realizadas as avaliações da atividade e do grupo.

Para contemplar as etapas descritas, foram realizadas cinco oficinas de trabalho com duração de, aproximadamente, duas horas cada. As oficinas ocorreram no mês de setembro de 2017, ancoradas nos preceitos da EIP e no trabalho colaborativo. Além dos participantes, contaram com a participação de uma moderadora, papel assumido por uma docente da universidade, com ampla experiência em pesquisas relacionadas aos temas e na moderação de grupos, responsável por disparar o tema e facilitar a discussão; e com uma observadora-participante, função assumida por uma estudante de pós-graduação, cuja atribuição foi sistematizar os dados coletados em um diário de campo. Tanto a moderadora quanto a observadora são responsáveis pelo estudo ora apresentado e apropriaram-se dos referenciais teóricos e metodológicos implicados para desempenho das funções.

Optou-se por registrar os dados em um diário de campo, instrumento muito utilizado em registros de observação por possibilitar o monitoramento de informações e compreensões levantadas pela observadora-participante durante os encontros, permitindo o registro e consulta dos dados a qualquer momento²¹. Os dados registrados foram analisados, compilados, compartilhados e validados pelo grupo ao término de cada encontro, presencialmente ou a distância.

Esta pesquisa seguiu os preceitos da Resolução 510/2016¹⁹, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo nº 2.291.292 e CAAE nº 68957817.5.0000.5504.

Resultados e discussão

As oficinas possibilitaram a construção das competências interprofissionais, dos objetivos de aprendizagem e das estratégias pedagógicas e de avaliação a serem desenvolvidas na atividade de EIP, que será implementada com a participação de estudantes e profissionais de diferentes áreas da Saúde, considerando a carga horária de sessenta horas, subdividida em 15 encontros semanais de quatro horas.

A primeira oficina de trabalho teve como objetivo a apresentação e reflexão sobre os aspectos teórico-metodológicos que subsidiam a proposta de trabalho, perpassando pelas seguintes temáticas: EIP, Saúde do Trabalhador, Integralidade do cuidado e Trabalho colaborativo. O alinhamento teórico-conceitual do grupo foi estruturado a partir do levantamento de conhecimentos prévios dos participantes sobre os temas, que destacaram a relevância do trabalho em equipe, integração de ações, comunicação, respeito e reconhecimento dos papéis profissionais, compreensão do processo de trabalho, centralidade do usuário nas ações de saúde, cuidado integral e troca de conhecimentos.

Os aspectos apontados pelos participantes estão alinhados às competências para a prática interprofissional colaborativa apresentadas no referencial teórico de competências interprofissionais da Canadian Interprofessional Health Collaborative⁵, como a participação dos usuários, famílias e comunidades; comunicação interprofissional; clarificação de papéis profissionais; funcionamento das equipes; liderança colaborativa; e resolução de conflitos.

Durante a roda de conversa, foram esclarecidas as diferenças conceituais entre os termos interprofissionalidade e interdisciplinaridade, tratados como sinônimos por alguns participantes. A interdisciplinaridade refere-se à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, enquanto a interprofissionalidade diz respeito à prática profissional, na qual se desenvolve o trabalho em equipes de saúde¹². A confusão entre esses termos ainda é muito comum no meio acadêmico e a compreensão de ambos foi de extrema relevância para avanços na proposta interprofissional.

Os participantes ressaltaram que, pelo fato de a atividade de EIP prever a participação de

estudantes de graduação e pós-graduação de todos os cursos da Saúde, profissionais da RAS e usuários, torna-se primordial a identificação dos saberes comuns necessários para o cuidado do trabalhador no âmbito da APS. Avaliaram a potência desta proposta inovadora de construção coletiva, enfatizando a pertinência dos temas abordados, a oportunidade de aprendizagem, as contribuições pessoais, profissionais e os desafios para pensar em competências interprofissionais.

Embora o movimento da EIP seja incipiente na realidade brasileira, ocorreram importantes avanços nos últimos anos. Em 2016, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde realizaram uma reunião técnica com os países da região das Américas, incluindo o Brasil, para identificar possibilidades para a educação e o trabalho interprofissional¹⁶.

Em 2017, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), elaborou um plano nacional para a implementação da EIP com cinco linhas de ação: EIP como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em Saúde; levantamento das iniciativas no Brasil; desenvolvimento docente; fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP; e incorporação nos espaços de educação permanente em saúde¹⁶.

A segunda e terceira oficinas de trabalho tiveram como foco a construção de competências interprofissionais para atenção à saúde do trabalhador na APS, por meio da definição de ações que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes. As ações identificadas foram: (i) cuidado na perspectiva da integralidade, (ii) trabalho como determinante social do processo de adoecimento e (III) trabalho em equipe interprofissional.

Os participantes apontaram que a tônica da atividade deve ser “o cuidado na perspectiva da integralidade”, a partir da promoção da saúde e prevenção de doenças, em um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos²² na RAS, considerando os múltiplos fatores que influenciam a saúde dos usuários, ressaltando-se o trabalho.

A integralidade como modo de organização das práticas exige uma horizontalização de processos verticais, superando a fragmentação das atividades desenvolvidas no interior das unidades de saúde a partir das demandas programadas e espontâneas para aplicação de protocolos, identificação de situações de risco à saúde e implantação de ações coletivas junto com a comunidade²².

As referidas práticas integradas nos serviços e na RAS reforçam a importância da complementaridade dos papéis profissionais e da colaboração interprofissional para a atenção ampliada às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades frente aos determinantes do processo saúde-doença.

O grupo enfatizou a necessidade de a atividade contemplar momentos de sensibilização para aspectos relacionados à própria saúde, com o reconhecimento de si enquanto trabalhador e de seu contexto de trabalho como potencializador da saúde ou doença, salientando a importância da compreensão do “trabalho como determinante social do processo de adoecimento”. Tal estratégia também contribuirá para abordagem da empatia, também destacada pelo grupo e considerada primordial ao cuidado integral, pois, ao se colocar no lugar do outro, é possível acolhê-lo e buscar compreendê-lo em sua complexidade^{22,23}.

O reconhecimento das implicações do ambiente laboral na saúde dos indivíduos, bem como do nexos causal do trabalho no adoecimento, requer a articulação interprofissional em equipes, de modo que os saberes complementares dos profissionais possam contribuir para análise conjunta das manifestações clínicas, a partir da inserção social no trabalho e dinâmica de vida.

Para a compreensão das influências do trabalho na saúde dos usuários foi apontada a necessidade de investigação sobre a vida laboral do usuário, considerando os fatores de riscos presentes no ambiente ocupacional e a definição do nexos causal, ainda que de forma incipiente. O reconhecimento das repercussões do trabalho na saúde dos indivíduos é uma atribuição de todos os profissionais da saúde, que devem buscar a resolutividade da demanda e responsabilização da equipe do serviço, com ações que previnam a cronicidade dos casos de adoecimento e os encaminhamentos desnecessários²⁴.

Alguns profissionais de Saúde reconhecem a relação trabalho-saúde-doença em suas práticas diárias. Contudo, enfrentam dificuldades para desenvolver ações de promoção, prevenção e vigilância, decorrentes de raízes históricas e da frágil formação dos profissionais de Saúde para reconhecer o trabalho como um importante determinante do processo saúde-doença²⁵.

Apesar dos avanços significativos no campo conceitual, que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional²⁶. Na reflexão crítica, quanto à limitação destes modelos vigentes, surgem novas formas de apreender a relação trabalho-saúde, de intervir nos ambientes de trabalho e, conseqüentemente, de se introduzir práticas de atenção à saúde do trabalhador no bojo das propostas da Reforma Sanitária²⁶.

Essa nova vertente, ainda não completamente incorporada nos serviços da RAS, carece de discussões na formação profissional, no sentido de imbuir futuros trabalhadores desta responsabilidade na APS, que deve ser assumida de forma integral, interprofissional, colaborativa e intersetorial. Desse modo, espera-se que a abordagem ampliada das necessidades de saúde dos usuários-trabalhadores seja realizada por profissionais de diferentes áreas que trabalham juntos, no âmbito da APS e articulados com outros serviços da RAS e de outros setores, sempre que houver demandas.

O trabalho em equipe, ressaltado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em Saúde, tem como atributos o foco no usuário, o estabelecimento de objetivos comuns, interdependência, complementaridade das ações, corresponsabilização, reconhecimento do trabalho do outro e comunicação efetiva¹⁶. As características mencionadas possibilitam a colaboração interprofissional, indispensável para a atenção à integral saúde dos trabalhadores, que, além dos profissionais da RAS, também envolve articulação intersetorial com outros órgãos, como os serviços de assistência e previdência social.

Uma importante ação que pode ser realizada em equipe interprofissional, de modo colaborativo, é o acolhimento, definido a partir do reconhecimento e compromisso da singularidade das necessidades de saúde dos usuários^{27,28}. Foi mencionado pelos participantes das oficinas como um processo que depende da escuta qualificada e da comunicação efetiva, habilidades necessárias aos profissionais de saúde, que consistem em atributos da Política Nacional de Humanização.

Após as reflexões sobre os temas abordados nas oficinas, foi notável a preocupação em se ampliar as discussões concernentes à compreensão da saúde do trabalhador como atribuição do SUS, desconstruindo-se o paradigma da Medicina Ocupacional e do modelo centrado no médico para incorporação das questões de saúde do trabalhador em prol do fortalecimento e corresponsabilização da equipe interprofissional da APS.

Com base nas discussões e construções das oficinas, foram definidas as seguintes competências interprofissionais para atenção à saúde dos trabalhadores na APS (Quadro 1).

Quadro 1. Competências interprofissionais e respectivas definições

Competência	Definição	Objetivos
Integralidade do cuidado	Compreender as múltiplas dimensões do cuidado, que envolvem a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, recuperação e vigilância em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compreender a determinação social do processo saúde-doença. ○ Reconhecer o perfil epidemiológico e produtivo da população adscrita ao território. ○ Compreender a estrutura da RAS e o sistema de referência e contrarreferência dos usuários.
Trabalho como determinante social do processo saúde-doença	Compreender o trabalho como um dos determinantes do processo de adoecimento dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconhecer as bases do modelo de atenção à saúde brasileiro. ○ Compreender a estrutura e acesso à RAS.
Trabalho em equipe interprofissional	Compreender que o trabalho em equipe interprofissional se estabelece por meio da comunicação efetiva e da complementaridade das ações entre os profissionais de diferentes áreas, organizados com objetivos comuns.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilizar os participantes sobre seu papel e dos diferentes profissionais na APS, com ênfase na saúde do trabalhador. ○ Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe interprofissional, como comunicação, foco nas necessidades dos usuários, resolução de conflitos, liderança compartilhada e reconhecimento de papéis profissionais. ○ Estabelecer objetivos comuns relacionados à atenção à saúde do trabalhador. ○ Desenvolver a prática colaborativa na atenção à saúde dos trabalhadores, por meio da discussão e análise conjunta dos casos.

Fonte: as autoras.

É relevante considerar que as três competências definidas pelo grupo de trabalho estão alinhadas com os seis grandes domínios de competências na área de Saúde Pública, definidos pela Associação de Escolas de Saúde Pública da Região Europeia, a saber: (i) métodos para saúde pública, como epidemiologia; (ii) saúde das populações e determinantes sociais e econômicos; (iii) saúde das populações e determinantes ambientais; (iv) políticas de saúde, gestão dos serviços de saúde e economia da saúde; (v) promoção da saúde: educação em saúde, proteção da saúde e prevenção de doenças e; (vi) ética²⁹.

Organizações internacionais relevantes e a academia concordam na importância da modernização do conceito de ensino, com base em competências principais para a Saúde Pública, que deveriam conduzir a níveis de desempenho esperados³⁰. Isso reforça o caminho percorrido nesta pesquisa, que, apesar dos desafios encontrados na construção coletiva, buscou avançar no reconhecimento das competências profissionais comuns para atenção ao trabalhador na APS.

Assim, a quarta e quinta oficinas de trabalho tiveram como objetivo definir a estrutura da atividade de EIP, metodologias de aprendizagem, estratégias pedagógicas, avaliações da aprendizagem e da disciplina. A partir das competências e objetivos elaborados, as estratégias mais apropriadas para cada atividade foram construídas, com ênfase na interação dos participantes.

Optar por métodos de aprendizado interativos é um dos requisitos para o sucesso da EIP e pode incluir seminários, observação, problematização, simulação, práticas clínicas, discussões de caso, aprendizagem on-line e ensino misto semipresencial³.

Foram definidas como estratégias para implementação da atividade: dinâmicas para estímulo da EIP e do trabalho em equipe colaborativo; oficinas de trabalho; rodas de conversa; cineviagem e vídeos como disparadores de discussão; sala de aula invertida; fórum de discussão on-line e discussões presenciais, pressupondo a participação ativa dos estudantes.

Como estratégia principal de avaliação da aprendizagem, foi proposto um estudo de caso sobre a atenção de um trabalhador na RAS, com o objetivo de oportunizar o acompanhamento de um caso na realidade da prática profissional, contemplando a identificação dos aspectos relacionados ao trabalho (perfil laboral, riscos relacionados ao trabalho, perfil epidemiológico) e a relação deste caso com os tópicos abordados na disciplina. Para avaliação do programa, foi construído um formulário de *feedback* com questões abertas e fechadas, sendo as últimas com opções em escala *likert* de cinco pontos.

A finalidade da atividade planejada foi construir um espaço de ensino-aprendizagem interprofissional para que estudantes e profissionais tivessem oportunidades de interação e reflexão sobre o cuidado colaborativo aos usuários atendidos na APS. Ao mesmo tempo, entende-se que a atividade proposta possibilitou constituir um espaço potente para disseminação da EIP e estímulo ao desenvolvimento docente sobre a temática, a fim de que seja implementada em outros momentos da formação na Instituição de Ensino Superior (IES).

A literatura aponta que o avanço e sustentabilidade da EIP requer apoio organizacional⁶ e, nesse sentido, pode-se afirmar que a IES do presente estudo tem estimulado e valorizado oportunidades de integração entre os cursos em ações extracurriculares, mas ainda é necessário avançar para espaços curriculares com previsão de tempo e horários comuns para práticas integradas em sala de aula e nos campos de prática.

Entende-se que a iniciativa proposta constituirá um elemento que reforçará a disseminação da EIP na IES com vistas a futuras ofertas de atividades curriculares integradas. Avanços no modelo de formação das profissões de Saúde são necessários para atender às demandas de saúde dos usuários, que cada vez mais exigem integração de saberes e ações.

O sucesso na implementação da EIP requer liderança em múltiplos níveis, tanto no cenário da academia quanto no da prática. Isso implica na promoção de inovações curriculares, proporcionando o desenvolvimento de competências interprofissionais e aumento da prática interdisciplinar, assegurando alinhamento do currículo com a prática profissional. Requer, ainda, o posicionamento das instituições de ensino para inclusão da EIP como padrão nos currículos³¹.

Considerações finais

A construção coletiva de uma atividade de EIP, por meio do planejamento desenvolvido em oficinas de trabalho e com a participação de diferentes áreas profissionais, foi uma experiência pioneira na IES, avaliada como inovadora e relevante para a formação interprofissional e a prática colaborativa.

O olhar para as competências comuns às profissões da Saúde para atenção integral às necessidades da população trabalhadora na APS demonstrou-se em um desafio para o grupo de trabalho, que reuniu esforços para superar tal obstáculo, demonstrando a potência do trabalho em equipe colaborativo.

O produto final deste planejamento resultou em uma atividade consistente, concebida por múltiplos olhares, experiências, conhecimentos e perspectivas, que não obteria tamanha riqueza se planejada isoladamente, por um único grupo profissional.

Espera-se, com este relato de experiência, disseminar as potencialidades da construção coletiva, considerando diferentes perspectivas e o olhar interprofissional sobre temas transversais às profissões, como a Saúde do Trabalhador.

Ressalta-se a importância do envolvimento de profissionais dos serviços de saúde da RAS para a construção de propostas de planejamento de ensino no SUS, assim como a escuta dos usuários no processo. Tal aspecto não foi contemplado na experiência relatada, mas foi vislumbrado pelas coordenadoras da atividade, que planejam realizar oficinas com trabalhadores e usuários para o aprimoramento futuro da proposta. O engajamento dos referidos sujeitos sociais pode promover a construção de ações de formação em Saúde alinhadas às reais necessidades identificadas no cotidiano dos serviços, fortalecendo a articulação ensino-serviço-comunidade no SUS.

Contribuições dos autores

Ana Paula Griggio e Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva participaram da coleta, análise e discussão dos dados; da redação integral do manuscrito; de suas respectivas revisões; e da aprovação da versão final do trabalho. Vivian Aline Mininel participou da concepção do estudo; da coleta, análise e discussão dos dados; da redação integral do manuscrito e de suas respectivas revisões; e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. 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/.
2. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, et al. A BEME systematic review of the effects of inter professional education: BEME Guide No.39. *Med Teach*. 2016; 38(7):656-68.
3. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-97.
4. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:188-201.

5. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010 [citado 10 Out 2017]. Disponível em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.
6. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 22(6):CD000072.
7. Morgan S, Pullon S, Mckinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(7):1217-30.
8. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
9. Khabaz MM, Ahmady S, Soltani ASK, Bigdeli S. Interprofessional education in the integrated medical education and health care system: a content analysis. *J Adv Med Educ Prof*. 2016; 4(3):103-10.
10. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
11. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.
12. Peduzzi M, Norman JJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
13. Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS. Indicadores da saúde e segurança no trabalho: fontes de dados e aplicações. Brasília: Ipea; 2011. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(11):3445-6.
14. Chiodi MB, Marziale MHP, Mondadori RM, Robazzi MLCC. Acidentes registrados no centro de referência em saúde do trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Gauch Enferm*. 2010; 31(2):211-7.
15. Machado JMH, Souza CAV, Santana V, Fernite S, Campos A, Neto RV, et al. 2º inventário de saúde do trabalhador 2010-2011: acompanhamento da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2010-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal da Bahia; 2013.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
17. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
18. Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM, Machado MFAS, Machado MMT, Bezerra MGV. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):301-14.
19. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*. 24 Maio 2016; sec. 1, p. 46.
20. Grant J. Principles of curriculum design. In: Swanwick T, editor. *Understanding medical education: evidency, theory and practice*. 2a ed. Malden: Wiley Blackwell; 2014. p. 31-46.

21. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
22. Pinheiro R. Integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.
23. Terezam R, Reis-Queiroz J, Hoga LAK. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(3):669-70.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. 24 Ago 2012; sec. 1.
25. Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na Atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):273-88.
26. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cad Saude Publica*. 1997; 13 Supl 2:21-32.
27. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Sys Rev*. 2013; 28(3):CD002213.
28. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
29. Birt C, Foldspang A. European core competences for MPH education (ECCMPHE). Brussels: ASPHER; 2011.
30. Bjegovic-Mikanovic V, Jovic-Vranes A, Czabanowska K, Otok R. Education for public health in Europe and its global outreach. *Glob Health Action*. 2014; 7:23570.
31. Hearth C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. *Medicine*. 2017; 96(38):e7336.

O objetivo deste relato de experiência é descrever a etapa de planejamento de uma atividade intitulada “Educação Interprofissional para Atenção à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde”, que teve como objetivo a formação de estudantes e profissionais para atenção integral à saúde dos trabalhadores. O planejamento embasou-se no referencial da pesquisa-ação, com a participação de docentes e estudantes de cursos da área da Saúde de uma universidade pública federal, em oficinas semanais. Os dados foram coletados por meio da observação participante e registrados em diários de campo, cujas sínteses foram validadas pelo grupo de trabalho. Espera-se, com este relato de experiência, disseminar as potencialidades da construção coletiva de uma atividade interprofissional, considerando diferentes perspectivas e olhares sobre temas transversais na formação em Saúde, como a Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Relações interprofissionais. Educação superior. Saúde do trabalhador.

Planning an interprofessional education activity for healthcare professions

This manuscript aims to describe the planning stage of an activity named “Interprofessional Education for workers’ health in primary care”, which aims education and training undergraduate students and healthcare services professionals on comprehensive workers’ healthcare. Planning stage was based on Action Research framework, with the participation of faculties and students from different health courses from a federal university, in weekly workshops. Data were gathered through participative observation and registered in a field diary, which was synthesized and then validated by the group. From this experience, we expect to share the potentialities of construction of an Interprofessional Education activity, regarding different perspectives and views from transversal issues in education for healthcare professions, as workers’ health.

Keywords: Comprehensive healthcare. Interprofessional relations. Higher education. Workers’ health.

Planificación de una actividad de educación interprofesional para las profesiones de la Salud

El objetivo de este relato de experiencia es describir la etapa de planificación de una actividad titulada “Educaçión Interprofesional para la Atenci3n a la Salud del Trabajador en la Atenci3n Primaria de la Salud”, cuyo objetivo fue la formaci3n de estudiantes y profesionales para atenci3n integral a la salud de los trabajadores. La planificaci3n tuvo como base la referencia de la Investigaci3n-Acci3n con la participaci3n de docentes y estudiantes de cursos del 3rea de la Salud de una universidad p3blica federal, en talleres semanales. Los datos se recogieron por medio de la observaci3n participantes y registrados en diarios de campo, cuyas s3ntesis fueron validadas por el grupo de trabajo. Se espera, con este relato de experiencia, difundir las potencialidades de la construcci3n colectiva de una actividad interprofesional, considerando diferentes perspectivas y miradas sobre temas transversales en la formaci3n en Salud, tales como la Salud del Trabajador.

Palabras clave: Integralidad en salud. Relaciones interprofesionales. Educaci3n superior. Salud del trabajador.

Submetido em 09/11/17. Aprovado em 27/04/18.

APOIO/SPONSOR/APOYO

Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar -
Famesp
Pró-Reitoria de Pesquisa/Unesp
Fundação para o Vestibular da Unesp - Vunesp
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior (Capes)
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
(SGTES), Ministério da Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN

- . Web of Sciences
(Emerging Sources Citation Index, ESCI)
<http://clarivate.com/products/web-of-science>
- . Scopus - <http://info.scopus.com>
- . Red de Revistas Científicas de América Latina y el
Caribe, España y Portugal
<http://redalyc.uaemex.mx/>
- . DOAJ - Directory of Open Access Journal
<http://www.doaj.org>
- . LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em
Ciências da Saúde
<http://www.bireme.org>
- . LATINDEX - Sistema Regional de Información en
Línea para Revistas Científicas de América Latina, el
Caribe, España y Portugal
<http://www.latindex.unam.mx>
- . CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales
y Humanidades
<http://www.dgbiblio.unam.mx>
- . Índice de Revistas de Educación Superior e
Investigación Educativa (Iresie)
[http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas_analizadas.
php](http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas_analizadas.php)
- . SciELO Brasil/SciELO Social Sciences
<http://www.scielo.br/icse>
- . SciELO Citation Index (Thomson Reuters)
<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>
- . Google Academic
<http://scholar.google.com.br>
- . Free Medical Journals
<http://www.freemedicaljournals.com>

TEXTO COMPLETO EM

- . <<http://www.scielo.br/icse>>
- . <<http://www.interface.org.br>>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/nº - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

INTERFACE

Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy