



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM
SAÚDE: ANÁLISE DO PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO (PET-
SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA)**

LUIZA CELA DE ARRUDA COELHO

SOBRAL - CE

2013

LUISA CELA DE ARRUDA COELHO

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM
SAÚDE: ANÁLISE DO PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO (PET-
SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA) A PARTIR DA EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

SOBRAL - CE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C617 Coelho, Luisa Cela de Arruda.

Educação Interprofissional na Formação Superior em Saúde : Análise de Programa Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA) / Luisa Cela de Arruda Coelho. – 2013.
168 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.

Orientação: Profa. Dra. Prof. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

1. Educação Interprofissional. 2. Formação em Saúde. 3. Saúde de Família. I. Título.

CDD 610

LUISA CELA DE ARRUDA COELHO

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM
SAÚDE: ANÁLISE DO PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO (PET-
SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Aprovado em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Francisco Loiola
Faculdade de Montreal

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Profa. Dra. Maristela Osawa
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

AGRADECIMENTOS

Muitos são aqueles que contribuíram para a construção deste trabalho. Acredito fortemente que nenhuma produção na vida é fruto de um esforço exclusivamente individual. Agradecer, para mim, significa expressar o profundo sentimento de amor e solidariedade que cultivo em cada relação que estabeleço com as pessoas que tenho perto de mim.

Sou grata a muitas pessoas... Aqui me remeto apenas a algumas delas.

Grata à Ivana Barreto, minha orientadora, pelo apoio, paciência e compreensão. Em alguns momentos, acreditou em mim até mais do que eu mesma, sendo uma presença constante na condução de todo o trabalho. Ensinou-me muito sobre a saúde e a ciência.

Sou grata ao Prof. Loiola, pelas contribuições tecidas ao trabalho desde a qualificação. Prof^a Socorro Dias, pelas contribuições à minha pesquisa e pela prazerosa experiência de trabalho com a qual aprendi bastante. E à Prof^a Maristela, pela disponibilidade de contribuir com meu trabalho.

Grata aos colegas e professores do MASF por todas as trocas estabelecidas em nossas disciplinas ao longo do primeiro ano do curso. Confesso que gostaria que tivéssemos mais oportunidades de conversar, era sempre muito prazeroso e enriquecedor. Em especial ao Pedro e à Doralice, com quem partilhei deliciosas e intermináveis conversas sobre a vida. Dora, você é uma daquelas pessoas que dá gosto de conhecer. E também à Amélia Romana e Alanny Rocha, com que compartilhei muito de toda a produção do trabalho, as angústias, dificuldades, minhas parceiras de orientação, foi bom conhecê-las, nos encontramos por aí!

Grata à amizade especial de algumas pessoas, sem esta irmandade nada teria sido possível, Nara Goes, Andrezza Aguiar, Isabela Pontes, Emanuelle Rocha, Vladyson Viana, Pedro Santos, Xauí Peixoto, André Brayner, Milena Pitombeira, Steffanne Ribeiro, Larissa Rocha, muita gratidão por vocês fazerem parte da minha vida

e cuidarem de mim com tanto amor. Tem também uns amores que não encontro fisicamente com tanta frequência, o que não diminui em nada a energia que sinto chegar diariamente em meu corpo e que me fortalece e me anima, Carol Pinheiro, Marília Studart, Úrsula Gomes, Rafaela Medeiros, gratidão à vida por ter feito cruzar nossos caminhos em um lugar tão bom e bonito como aquela psicologia UFC e aquele NUCOM, grata a vocês.

Grata, em nome de Verônica Ximenes, aos meus companheir@s do NUCOM! Compartilho com vocês um sonho muito bonito, “Participar de forma de viver mais belas, justas, simples, amorosas, saudáveis e felizes. Afirmção da vida, coerência, cuidado com as pessoas, dialogicidade, construção conjunta, práxis, disposição para aprender a fazer do trabalho um ato de amor, equilíbrio entre pensar, fazer e sentir. Construir conhecimento comprometido, recriar ideias, sentir-se útil, sonhar, renovar continuamente a disposição de mudar o mundo”. Vocês me constituem!

Grata a toda a Equipe da Residência Integrada em Saúde da ESP/CE, que é hoje o grupo de pessoas com as quais partilho meus dias na construção de um trabalho implicado e com quem tenho aprendido muito a cada dia de convivência. Quero agradecer pelo apoio de todos vocês, principalmente nos últimos dias para o fechamento da dissertação. Faço isso em nome da Amanda Frota, coordenadora da Equipe, e da Rosane Lucca, minha parceira na Saúde Coletiva, pessoas que fazem o caminhar da vida acontecer de uma forma mais bonita.

Muito Grata à Gisele Soares e à Ana Luisa, queridas, vocês são lindas! E, de certa forma, compartilham comigo e com a Ivana a autoria deste trabalho. Isso é amor.

Sou grata à Lurdinha, que cuida de mim desde que nasci. E hoje cuida também dos meus filhos. Você me ensinou a beleza e a força da fé.

Muita gratidão à minha família! Em especial a meu pai, minha mãe, minhas irmãs e meu irmão, que são minha alma. E uma gratidão espalhada para primos, primas, tios, tias, avó, avô. São pessoas que fazem minha vida valer a pena. São pessoas que sempre estarão ao meu lado. São pessoas que criam meus filhos junto comigo e, sem as quais, eu nem existiria, quanto mais sobreviveria. Gratidão por me fazerem o que sou!

Gratidão por me ensinarem a viver a vida de um jeito bom e alegre de viver! Gratidão por me ensinarem a beleza da simplicidade, do amor, da fraternidade e do encontro!

Gratidão profunda aos meus pequenos Ernesto e Bernardo. Que transformaram minha existência com toda a intensidade do mais puro amor. Que me fazem ser cada dia melhor. Que iluminam o caminho que devo trilhar. Que são minha alma.

*A ciência precisa perder o medo do afeto,
precisamos ousar mais neste sentido.*

*A teoria em si [...] não transforma o mundo.
Pode contribuir para sua transformação,
mas para isso tem que sair de si mesma, e,
em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar,
com seus atos reais, efetivos, tal transformação.
Entre a teoria e a atividade prática transformadora
se insere um trabalho de educação das consciências
[...] uma teoria só é prática na medida em que materializa,
através de uma série de mediações o que antes só existia idealmente,
como conhecimento da realidade
ou antecipação ideal de sua transformação.*

Sánchez Vázquez (1977, p. 206-207)

RESUMO

Estuda-se o PET-Saúde/Saúde da Família, iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial interprofissionais na Estratégia Saúde da Família. Insere-se no âmbito das estratégias que visam promover mudanças na formação dos profissionais de saúde. O objetivo do trabalho é analisar as evidências de atividades de educação interprofissional no desenvolvimento do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde/Saúde da Família). Trata-se de pesquisa qualitativa com caráter compreensivo, com base nas formulações teóricas da Educação Interprofissional e da Educação Superior na Saúde. Utilizamos a Análise Documental tendo como fonte de dados os Relatórios Finais enviados pelos coordenadores dos Programas ao Ministério da Saúde. O edital nº 18/2009 selecionou 111 projetos que congregam 484 grupos PET-Saúde provenientes de todas as regiões do Brasil, frutos da parceria entre instituições de ensino, secretarias municipais de saúde (SMS), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Estes projetos foram desenvolvidos ao longo dos anos de 2010 e 2011 e constituem o universo da nossa pesquisa. Utilizamos três categorias em nossa análise: interação entre estudantes de diferentes cursos, articulação ensino-serviço e metodologias ativas de ensino. Os resultados mostram que há indícios de que o PET-Saúde/SF constitui-se como estratégia que induz a utilização da educação interprofissional enquanto estratégia pedagógica para fomentar uma prática colaborativa entre profissionais de diferentes categorias. O PET-Saúde, neste sentido, parece ter sido uma iniciativa acertada, uma vez que procura desenvolver nos futuros trabalhadores da saúde as competências necessárias para enfrentar os desafios do sistema de saúde e a sensibilidade necessária para fortalecer o compromisso com a saúde do público.

Palavras-Chave: Educação Interprofissional. Formação em Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Studies the PET-Saúde/Saúde Family, an initiative of the Ministries of Health and Education, established by Ministerial Decree No. 1,802, of August 26, 2008 aimed at promoting inter-group tutorial learning in the Family Health Strategy. Falls within the strategies to promote changes in the training of health professionals. The objective is to analyze the evidence of interprofessional education activities in the development of the Education Program for Work in Health / Family Health (Family PET-Saúde/Saúde). It is a qualitative research with comprehensive character, based on theoretical formulations of Interprofessional Education and Higher Education in Health used the Document Analysis as a data source with the final reports submitted by the coordinators of the programs to the Ministry of Health The edict No. 18/2009 111 selected projects that bring together 484 PET-Health groups from all regions of Brazil, the fruits of the partnership between educational institutions, municipal health (SMS), the Ministry of Health and Ministry of Education of these projects have been developed Throughout the years of 2010 and 2011 and constitute the universe of our research. We use three categories in our analysis: interaction between students from different courses, teaching-service and active teaching methods-The results show that there is evidence that PET-Saúde/SF constitutes a strategy that induces the use of interprofessional education while pedagogical strategy to foster a collaborative practice between professionals of different categories. The PET-Health in this sense seems to have been an initiative hits since it seeks to develop in future health workers the necessary skills to meet the challenges of the health system and the sensitivity needed to strengthen the commitment to the health of the public.

Keywords: Interprofessional Education. Training Health. Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGES - Departamento da Educação na Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IES – Instituição de Ensino Superior

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PET-SAÚDE/SF – Programa de Educação pelo Trabalho/ Saúde da Família

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

SEGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das “Casinhas Paralelas”.....	35
Figura 2 - A construção da interdisciplinaridade na Estratégia de Saúde da Família.....	37
Figura 3 - Modelos de currículos educacionais. Fonte: Frenk et al (2010).....	42
Figura 4 - Modelos educacionais. Fonte: Frenk et al (2010).....	56/57
Figura 5 – Espectro da Educação Interprofissional.....	81
Figura 6 - Espiral da complexidade do Sistema Municipal de Saúde-Escola e o matriciamento das redes assistenciais.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Competências e objetivos da educação interprofissional.....	70
Quadro 2 - Lista de IES que não enviaram o Relatório Final do Programa PET-Saúde/SF.....	95
Quadro 3 - Projetos PET-Saúde que envolviam apenas o curso de medicina.....	96
Quadro 4 - Lista de relatórios por região e instituições responsáveis.....	97
Quadro 5 - Eixos e vetores do Pró-Saúde (FÔNSECA, 2012).....	117

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos cursos da saúde nos projetos PET-Saúde/SF selecionados nos anos de 2009 e 2010/2011.....92

Gráfico 2 - Distribuição por Estado dos projetos PET-Saúde/SF selecionados.....93

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO: EDUCAÇÃO PARA A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	14
2. FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	21
2.1 Reformas na educação dos profissionais de saúde.....	25
2.2 A Estratégia de Saúde da Família e sua repercussão nas necessidades de formação profissional em saúde.....	32
2.3 Movimentos de mudanças da formação profissional em saúde.....	43
3. SAÚDE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: DIÁLOGOS POTENTES.....	53
3.1 Desvelando a Educação Interprofissional: história, conceito, propósitos, estratégias e resultados.....	58
4. OBJETIVOS.....	84
5. PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	85
5.1 Escolha metodológica.....	85
5.2 Exploração do campo de pesquisa.....	87
5.2.1 Revisão bibliográfica sistemática.....	87
5.2.2 Objeto do estudo.....	89
5.2.3 Definição da amostra.....	91
5.3 Análise dos dados.....	93
5.4 Cuidados éticos.....	104
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	106
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
8. REFERÊNCIAS.....	157

1. APRESENTAÇÃO: EDUCAÇÃO PARA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Ao longo do século XX, a humanidade vivenciou uma série de transformações com impactos em todos os âmbitos da vida em sociedade. O aprofundamento do processo de globalização, a emergência da sociedade contemporânea, também chamada de sociedade do conhecimento e da comunicação, a revolução cibernética e tecnológica, todas estas mudanças, ao mesmo tempo em que impulsionaram o desenvolvimento da ciência, que encurtaram as distâncias entre os povos e fizeram evidenciar a diversidade existente no mundo, promoveram também o aumento crescente das iniquidades e injustiças sociais, exacerbando as distâncias existentes entre os povos e os países. De acordo com Boff (2009, p. 17) “o projeto de crescimento material ilimitado, mundialmente integrado, sacrifica 2/3 da humanidade, extenua recursos da terra e compromete o futuro das gerações vindouras”.

No setor saúde não se fez diferente. A emergência da ciência moderna contribuiu, por exemplo, para a erradicação de uma série de doenças, para a redução nos índices de morbi-mortalidade materna-infantil, para o desenvolvimento de vacinas, dentre outros avanços que são centrais para a melhoria dos níveis de saúde da população mundial. E, mesmo com todos estes avanços científicos e tecnológicos, persistem no século XXI lacunas e iniquidades gritantes tanto no interior como entre os países no mundo. Frenk et al (2010) afirmam que por volta de 7 bilhões de pessoas que habitam nosso planeta vivem em condições de saúde que, em países ricos, foram superadas um século atrás. De acordo com os autores, os ganhos em saúde foram revertidos pelo colapso da esperança média de vida em alguns países, como exemplo citam a pandemia de AIDS/HVI que devasta países da África, a persistência de infecções comuns em países pobres, a mal-nutrição e a fome que, ainda hoje, são causas de morte, além de riscos de saúde relacionados com a maternidade e o puerpério que atingem taxas inaceitáveis para o nível de desenvolvimento científico e tecnológico atuais; o que claramente resulta das grandes iniquidades e injustiças sociais presentes no mundo contemporâneo.

De forma que, ao mesmo tempo em que persistem “velhos problemas”, emergem também novos desafios. Novos riscos ambientais e comportamentais se

impõem ao setor saúde, principalmente, em consequência da emergência de novas infecções e agravos, em decorrência dos novos estilos de vida que estão diretamente relacionados com a organização social contemporânea; da mobilidade internacional das populações, causadas por catástrofes naturais, guerras, crises econômicas ou mesmo pelo comércio, turismo ou colaborações acadêmicas internacionais. Sobreposto a todos esses desafios, os sistemas de saúde precisam adaptar-se à rápida transição demográfica e epidemiológica impulsionada, principalmente, pelo envelhecimento da população e a maior incidência de doenças crônicas-degenerativas ao invés das doenças infecto-contagiosas, como em décadas passadas (FRENK et al, 2010; WHO, 2010), o que tem demandado dos sistemas de saúde novas modalidades de serviços e ações que sejam resolutivos para problemas como: hipertensão, diabetes, acidentes cardiovasculares, violências, uso abusivo de álcool e outras drogas dentre outros.

Outro aspecto importante é a insustentabilidade dos modelos de atenção à saúde com foco em procedimentos diagnósticos que envolvem a utilização massiva de tecnologias que são centrados na atenção hospitalar especializada, que além de comprometer a integralidade do cuidado, torna-se inviável em decorrência da necessidade de reduzir os custos e ampliar a qualidade e a oferta de serviços e ações a toda população.

Frente a todos esses desafios e mudanças, os sistemas de saúde tornam-se cada vez mais complexos e dispendiosos, adicionando uma série de demandas e novas exigências aos trabalhadores, que são pressionados a dar respostas com vistas a solucionar os problemas de saúde.

A educação dos profissionais de saúde, em geral, não acompanhou as transformações do contexto de saúde da população mundial e as novas exigências dos serviços de saúde aos profissionais da área. Identifica-se, portanto, há longo tempo, a necessidade de **promover mudanças na formação dos profissionais de saúde de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios** que possibilitarão atenção integral e humanizada à população mundial. Desta forma, reconhecemos que a trajetória educacional dos trabalhadores da saúde pode se constituir como grande potencialidade para catalisar importantes mudanças nos sistemas e serviços de saúde.

Além disso, a universalização da atenção e a descentralização dos serviços impuseram ao Estado o desafio de prover e fixar profissionais de saúde nas diversas

regiões dos países, o que também se relaciona diretamente com o processo educacional e o perfil dos profissionais formados. Alguns autores e publicações em todo o mundo (FRENK et al., 2010; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CARVALHO, 2006; DAL POZ; VARELA, 1994) apontam a necessidade de redesenhar a educação das profissões da saúde para promover melhorias na qualidade de vida e no nível de saúde das populações e dos indivíduos.

Em 2010, a Comissão sobre Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI¹ publicou um relatório com o objetivo de apresentar recomendações práticas com ações específicas para impulsionar reformas na formação profissional em saúde. De acordo com o relatório, há uma incompatibilidade das competências profissionais com as prioridades das populações e dos usuários, principalmente em virtude de currículos estáticos, desatualizados e fragmentados. Os profissionais são incapazes de trabalhar colaborativamente e possuem foco técnico muito restrito sem uma compreensão contextual ampla. Nas instituições educacionais predominam a orientação hospitalar e a força de trabalho não possui capacidade de liderança para implementar as mudanças necessárias e, assim, melhorar a qualidade dos serviços e ações de saúde.

O que se constata é uma crise da força de trabalho em saúde que possui relações com o modelo de formação profissional ainda vigente identificada através da incompatibilidade entre as competências profissionais e as demandas da população. A defasagem dos currículos, somada à insuficiente adaptação dos conhecimentos aos contextos locais, à pobre articulação entre os sistemas de saúde e educação, à carência de algumas categorias profissionais ou má distribuição destes e à mercantilização das profissões são alguns dos desafios que se colocam para a educação dos profissionais de saúde (FRENK et al, 2010; BARRETO et al., 2006; BARRETO et al., 2007; CARVALHO, 2006.)

Segundo a Comissão sobre Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI, as reformas educacionais devem dar respostas as mudanças nas necessidades de saúde, superando o isolamento profissional por meio da educação interprofissional, implementar a aprendizagem por competência, ao invés de focar apenas em conteúdos, desenvolver habilidades cognitivas para raciocínio crítico e fortalecer a identidade e os

¹ A Comissão sobre Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI foi lançada em 2010 a partir de uma iniciativa independente que congrega comissionários de todo o mundo. O objetivo desta comissão é propor recomendações educacionais e institucionais para nutrir uma nova geração de profissionais de saúde que estarão mais bem preparados para enfrentar os desafios do século XXI.

valores profissionais para a liderança. A Comissão também confere atenção para a escassez de profissionais de saúde, principalmente em países pobres (estimada em mais de 2 milhões de médicos e enfermeiros), fato que desperta interesse crescente pelo compartilhamento de tarefas entre os profissionais de saúde. (FRENK et al, 2010; WHO, 2010).

A partir destas constatações, conclui-se urgente e necessária uma reforma na educação dos profissionais de saúde a partir de uma concepção que considera indispensável a articulação entre os sistemas de saúde e educação e que adota uma perspectiva multiprofissional e abordagem sistêmica.

Os resultados obtidos com as propostas que incorporam a perspectiva da educação interprofissional geraram um movimento global pelo fortalecimento e ampliação destas experiências, consideradas como uma estratégia potente para superar os desafios da crise global da força de trabalho em saúde.

O presente estudo tem como objeto os Projetos de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde/Saúde da Família), promovidos em parcerias estabelecidas por instituições de ensino superior e as secretarias municipais de saúde de todas as regiões do país e o Ministério da Saúde. Uma das áreas menos pesquisadas e analisadas na formulação de políticas do SUS é a da formação profissional, mesmo sendo responsabilidade tanto do campo da saúde como do campo da educação definir diretrizes curriculares nacionais em sintonia com as necessidades reconhecidas como relevantes ao SUS e à população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As propostas trazidas neste projeto de pesquisa desenvolveram-se profundamente influenciadas pela minha experiência, ainda como estudante de psicologia, na extensão universitária a partir do Núcleo de Psicologia Comunitária - NUCOM - da Universidade Federal do Ceará, que sempre questionou e buscou construir outro modelo de formação.

Minha tese é que o que-fazer da psicologia latinoamericana, salvo algumas exceções, não só tem mantido uma dependência servil ao pensar os problemas e buscar soluções, como tem permanecido a margem dos grandes movimentos e inquietudes dos povos latinoamericanos. (MARTIN-BARÓ, 1986, p. 284)

Nesse tempo de “nuconiana” (termo para designar os participantes do núcleo) que compreendo entre os anos de 2005 e 2007, defendíamos que a psicologia na

América Latina precisa ser construída a partir das necessidades locais, efetivando a construção de um conhecimento contextualizado e que seja capaz de transformar a realidade de opressão em que vive o povo latinoamericano.

Na América Latina, o religioso, o pedagógico, o filosófico e o psicológico, se fundem e nascem de novo na realidade social de seu povo oprimido, que busca a libertação mediante uma práxis libertadora, ato este que é de conquista, de superação, de conscientização (GÓIS, 2008, p. 12).

Outro espaço muito potente no sentido de pensar de forma crítica o caráter da Formação Profissional da Psicologia foi a minha participação no projeto Liga de Saúde Família – LSF. Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Prefeitura Municipal de Saúde de Fortaleza, esse projeto tinha como proposta formar equipes multidisciplinares (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia e educação física) e desenvolver a inserção de estudantes de graduação da área de saúde na ESF de Fortaleza-CE. Com isso, o projeto buscava ensinar a integração ensino-serviço-comunidade a partir do método da roda como espaço coletivo de cogestão mediante uma base territorial (comunitária) e com enfoque nas necessidades sociais em saúde (BARRETO, et al, 2011; BARRETO et al., 2012).

Tive a oportunidade de participar das reuniões de idealização desse projeto, o que permitiu meu contato com discussões referentes ao caráter interdisciplinar necessário para a atuação dos profissionais de saúde na atenção básica. Em seguida, participei como facilitadora de uma das equipes e, em uma segunda edição, fui para gestão como estagiária do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza, onde entrei em contato direto com a Política de Educação Permanente.

As questões que apresentei até aqui, dentre outras desenvolvidas ao longo do texto, constituem-se como motivações pessoais, profissionais e científicas para o desenvolvimento desta proposta de pesquisa no intuito de aprofundar os conhecimentos em torno da temática educação para saúde e a interprofissionalidade.

A importância deste estudo faz-se, principalmente, da relevância social da formação dos profissionais de saúde e da urgente sistematização de iniciativas que apontam para uma mudança na formação dos profissionais dessa área do conhecimento, no intuito de contribuir para a construção de outro perfil de estudantes de graduação dos cursos do setor saúde, comprometido com a perspectiva de práticas de colaboração

profissional (trabalho em equipes interprofissionais) a partir da dimensão da integralidade em saúde o que aponta para um aprimoramento das políticas do SUS.

Desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os diversos cursos da saúde, o trabalho em equipe multiprofissional tem sido enfatizado como competência necessária aos profissionais da área, como é possível observar no trecho extraído da Resolução CNE/CES Nº 4, que institui as DCN do Curso de Graduação em Medicina:

[...] a formação deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Da mesma forma, o PET-Saúde/Saúde da Família² também enfatiza o fortalecimento do trabalho em equipe quando estabelece que todos os projetos devem ser elaborados de forma a contemplar os seguintes aspectos gerais: ***interdisciplinaridade***, que favoreça uma formação acadêmica condizente com o estágio atual de desenvolvimento da ciência; a ***atuação coletiva***, envolvendo *ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento na graduação, que possuam objetos de trabalho em comum*; integração contínua entre os bolsistas e os corpos discente e docente do curso de graduação; ***contato sistemático com a comunidade***, promovendo a troca de experiências em processo crítico e de mútua aprendizagem; e planejamento e execução de um programa de atividades que contribuam com a ***integração ensino-serviço***, reforçando a atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS.

De forma que, em decorrência da relevância do trabalho em equipe multiprofissional para o fortalecimento dos sistemas de saúde, acreditamos ser indispensável analisar se as atividades desenvolvidas pelos projetos PET-Saúde estão de fato desenvolvendo nos estudantes de graduação competência para trabalho colaborativo em equipe interprofissional e, assim, emergem os principais questionamentos deste estudo: quais cursos de graduação participam de experiências interprofissionais nos Programas PET-Saúde/Saúde da Família? Como as experiências desenvolvidas pelo Programa PET-Saúde/Saúde da Família se propõem a estimular o trabalho em equipe interprofissional/multiprofissional entre estudantes de diversos cursos de graduação da saúde, configurando-se como uma experiência de educação

² Descreveremos o programa no próximo capítulo.

interprofissional? As atividades realizadas têm potência para estimular o trabalho interprofissional na saúde? Utilizam metodologias ativas de aprendizagem? Existe interação entre as diversas categorias profissionais nestas atividades? Há registros de mudanças institucionais favoráveis a interprofissionalidade na saúde ocorridas a partir das experiências de PET-Saúde/Saúde da Família?

As reflexões e questionamentos realizados acima estão em constante movimento já que a minha inserção neste campo e minhas leituras sobre a temática me instigam a saber sempre um pouco mais, me envolvem e me motivam para contribuir com as transformações necessárias. Neste sentido, considero-me uma pesquisadora implicada, ao assumir o compromisso de fazer ciência com vistas à transformação da realidade.

2. FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todos os profissionais de saúde em todos os países devem ser educados para **mobilizar os conhecimentos e empreender raciocínio crítico e conduta ética** para que eles sejam competentes para participar de sistemas de saúde centrados nas populações e nos usuários como membros de responsabilidade local e conectados a equipes globais (Frenk et al, 2010).

A formação profissional em saúde deve ser compreendida como parte da estrutura macro social de engendramento da sociedade. A atual divisão do trabalho em saúde é uma construção social resultado de um complexo processo histórico que em suas configurações sofreu influências de uma série de determinantes sociais, históricos, políticos e culturais (BRASIL, 2004c).

A natureza dinâmica das fronteiras profissionais é delimitada pela luta contínua entre os diferentes grupos profissionais para delimitar suas respectivas esferas de práticas. A divisão do trabalho em um tempo específico de uma específica sociedade é muito mais resultado destas forças sociais do que de qualquer atributo específico inerente ao trabalho em saúde (FRENK et al, 2010, p. 5).

Esta dualidade presente entre as esferas de práticas dos grupos profissionais e o processo de trabalho em saúde traz para o centro a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, pois é neste período que o futuro profissional adquirirá competências básicas e valores éticos que o acompanharão por toda sua trajetória. Campos, Aguiar e Belisário (2008) ressaltam a importância de nos debruçarmos sobre o estudo da formação dos profissionais por considerar este processo essencial no desenvolvimento, manutenção e/ou transformação de um sistema público de saúde.

Ao analisar a história dos cursos de saúde no Brasil, é possível identificar alguns aspectos que são relevantes para compreender algumas dificuldades enfrentadas atualmente no campo da formação em saúde.

De acordo com Paula (2009), o ensino superior brasileiro surgiu na segunda metade do século XIX, após o desenvolvimento do método científico. Nos séculos anteriores, a medicina, considerada uma das profissões mais antigas do mundo, era baseada no empirismo e em tradições orais e populares (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

O surgimento do ensino sistematizado de profissões no campo da saúde, em geral, se dava nos moldes de Escolas Profissionais isoladas. Ao longo do processo de consolidação dos campos de ensino e das faculdades, identifica-se a valorização da independência das áreas específicas com relação aos outros campos do saber, como podemos perceber nos trechos de uma coletânea sobre a trajetória dos cursos de saúde; com relação ao curso de psicologia “O ensino com bases científicas em substituição ao literário, marcadamente entre o final do séc. XIX até a terceira década do séc. XX, possibilita à Psicologia alcançar sua autonomia em relação a outras áreas de conhecimento e seu reconhecimento como ciência independente”, ao curso de farmácia “no ano de 1233 foi promulgado o Édito de Frederico II da Suábia, que decretava a separação entre o exercício da medicina e o exercício da farmácia, sendo considerado por muitos, a Carta Magna da Farmácia”. Neste mesmo sentido, Bosi e Paim (2010) afirmam que a proposição de uma profissão deve considerar dois aspectos fundamentais: o saber específico – que lhe confere identidade e autonomia técnica – e a necessidade social a responder, sem os quais não se pode justificar a emergência de um novo campo profissional. Portanto, percebemos que o complexo processo de constituição de um novo segmento profissional demanda necessariamente a construção de identidades profissionais, o que irá diferenciá-la das demais categorias e, por conseguinte, irá conferir autonomia técnica e socioeconômica a determinado campo profissional. Esta constatação reafirma o que nos diz Machado (1995) sobre a constituição das profissões, que possuem em comum os interesses pragmáticos de garantia de mercado de trabalho. O profissionalismo constitui-se na história como estratégia de retenção do conhecimento, buscando torna-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e, assim, garantindo reserva de mercado (MACHADO, 1995).

O positivismo tornou-se a corrente de pensamento orientadora das ações em saúde e também da formação dos profissionais, ao longo do século XIX, várias escolas médicas foram fechadas por não estarem de acordo com o novo paradigma. A publicação do Relatório Flexner é considerada um marco na normatização das bases do ensino médico calcado pelo método científico. Concomitante a este processo, foram fundadas as duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo

Cruz e a Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Nessas instituições,

[...] uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (CONASS, p. 12, 2011).

Através da incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, elaboraram minuciosos planos de combate às enfermidades (CONASS, 2011).

A ausência da atuação protagonista do Estado na regulamentação e na avaliação do campo das profissões da área da saúde ao longo do século XIX até meados do século XX, tanto no que diz respeito à educação quanto às práticas profissionais, somados ao histórico da constituição dos campos de saberes e práticas nesta área, configurou um predomínio da organização liberal do mercado de trabalho na estruturação dos processos de trabalho das profissões do campo da saúde.

No mesmo sentido, o ensino na saúde nas universidades e o conhecimento produzido e ensinado nestas instituições ficaram reduzidos à mera profissionalização, o que determina vantagens competitivas na inserção dos profissionais no mercado de trabalho (SILVEIRA et al., 2011).

De acordo com Feuerwerker (2003), atravessamos um momento histórico de tensão paradigmática que se revela em várias dimensões. Na ciência, esta tensão se traduz no questionamento da organização dos campos científicos, principalmente através do reconhecimento da complexidade que “leva a ciência a produzir novas explicações, que rompem as fronteiras entre os diversos campos científicos e que colocam em cheque a lógica da especialização e do conhecimento mediante a 'desmontagem' dos objetos em suas partes” (FEUERWERKER, 2003, p. 24). De acordo com a autora, esta tensão se reflete também nas universidades, marcadas pela busca de ampliação de sua relevância social, em decorrência da diminuição da capacidade destas instituições em dar respostas aos temas complexos e contemporâneos, tendo a produção do conhecimento e a formação profissional marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos.

Campos, Aguiar e Belisário (2008) reconhecem a importância das recomendações de Flexner para as inúmeras conquistas no que diz respeito à superação

dos quadros sanitários de inúmeras epidemias e altas taxas de mortalidade que marcaram os séculos XIX e XX. De acordo com os autores, as conquistas deste paradigma são inegáveis, agora, frente à alteração do panorama de adoecimento e morte, tornou-se limitado para responder aos novos problemas de saúde.

Há consenso entre os pesquisadores da área de que os serviços de saúde da maioria das sociedades enfrentam dificuldades na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. As sucessivas transformações vivenciadas no Brasil nas últimas décadas, tanto no que diz respeito às condições socioeconômicas e demográficas da população, como no que se refere às mudanças na organização dos serviços de saúde, provocaram impactos importantes na situação de saúde e no quadro epidemiológico da sociedade brasileira.

Paim et al (2011) retratam através de alguns indicadores esta transição demográfica, epidemiológica e nutricional que o Brasil vivencia em seu momento atual de desenvolvimento social e econômico. Desde 1990 até os dias atuais, a proporção de pessoas com mais de sessenta anos dobrou, a cada ano nos deparamos com níveis crescentes de urbanização, as taxas de fecundidade e mortalidade infantil decresceram e a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de 40%, atingindo 72,8 anos em 2008. As doenças infectocontagiosas dividem a cena com outros agravos como, por exemplo, a diabetes e a hipertensão, as neoplasias, os acidentes de trânsito e a violência que ocupam os primeiros lugares nos índices de morbimortalidade. De forma que os novos problemas de saúde, pelas suas peculiaridades, exigem novas abordagens e novas formas de organização dos serviços.

A educação dos profissionais de saúde, em geral, não acompanhou as transformações do contexto de saúde da população mundial e as novas exigências dos serviços de saúde aos profissionais da área. Identifica-se a longo tempo a necessidade de **promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios** que possibilitarão atenção integral e humanizada à população mundial. Como afirma Feuermerker (2003) as mudanças necessárias para superar a tensão existente, para enfrentar os problemas e desafios postos ao campo da saúde e aos seus profissionais são necessariamente profundas e paradigmáticas, correspondem a “reviravoltas importantes na maneira como se pensam e organizam todas as coisas”.

2.1 Reformas na educação dos profissionais de saúde

De acordo com Frenk et al (2010), o século XX é marcado por três gerações de reformas educacionais. A primeira geração de reformas fundou, no início do século XX, o ensino baseado em um currículo científico centrado nas universidades, tendo como marco a publicação dos relatórios Flexner em 1910 (medicina), Welch-Rose em 1915 (saúde pública), Golmark em 1923 (enfermagem) e Gies em 1926 (odontologia). Neste período, é lançada “a moderna ciência da saúde no interior de salas de aulas e laboratórios [...] os currículos são usualmente marcados pela sequência de educação em ciências biomédicas seguida pelo treinamento clínico e a prática em saúde pública” (FRENK et al., 2010, p. 09). Do ponto de vista institucional, houve um centramento nas universidades como espaço privilegiado de ensino que, articuladas com os hospitais acadêmicos, uniram o ensino e a pesquisa com o objetivo de “avançar em um profissionalismo centrado na cientificidade com altos padrões técnicos e éticos” (FRENK et al., 2010, p. 09). De acordo com os autores, as transformações iniciadas na Europa Ocidental e nos EUA disseminaram-se por todos os países do mundo, tendo impactos diversificados de acordo com cada realidade; “essa exportação e adoção em larga escala tiveram resultados mistos, com resultados proveitosos em alguns países, mas também graves desajustes em outros” (FRENK et al., 2010, p. 09). No Brasil, o modelo flexneriano começou a ser implantado na década de 40, incorporando suas principais características como, por exemplo: a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado em sua maior parte no interior de hospitais, consolidando o paradigma da medicina científica (GONZALÉZ; ALMEIDA, 2010).

A segunda geração de transformações na educação das profissões de saúde iniciou-se após a segunda guerra mundial, por volta da metade do século XX (1950), tendo como principais avanços pedagógicos a “aprendizagem baseada em problemas”, metodologia de ensino-aprendizagem que se disseminou em todo o mundo como alternativa as aulas tradicionais, e o currículo disciplinar integrado, que permitiu algumas inovações, como por exemplo:

[...] a padronização dos pacientes – indivíduos que são treinados para agir como um paciente real para simular um conjunto de sintomas e/ou problemas – com o objetivo de avaliar o estudante na prática,

fortalecendo a relação médico-paciente através da facilitação de grupos de discussão, e a ampliação do contínuo da sala de aula para o treinamento clínico através da exposição precoce aos pacientes e expansão dos locais de formação de hospitais para comunidades” (FRENK et al, 2010, p. 10).

E, por fim, os autores afirmam que vivemos, atualmente, um momento de reflexão sobre o futuro da educação dos profissionais de saúde, no qual uma série de instituições³ aglomera-se na defesa e construção da terceira geração de reformas que enfatiza a

[...] atenção centrada nos usuários e nas populações, o currículo baseado em competências, a educação interprofissional e baseada em equipes, a aprendizagem habilitada pela tecnologia da informação, habilidades de liderança em gerência e política (FRENK et al, 2010, p. 10).

Os elementos acima são considerados indispensáveis ao processo formativo dos profissionais do campo da saúde. Os relatórios publicados por estas instituições são enfáticos na afirmação de que a qualidade da força de trabalho é um aspecto central para garantia da boa performance dos sistemas de saúde e para alcançar os objetivos de saúde globais e nacionais.

Outra dimensão importante desta discussão é o estabelecimento e a qualidade das interações estabelecidas entre a *população, o sistema de saúde e o sistema de educação*. Oliveira (2008) faz algumas reflexões sobre a necessária integração entre ensino-serviço na construção conjunta de modelos de atenção à saúde. De acordo com a autora, esta construção, que se daria, necessariamente, a partir da colaboração interdisciplinar e interprofissional, seria o eixo estruturante para a elaboração das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde. De forma que provocaria uma reorientação dos modelos assistenciais de cuidado e a sintonia entre a formação profissional e as necessidades sociais de saúde do país.

Ceccim (2007) aborda a necessidade de relações orgânicas entre a formação e o exercício profissional, identificando as especificidades de cada dimensão na

³ Alguns relatórios destacam-se na defesa das reformas necessárias para a transformação da educação das profissões de saúde; a saber: Task Force on Scaling-Up and Saving Lives publicado pela Global Health Workforce Alliance (WHO) em 2008; World Health Report e Framework for Action on Interprofessional Education e Collaborative Practice publicados pela World Health Organization (WHO) em 2006 e 2010; Joint Learning Initiative publicado pela Universidade de Harvard em 2004; e Health Professional for a New Century publicado pela Comissão Global de Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI em 2010.

possibilidade de uma visão holística e integrada das políticas de educação e saúde, na visão de uma ciência de complexidade.

A formação gera serviços, condições de provimento e/ou fixação de profissionais, possibilidades de equipe, desenvolvimento e avaliação de tecnologias do cuidado e da assistência, capacidade de compreensão crítica e sensibilidades. A rede de sistemas e serviços de saúde gera campo de práticas, cenários de intervenção, demandas locais, retaguarda científica e tecnológica, inclusão social e oportunidade de entendimento da vida (CECCIM, 2007, p. 266).

Frenk et al (2010) também consideram fundamental a relação entre a educação profissional e as condições de saúde para assegurar a eficácia, a efetividade e a equidade dos serviços. Os autores estabelecem dois links fundamentais entre os sistemas de saúde e educação; o *mercado de trabalho*, que governa a oferta e a demanda de profissionais de saúde em uma determinada região, produzindo equilíbrios ou desequilíbrios; e a *população*, que produz necessidades tanto para a saúde como para a educação e que por sua vez podem ser transformadas em demandas para os serviços de saúde. A condição ideal seria: **o equilíbrio entre necessidades da população, a demanda do sistema de saúde por profissionais, e a oferta destes profissionais pelo sistema de educação**. As instituições educacionais determinam quantos profissionais e de qual tipo são formados, idealmente elas fazem isto em resposta aos sinais do mercado de trabalho gerados pelas instituições de saúde e estes sinais devem responder corretamente às necessidades populacionais. Dentro desta perspectiva, a população é considerada coprodutora de sua educação e de sua saúde e não apenas recipientes passivos dos serviços ofertados.

Ao analisar a formação dos profissionais de saúde, Campos, Aguir e Belisário (2008) destacam como um dos principais problemas a defasagem entre o ensino e a realidade, ressaltam que não existe uma ligação natural e espontânea entre o mundo acadêmico e os serviços de saúde e, também, entre os serviços de saúde e o mundo real. Os autores pontuam algumas razões para esta discrepância, sendo uma delas a própria natureza das mudanças no saber e nas práticas de saúde que são processuais e, por isso, nem sempre são percebidas facilmente; a heterogeneidade das instituições e das regiões do país; a manutenção do modelo flexneriano de estruturar o ensino com forte ênfase nas especialidades; a distância do corpo docente dos serviços públicos de saúde; e a valorização social do paradigma biomédico com fortes resistências às mudanças, tanto

por parte da sociedade em geral adaptada ao modelo vigente, como também por parte dos grupos ligados ao complexo médico-hospitalar que transforma as práticas de saúde e a produção de insumos em uma atividade econômica e industrial cada vez mais lucrativa sem que haja um real compromisso com as necessidades sociais de saúde.

Barreto et al (2006) enfatizam a importância da interação entre os dois sistemas e propõe um desenho organizacional para viabilizar o diálogo constante entre saúde e educação. A proposta do “Sistema Municipal de Saúde-Escola” tem como ideia central transformar toda a rede de serviços de saúde existente em um determinado município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional através de uma parceria entre os gestores e trabalhadores do SUS, as instituições formadoras e diversas representações dos movimentos sociais.

No Brasil, as transformações desencadeadas nos serviços de saúde após a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) impactaram diretamente no perfil dos profissionais necessários para compor a força de trabalho. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) traz muitas novidades para a sociedade brasileira. O sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores: conceito ampliado de saúde, ação intersetorial, integralidade da atenção, universalidade, equidade e participação popular. Estes reordenamentos organizacionais e dos processos de trabalho no âmbito dos serviços de saúde provocaram alguns desafios para a gestão do trabalho da área e para a formação de novos profissionais de ensino superior, uma vez que passa a exigir dos profissionais novas competências que até então não haviam sido introduzidas em suas formações. Além disso, a rápida incorporação científica e tecnológica aos procedimentos e insumos no campo da assistência médica e ambulatorial, resultando em gastos crescentes para o setor, somada à escassez de recursos financeiros, tornou-se incompatível com a consolidação de um sistema de saúde universal construído a partir dos referenciais da promoção da saúde. Conforme citado por Barreto et al (2006), a formação profissional não acompanhou as mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro, resultando numa baixa adesão de alguns grupos de profissionais aos princípios do SUS.

Moraes e Lopes (2010) enfatizam que a década de 1980 é um marco para a construção da nova concepção de saúde expressa na Constituição Federal de 1988 e que, desde então, iniciou-se um processo de reestruturação dos serviços de saúde, em que os

aspectos promocionais e preventivos foram mais valorizados; o que implica necessariamente a transformação de concepções e de práticas e a produção de novos conhecimentos e saberes.

Andrade, Barreto e Bezerra (2008) afirmam que a atenção médica tradicional se organizava a partir da lógica dos especialistas da área médica que tinha como método principal de trabalho a consulta individual. Enquanto que a atenção primária à saúde passou a trabalhar com a lógica do clínico geral somado a profissionais de outras áreas, constituindo equipes de saúde multiprofissionais que trabalham em busca de um objetivo comum: detecção de necessidades e o provimento de cuidados de maneira mais completa e ampliada aos usuários (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Somados a isso, novos desafios emergem para o campo da saúde, os sistemas de saúde tornam-se cada vez mais complexos e dispendiosos, adicionando uma série de demandas e novas exigências aos trabalhadores que são pressionados a dar respostas com vistas a solucionar os problemas de saúde.

A mudança nas graduações da área da saúde torna-se, então, uma temática fundamental para todos aqueles que almejam o fortalecimento e o aprimoramento do SUS. Esta afirmação parte da compreensão de que não é possível promover uma reorganização das práticas de cuidado e do modelo assistencial sem interferir simultaneamente no mundo da formação (FEUERWERKER, 2001; BARRETO et al, 2006).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que o modelo pedagógico hegemônico na educação dos profissionais de saúde se dá a partir da abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada estendida às profissões de saúde a partir do século XX, favorecendo, assim, uma fragmentação e mercantilização dos processos de atenção à saúde que passaram a ocupar um papel importante na sociedade capitalista. Ao pensarmos a partir de modelos de atenção à saúde, podemos afirmar que esta formação convencional contribui para perpetuar modelos tradicionais de práticas em saúde, alinhada com o modelo hegemônico de assistência à saúde.

Rovere (1993) ao refletir sobre a estratificação e a rigidez das instituições de saúde, aponta que as universidades, muitas vezes, desempenham uma função de reforçar a imobilidade a nível microssocial ou institucional do setor saúde.

[...] as diferentes concepciones del trabajo em salud tienen su correlato

en la forma como se concibe la Educación em y para esse trabajo. La tendencia creciente al desplazamiento del trabajo en salud, desde el ejercicio liberal autónomo, individual e independiente, hacia formas de equipos, organizaciones o redes, no há permeado los imaginarios profesionales que continuán instalados en la llamada práctica liberal de la profesión, y con frecuencia la educación de postgrado es vista como una herramienta para hacer realidad ese imaginario (ROVERE, 1993).

A orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial, não incorpora um debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde e, em geral, é impermeável ao controle social. As instituições formadoras têm perpetuado modelos os mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anatomoclínica, e extremamente dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, possuindo foco na área técnico-científica; o que pode ser constatado ao vermos que os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico e às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008), contrapondo-se à progressiva desospitalização da atenção à saúde. Portanto, mesmo após o centenário do Relatório Flexner, a formação superior dos profissionais de saúde ainda perpetua o desenho flexneriano de ensino e trabalho.

As instituições formadoras seguem orientação biologicista, com foco na doença, no tratamento e nas ações médicas, insuficientes para o novo momento sanitário. O modelo pedagógico de ensino adotado ainda é conteudista e organizado, em sua maioria, de maneira compartimentada, com especialidades e procedimentos isolados. A dissociação marcante entre ciclo básico e profissionalizante, incentivando a especialização precoce determinada pela fragmentação curricular em disciplinas e/ou módulos isolados e a adoção de sistemas de avaliação cognitiva por acúmulo de informações centradas na retenção de conteúdos descontextualizadas de situações reais, são sistemáticas não condizentes com as características gerais necessárias ao profissional de saúde e com as transformações que acontecem no interior do processo de trabalho em saúde (SILVEIRA et al, 2011). Silveira et al (2011) enfatizam que a natureza crítica e reflexiva, necessária aos profissionais de saúde capazes de possibilitar transformações na realidade de saúde da população, exige além da capacidade técnica, competências e habilidades com compromisso social.

Mello, Moysés e Moysés (2010) estão corretos ao observar a existência de relativo consenso, entre os pesquisadores da educação dos profissionais de saúde, quanto ao fato de a formação hegemônica na saúde ser pautada na abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. De acordo com os autores, o ensino na saúde é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos, favorecendo a agregação tecnológica intensiva e perpetuando modelos convencionais de prática em saúde.

Além disso, as instituições de ensino e muitos de seus docentes e dirigentes apresentam fortes resistências culturais, arraigadas ao modelo cartesiano que induz à fragmentação, à mecanização e à disciplinarização; promovem alta valorização ideológica de componentes assistenciais e/ou clínico curativos em detrimento às práticas de promoção da saúde; e possuem caráter institucional marcado pela cultura de corporações (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010); o que inviabiliza que a formação profissional seja compatível com as necessidades de saúde da população, por mais óbvio e nobre que isto possa parecer, uma vez que a lógica que passa a orientar a formação é a dos interesses das corporações profissionais, com foco no mercado e na prática privada.

No mesmo sentido, Silveira et al. (2011) situam a origem da área da saúde no campo das ciências naturais, com forte influência positivista sob a lógica de reduzir, simplificar e separar para poder analisar os fenômenos, negando a natureza complexa do processo saúde/doença que exigem perspectiva interdisciplinar para a compreensão de sua dimensão integral. Esta perspectiva considera a doença como um processo biológico, do qual está excluído o social, o coletivo, e o cultural como dimensões interdependentes.

O foco epistemológico hegemônico na educação dos profissionais, a forma de conceber o conhecimento e o processo de ensino/aprendizagem, característicos dos currículos tradicionais, apresenta, como consequência, um profissional técnico, pouco capacitado para promover às necessárias transformações do conhecimento e das práticas na área da saúde. Esta forma de conceber o ensino na saúde exclui do cuidado a abordagem dos determinantes sociais da saúde, reduzidos a conteúdos teóricos, limitados às disciplinas de saúde coletiva, evidenciando o descompromisso com a realidade e as necessidades da população (MACHADO, 1995; PAGLIOSA; DA ROS;

2008).

2.2. A Estratégia Saúde da Família e sua repercussão nas necessidades de formação profissional em saúde

A reorientação do modelo assistencial de saúde, efetivada a partir da atenção básica operacionalizada no Brasil através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), caminha no sentido da consolidação dos princípios do SUS, a saber: integralidade, a equidade e a universalização da atenção.

A ESF é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária (ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003; ANDRADE et al., 2004; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008). A ESF é definida como um modelo de *atenção primária*, que se estrutura com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, constituindo-se como a principal porta de entrada e o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, de forma a viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde que será ordenado pela atenção primária, observando os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A operacionalização do Saúde da Família se dá através de ações de promoção da saúde, de prevenção e atenção às doenças, de recuperação, tratamento e reabilitação, de redução de danos e de manutenção da saúde desenvolvidas através das práticas de cuidado e gestão das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a equidade e a *integralidade* da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserida.

A implementação da ESF ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS [...] *no contexto de busca pela* implementação de políticas de saúde que viessem melhor estruturar esses princípios organizativos e transformá-los em ação efetiva [...] a implementação da ESF foi coerente com os princípios doutrinários do SUS de alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde [...] *além de seu* papel fundamental na organização dos processos de participação popular. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008, p. 807).

A universalidade garante o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso aos

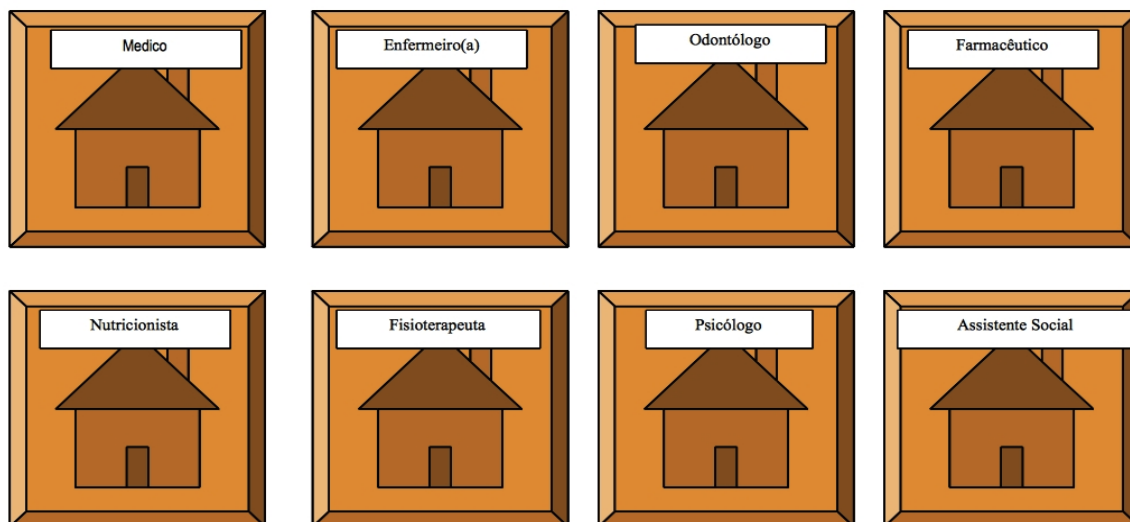
serviços e ações ofertados pelo sistema sem discriminações. Este princípio está em consonância com a Constituição Federal que assegura a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Outro princípio do sistema de saúde é a equidade no acesso às ações e serviços de saúde que se traduz na priorização dos segmentos populacionais mais afetados pelos agravos ocasionados pelos determinantes sociais da saúde.

E, por fim, a integralidade da atenção que considera as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades. A atenção integral e integrada nos remete a dois significados principais. O primeiro refere-se ao leque dos serviços disponíveis aos usuários; estes devem ser suficientes para responder as necessidades de saúde da população, incluindo a provisão de serviços de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico precoce, cura, reabilitação, atenção paliativa e apoio para o autocuidado. Outra dimensão do significado do conceito integralidade é a abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em uma visão holística, o que requer preocupações com os aspectos sanitários, psicológicos, espirituais, sociais, culturais e econômicos da população adscrita. Assim sendo, cabe à equipe de saúde da família abordar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. Para isto, outras categorias profissionais, além do médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem que, tradicionalmente trabalharam em centros de saúde, tornam-se necessárias.

O trabalho de várias categorias profissionais dentro de um mesmo serviço de saúde não é novidade. Todos os grandes serviços hospitalares possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, e outros profissionais de saúde que surgiram, em última instância, do próprio desenvolvimento e incorporação de tecnologias pela Medicina. Entretanto, como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nesses espaços as várias categorias profissionais trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e colaboração das várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras, como é possível observar na figura abaixo não existe interação entre as profissões.

Figura 1 - Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das “Casinhas Paralelas”.



Fonte: (ANDRADE, L. O. M. et al., 2004).

Na ESF, os profissionais de saúde deparam-se, cotidianamente, com problemas de saúde complexos, não passíveis de solução através de uma única disciplina ou profissão, tendo como exigência conhecimentos e tecnologias de várias categorias profissionais. Como citado por Barreto et al (2006), a especialização exacerbada que marca a área da saúde fortalece a medicina dos órgãos e a visão organicista da doença deve ter seus limites reconhecidos em sua incapacidade de recuperar a unicidade do homem e superar a visão fragmentária do processo saúde-doença. Neste sentido, compreende-se que a abordagem complexa do fenômeno da saúde requer uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional.

Para tanto, necessário se faz que os profissionais estejam impregnados por um espírito epistemológico amplo e arejado. Significa abrir-se a outras especialidades, estar atento a tudo que nas outras disciplinas possa trazer um enriquecimento ao seu domínio de investigação e/ou atuação (...) Inaugura-se, assim, uma nova pedagogia – não situando o profissional neste ou naquele compartimento do saber, mas no horizonte do fenômeno humano. Isso implica reagir contra todos os particularismos e sectarismos intelectuais, contra as barreiras culturais (BARRETO et al, 2006).

Partindo de uma visão sistêmica, o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, inserida em uma comunidade, em determinado bairro ou distrito, cidade ou

país, em um determinado tempo histórico. As várias categorias profissionais, nesse caso, devem necessariamente trabalhar em conjunto.

Fortuna et al (2005) define o trabalho em equipe como uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos e desejos que se modificam e precisam ser combinadas e conhecidas com o intuito de possibilitar a realização do atendimento integral. Concordamos com Furtado (2007) quando se refere ao fracasso da superespecialização que assola o setor da saúde, os novos e inusitados problemas, em virtude da complexidade das questões enfrentadas pelos profissionais, impõe a necessidade de superar as barreiras edificadas em torno das diferentes áreas do conhecimento para recompor os fragmentos de saber e superar o excesso de racionalização e compartimentalização das práticas profissionais (FURTADO, 2007).

Peduzzi (2001) descreve conceitos e tipologias do trabalho em equipe, diferenciando em equipe integração, caracterizada pela articulação das ações e interação entre os agentes, e a equipe agrupamento, onde há a justaposição das ações e agrupamento dos agentes. Os critérios utilizados pela autora para tal classificação foram: a comunicação entre os agentes do trabalho, as diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados, a formulação de um projeto assistencial comum, as especificidades de cada área profissional e a flexibilização da divisão do trabalho.

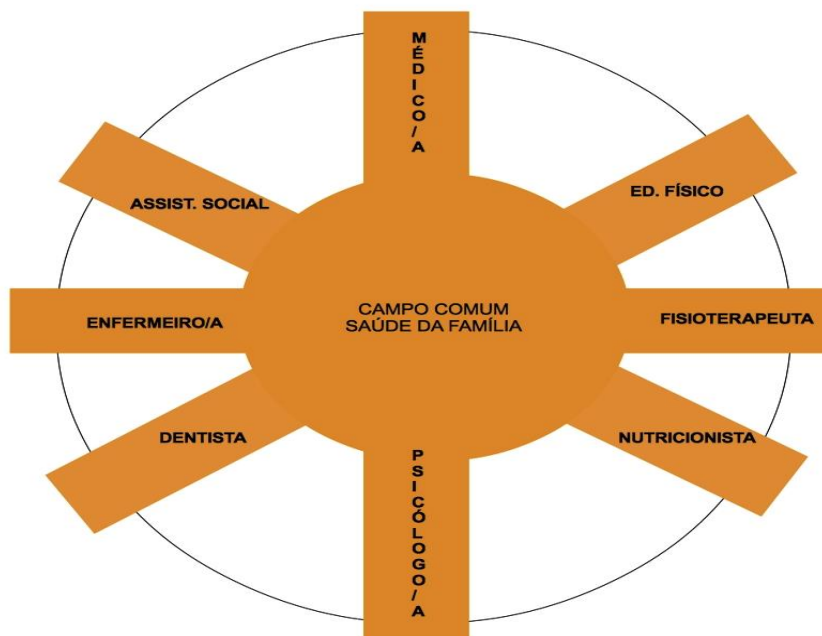
Os processos de trabalho na ESF exigem na prática a construção de um “novo campo” de saber comum a todas categorias profissionais e o reconhecimento da limitação da ação uni-profissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações, o que implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde. Nas palavras de Fortuna et al, (2005)

[...] em nosso trabalho em saúde, também na ESF, nós nos relacionamos para desenvolver uma tarefa, temos um fazer conjunto que precisa ser maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada um dessa equipe.

Andrade et al (2004) apresentam uma figura esquemática para sintetizar a construção da interprofissionalidade na ESF, na qual os profissionais possuem um campo comum de saberes e práticas e, em sua prática profissional cotidiana, há

interação entre as várias categorias que compõe a equipe de trabalho, visando um cuidado holístico, integrado e integral.

Figura 2 - A construção da interdisciplinaridade na Estratégia de Saúde da Família



Fonte: ANDRADE, L. O. M. et al., 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde, capaz de abranger a complexidade do processo saúde-doença, o trabalho interprofissional se torna um imperativo aos trabalhadores do setor. A ESF possui como característica fundamental a atuação multiprofissional, necessita, então, do desenvolvimento das competências necessárias ao trabalho interprofissional.

Atualmente, um dos desafios para a implementação do atendimento integral é o perfil dos profissionais formados pelos cursos de graduação da área da saúde que carecem de mudanças pedagógicas em sua formação para dar possibilidades às práticas de integralidade da atenção, eixo norteador da formulação de políticas de saúde.

Neste sentido, faz-se urgente a mudança nos conceitos e nas práticas que orientam o processo de formação, uma vez que o paradigma médico-hegemônico adota um modelo tecnológico de operar a produção de atos de saúde que empobrece ou mesmo anula a dimensão da integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Na área do ensino, opera-se a reprodução deste modelo assistencial e tecnológico. Pagliosa

e Da Ros (2008) referem-se à associação entre a corporação médica e o grande capital como grupos de interesses que exercem forte pressão sobre as instituições e os governos para o fortalecimento da “medicina científica”.

A saúde no Brasil sofreu fortes mudanças com a criação de um sistema universal [...] seus princípios democráticos trabalham diretrizes, conceitos e práticas que eram e ainda são contra-hegemônicos na sociedade. O sistema hegemônico, o chamado modelo flexneriano, apresenta a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, depende do perfil de formação e da prática dos profissionais (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 555).

As transformações na educação dos profissionais de saúde devem ser orientadas pelas atuais necessidades sociais, pelos novos conhecimentos sobre como aprendemos e suas repercussões para o processo de ensino e aprendizagem, incorporando todos os elementos necessários para garantir o perfil de competências profissionais necessário à consolidação do SUS (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Feuerwerker e Sena (2002) situam a crise vivenciada pela saúde e pela educação dos profissionais do setor no âmbito dos processos mais gerais das transformações do mundo do trabalho e da conseqüente emergência de um “novo trabalhador revalorizado” do qual passa a ser exigido capacidades de diagnósticos, de solução de problemas, de tomada de decisões, de intervenção no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organizar-se e de enfrentar constantes mudanças em seu contexto de trabalho.

Aos observarmos, as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde podemos facilmente identificar no perfil do egresso a caracterização deste “novo profissional”, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a).

Neste ponto, consideramos relevantes abordar a reflexão de Lima (2005) de que a aprendizagem, compreendida como uma mudança permanente na relação entre as pessoas e destas com a sociedade, pode ser desenvolvida de várias maneiras, sendo cada

uma delas fundamentadas em dimensões psicológicas e pedagógicas que possuem distintas concepções, interesses, valores e ideologias que orientam e determinam a intencionalidade dos processos educativos.

De forma que precisamos ter clareza sobre a contraposição existente entre a concepção pedagógica tradicional e a concepção crítica reflexiva e a sua profunda influência sobre o desenvolvimento humano. Sendo a primeira expressa através da pedagogia da transmissão, da prática pedagógica centrada no professor e da aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade; enquanto que a concepção crítica privilegia a construção do conhecimento a partir da problematização da realidade através da articulação entre teoria e prática e da participação ativa do estudante no processo de ensino-aprendizagem (FEUERWERKER; SENA, 2002). Esta é a crise paradigmática que atravessa a discussão sobre a educação dos profissionais de saúde em suas inter-relações com concepção biomédica hegemônica e o paradigma da construção social da saúde.

Feuerwerker (2001) identifica alguns desafios para o processo de transformação da educação dos profissionais de saúde. Para a autora, a construção de competências comuns necessárias aos profissionais pouco avançou, o fortalecimento e o incentivo a construção da rede-escola, ou de espaços de aprendizagem na rede de serviços de saúde faz-se urgente e, por fim, a construção da integralidade/trabalho em equipe interprofissional que, nas palavras da autora, “só vamos aprender fazendo, de maneira articulada entre as profissões e entre níveis de atenção”.

Ao resgatarmos a terceira geração de reformas educacionais delineada por Frenk et al (2010), veremos que as mudanças propostas almejam alcançar dois principais objetivos: a construção de sistemas educacionais interdependentes e de uma abordagem de aprendizagem transformativa. A aprendizagem transformativa envolve três mudanças fundamentais: 1) da memorização de fatos para a busca, análise e síntese de informações para a tomada de decisões; 2) da busca de credenciais profissionais para o desenvolvimento de um núcleo de competências para um efetivo trabalho em equipe nos sistemas de saúde; 3) da adoção acrítica de modelos educacionais para adaptação criativa de recursos globais endereçados a prioridades locais. E a construção de uma educação interdependente também envolve três mudanças fundamentais: 1) sair do isolamento para a integração entre sistemas de saúde e de educação; 2) sair do

isolamento institucional para a construção de redes, parcerias e consórcios; 3) a superação de modelos de instituições voltadas para suas próprias preocupações para o aproveitamento e integração aos fluxos globais de conteúdos educacionais, recursos de ensino e inovações.

A realização desta missão requer uma série de transformações pedagógicas e institucionais sintetizada pelos autores nas seguintes proposições: adotar abordagem dirigida por competência para a construção dos currículos e desenhos pedagógicos e a adaptação destas competências às rápidas mudanças das condições locais; promover a educação interprofissional e transprofissional para quebrar com o isolamento das profissões e fortalecer relações colaborativas e não hierárquicas em equipes de trabalho; promover um novo profissionalismo que utiliza as competências como critérios para a classificação dos profissionais de saúde e que desenvolve um conjunto de valores em torno do compromisso social.

Muitos destes aspectos estão em sintonia com a compreensão de que o processo de formação profissional na área da saúde, com vistas à incorporação de uma perspectiva transformadora, precisa incorporar os conhecimentos e princípios da educação de adultos, o que implica a introdução de metodologias que favorecessem a aprendizagem ativa, centrada no estudante e a adoção de currículos flexíveis, integrados e construídos a partir do enfoque interdisciplinar para o enfrentamento de problemas presentes numa realidade complexa; reorientação das pesquisas acadêmicas; maior ênfase na atenção primária à saúde e na promoção da saúde; o foco no trabalho em equipes multidisciplinares; a diversificação dos cenários de prática e a articulação constante com o sistema de saúde local, visando possibilitar ao estudante conhecer desde o início de sua formação a realidade, o funcionamento e as necessidades dos serviços de saúde; a valorização da extensão; valorização de atitudes éticas e humanistas; e o desenvolvimento de capacidade de crítica e de investigação através da utilização de metodologias de problematização, que permitem a reflexão sobre determinadas situações, questionando os fatos e fenômenos, com vista à compreensão dos processos e à proposição de soluções.

A escolha de currículos orientados por competência busca superar o foco exclusivo em disciplinas e conteúdos, muitas vezes descontextualizados do mundo do trabalho e transmitidos de forma mecânica e passiva. Uma vez que competência é

conceituada como “uma combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados” (LIMA, 2005, p. 371), a construção de currículos orientados por competência seleciona os conteúdos legítimos e relevantes por meio do levantamento das tarefas e ações que compõe os processos de trabalhos, considerando os atributos que fundamentam a realização destas ações.

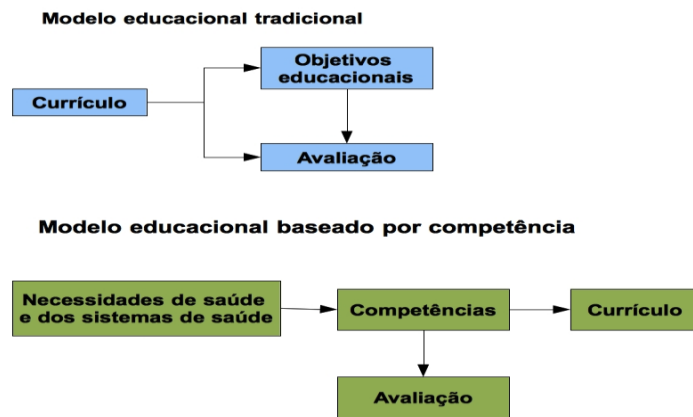
A abordagem curricular orientada por competência se estrutura de forma a dar respostas aos problemas específicos de saúde da população através da identificação das competências necessárias aos profissionais para que eles sejam capazes de lidar com a realidade e os desafios de saúde no cenário contemporâneo, dotando-os também com pensamento crítico necessário para avaliar e analisar as realizações e as deficiências dos sistemas de saúde, o que possibilita reconfigurações sintonizadas com a formação profissional e com as necessidades e demandas da população. Este diálogo permanente entre formação e serviço permitiria também uma melhor conformação dos papéis e responsabilidades profissionais, como citado pelos autores

A utilização potencialmente transformadora da abordagem por competência permite construir uma base objetiva para classificação da várias profissões de saúde ao invés das presentes fronteiras arbitrárias, que são indicativas do aparente sucesso de diferentes grupos ocupacionais na mobilização dos poderes do Estado na atribuição de credenciais especificamente para estabelecer monopólios de práticas [...] As fronteiras tradicionais entre as profissões podem assim ser reduzidas (FRENK et al, 2010, p. 21).

Na figura 3, Frenk et al (2010) apresentam as principais diferenças entre o modelo curricular tradicional e o modelo educacional orientados por competência. E, como é possível observar, o diálogo da educação com as necessidades de saúde e dos sistemas de saúde é o aspecto central que difere os dois modelos.

Figura 3 - Modelos de currículos educacionais

Fonte: Frenk et al (2010).



A realidade dos serviços de saúde apresenta uma série de desafios que precisam ser superados em decorrência das novas modalidades de organização do trabalho em saúde e das exigências em relação ao perfil dos novos profissionais (FEUERWERKER; SENA, 2002). Nesse sentido, as transformações na educação dos profissionais de saúde têm um papel central na indução destas mudanças. Compreendemos, apoiadas por reflexões de uma série de autores, que o perfil dos profissionais necessário para as respostas às necessidades sociais e às novas configurações e demandas dos sistemas de saúde deve estar em consonância com o perfil do estudante egresso definido nas diretrizes curriculares nacionais, tendo-se clareza que estas transformações exigem das instituições de ensino superior uma série de transformações tanto nas abordagens pedagógicas como em suas estruturas organizacionais. Segundo Lima (2005), o processo educacional deve resguardar coerência com o perfil profissional desejado e com os princípios filosóficos, pedagógicos e ideológicos do programa.

Como vimos, a partir das reflexões anteriores, assegurar a integralidade da atenção através do trabalho em equipe constitui-se como um desafio para a formação dos profissionais de saúde. A discussão sobre interdisciplinaridade transposta para a prática cotidiana dos trabalhadores busca refletir sobre a irracionalidade advinda do excesso de racionalização e compartimentalização das práticas profissionais (FURTADO, 2007). O que alguns estudos constatam (D'AMOUR, 1997; CECCIM et al, 2008) é que o ideal do exercício liberal (individual) e o ideal do cenário consultório-prescrição (de ampla autonomia) permeiam o imaginário dos estudantes e profissionais da saúde, fortalecendo, dentre as diferentes categorias, a tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração

profissional.

O sucesso na carreira e a superioridade profissional são esperados do curso universitário, mas seu acontecer tem ocorrido num espaço-tempo-sentido onde não se inclui o outro (alteridade), coloca-se a obtenção de vantagem, de prestígio e de símbolos de status. A autonomia é desejada como independência profissional, assim não aparece como relevantes a aprendizagem das linguagens do outro, não aparece a necessidade de projetos terapêuticos da integralidade ou o reconhecimento de redes sociais (CECCIM et al., 2008, p. 1577).

Ao capturarmos a intersubjetividade que atravessa o campo do exercício profissional e da formação em saúde podemos identificar o antagonismo entre o modelo profissional e o modelo da colaboração (D'AMOUR, 1997), nas palavras de Furtado (2007, p. 246) “entre a diferenciação (que buscamos ativamente pela formação profissional) e a integração (requerida pela colaboração e condição para qualificação da clínica)”.

A colaboração entre as profissões da saúde tem sido enfatizada nos últimos anos como estratégia para superar e dar respostas a diversos impasses que prejudicam a qualidade e a resolutividade das práticas de assistência e submetem os usuários a um cuidado que não é acolhedor e não incorpora a dimensão da integralidade, para tanto, identificamos a proposta da Educação Interprofissional em Saúde como uma estratégia pedagógica potente para empreender algumas das transformações necessárias na educação dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, acreditamos ser de fundamental importância o desenvolvimento de projetos de educação interprofissionais no âmbito da graduação com o intuito de estimular a colaboração entre estudantes dos diversos cursos da área da saúde, por compreender que os profissionais trabalham melhor juntos quando aprendem juntos para assim melhorar a qualidade dos serviços para os usuários. E como enfatizam Ceccim et al (2008), é durante a educação profissional que os valores e critérios são construídos como perfil ao exercício da profissão.

É neste contexto que iremos descrever e analisar o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, formulado e proposto através de uma articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Antes de abordá-lo, intentaremos um breve resgate histórico dos movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde que simultaneamente às lutas pela reforma sanitária foram acumulando ações e

proposições para o campo da educação e do ensino na saúde. A existência deste movimento foi indispensável na “disputa pela mudança dos perfis profissionais e com importante mobilização, fundamental para que a definição das novas diretrizes curriculares nacionais correspondesse às necessidades reconhecidas como relevantes ao SUS e à população” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1403).

2.3 Movimentos de mudanças da formação profissional em saúde

Os movimentos em prol de mudanças na graduação das profissões de saúde se constituíram antes mesmo da própria criação do SUS. O histórico destes movimentos se confunde um pouco com a constituição de outro movimento social na área da saúde, a saber: a Reforma Sanitária (FEUERWERKER, 2001; BARBIERI, 2006; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Podemos afirmar que a criação dos departamentos de Medicina Preventiva, a criação dos Centros de Saúde-Escola, os Programas de Medicina Comunitária, a prática da extensão universitária constituíram-se como o embrião das insatisfações, por parte de professores e estudantes, com o caráter da formação profissional na área da saúde que impulsionaram movimentos pró-mudança na formação superior em saúde implantadas no Brasil.

Nesta perspectiva, o profissional médico passaria a atuar como o agente de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual, estabelecendo novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade (...) cabendo, entretanto, para o sucesso da estratégia, a reforma educacional, dado que as escolas médicas reforçam o caráter fragmentário e curativo da atenção médica (AGUIAR, 1998, p. 38).

Em 1985, teve início a Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais – Rede IDA, com suas primeiras articulações já no início dos anos 70, em sintonia com o Movimento de Reforma Sanitária. A Rede IDA, aos poucos, foi se constituindo como um potente movimento pela mudança na formação dos profissionais de saúde (BARBIERI, 2006; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

As propostas em torno das reformas educacionais, inicialmente, tinham como premissa fundamental a necessidade de reformulação dos currículos universitários para uma formação de recursos humanos de acordo com os princípios da Reforma Sanitária e do SUS, priorizando nas discussões e nas formulações a existência de articulação entre as universidades e o sistema de saúde. Em momentos posteriores as avaliações das

primeiras experiências desenvolvidas, considerou-se importante fortalecer dois aspectos das estratégias de articulação ensino-serviço: o envolvimento de equipes multiprofissionais durante o curso de graduação e maior participação da comunidade (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

O processo de implementação do SUS e o desenvolvimento do Programa UNI (Uma Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade financiada e implementada pela Fundação Kellogg) fortaleceram e intensificaram a construção dos movimentos de mudança, “de modo que a necessidade de mudar deixasse de ser objetivo/preocupação de algumas escolas e passasse a ser questão relevante para todo um segmento profissional” (FEUERWERKER, 2001, p. 02).

Outro aspecto que gostaríamos de destacar é que a discussão sobre a importância da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade no âmbito das universidades e dos serviços de saúde começam a ganhar terreno no Brasil. Estas experiências permitiram um questionamento e uma rediscussão da hegemonia médica nos serviços assistenciais, sinalizando que a aprendizagem interdisciplinar facilita e impulsiona o trabalho multiprofissional e integral (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Os movimentos pró-mudanças na graduação em saúde, somados ao Movimento da Reforma Sanitária, conquistaram um importante arcabouço legal, especificamente, com relação à formação em saúde. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, a temática da formação dos profissionais é abordada como relevante para a consolidação do SUS. Isto ressalta a importância dos movimentos sociais articulados na proposição de políticas para a graduação e no apoio e estímulo aos processos de transformações.

A Constituição Federal de 1988, que em seu Art. 200 descreve as competências do sistema único de saúde e inclui, como uma de suas atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Como também na Lei Orgânica 8.080/90 que, além de reforçar o já dito da Constituição, determina em seu Art. 14. a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS. No Art. 15 esta Lei também determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo a atribuição de participar na

formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e realizar pesquisas e estudos na área da saúde, explicitando a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS. E, por fim, no Art. 27 enfatiza que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo com a finalidade de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, ressaltando que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa.

Observa-se que o setor saúde, em suas legislações, incorporou responsabilidades tanto no que diz respeito à formação de novos profissionais, como também à atualização e ao desenvolvimento dos profissionais dos serviços. No entanto, a mudança da graduação em saúde, para se fazer efetiva e profunda, precisa ser incorporada nas discussões e formulações do Ministério da Educação (MEC) e de seus respectivos órgãos e setores (INEP/ Pró-Reitorias de graduação). Sem isto, as mudanças serão sempre limitadas.

A Constituição Federal é clara ao determinar ao setor da educação a obrigação de promover o desenvolvimento do educando visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Aspecto estes retomados na legislação infraconstitucional do setor – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - ao definir como atribuição do sistema educacional a vinculação da educação ao mundo do trabalho e à prática social.

O sistema educacional não fica fora do ordenamento da formação ou da organização do sistema de formação pelo fato de ser esse o setor que detém os instrumentos de gestão e a legitimidade de regulação da educação nacional. Entretanto, as funções sociais do ordenamento, controle, fiscalização, auditoria e avaliação são funções do Estado e ganham características próprias no setor da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1401).

A aproximação dos movimentos de mudança na graduação com o setor da educação foi um passo fundamental para o início de uma precoce articulação entre as áreas da saúde e da educação e a necessária construção de agendas comuns. Podemos situar, como marco importante, o surgimento de um novo movimento, composto por integrantes da Rede IDA e dos Projetos UNI, que passou a ser denominado Rede UNIDA. Este movimento, composto por pessoas, projetos e instituições comprometidas com os movimentos de mudanças na formação profissional na área da saúde, com

desenvolvimento profissional, com as mudanças nos serviços de saúde e o fortalecimento da cidadania e da participação popular, teve participação fundamental nas discussões sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; FEUERWERKER; SENA, 2002).

No início do século XXI, entre os anos 2001 e 2004, são publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde - DCNs. As DCNs para o ensino de graduação no Brasil são documentos elaborados pelo Ministério da Educação que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos profissionais da saúde para aplicação na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde das Instituições do Sistema de Ensino Superior de todo o Brasil. As DCNs preconizam o perfil do profissional egresso

[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

As mudanças na formação dos profissionais de saúde propostas através das novas diretrizes curriculares nacionais estão em consonância com alguns dos problemas que abordamos acima na busca de superá-los. Os documentos preconizam algumas competências gerais consideradas indispensáveis para o exercício profissional dos trabalhadores da saúde definidas de acordo com as necessidades atuais da população. Também sugerem inovações pedagógicas necessárias a construção deste novo perfil acadêmico e profissional, como por exemplo: a utilização metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento; a diversificação dos cenários de prática; a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação; o desenvolvimento de prática pedagógica centrada no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Para tanto, todos os estudantes, ao longo de sua formação, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de

pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos; realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. Também são consideradas indispensáveis competências no campo da tomada de decisões; da comunicação; da liderança; da administração e gerenciamento; e da educação permanente (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2004a). Além disso, as resoluções enfatizam que a formação profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.

Feuerwerker (2003) ressalta a importância das diretrizes nacionais para sintonizar a educação dos profissionais com os problemas mais relevantes da sociedade, priorizando conteúdos com base em critérios epidemiológicos a partir das necessidades de saúde. A autora enfatiza algumas iniciativas importantes para efetivar as mudanças propostas como, por exemplo: a utilização dos princípios da aprendizagem de adultos, a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, a integração entre teoria e prática e a diversificação dos cenários de prática.

Pretende-se com elas (diretrizes curriculares) chegar a ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Pretende-se também transformar o modelo de atenção, fortalecendo a promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde (FEUERWERKER, 2003, p. 25).

Ao analisarmos as DCN, identificamos que o trabalho em equipe multiprofissional é colocado bastante em evidência como competência necessária ao exercício profissional de todas as categorias que conformam o campo da saúde, estando de acordo com as formulações que preconizam uma formação que dê possibilidades as práticas de integralidade da atenção.

A insuficiência do aparato legal acima apresentado para promover uma profunda transformação na formação dos profissionais de saúde é ressaltada pelos estudiosos da

área. Afinal, como bem enfatizam Gozález e Almeida (2010, p. 561)

[...] “não se pode esperar uma reorientação espontânea das instituições de ensino, ou do serviço, na direção assinalada pelo SUS. Torna-se vital conferir direção convergentes aos inúmeros processos de mudanças, a fim de facilitar a consecução dos objetivos propostos.

Nesse sentido, consciente do papel do SUS na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores do setor, o Ministério da Saúde tem envidado esforços para implementar uma série de políticas e programas que promova e estimule as transformações necessárias na formação dos profissionais da saúde. Logo após a aprovação das DCNs para o curso de medicina, os Ministérios da Saúde e da Educação em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançam em 2002 o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) que tem como objetivo incentivar as escolas médicas a fazerem mudanças curriculares com o intuito de adequar a formação médica às necessidades da população e do atual sistema de saúde brasileiro. O programa recomenda as seguintes mudanças pedagógicas: enfatizar a medicina integral, valorizando o conceito de saúde em detrimento da doença; desenvolver metodologias ativas de ensino-aprendizagem; valorizar a humanização do atendimento com a formação de uma base ética sólida; incentivar o ingresso dos futuros médicos em ações de atenção básica, dando prioridade ao Programa Saúde da Família; trabalhar novos cenários de ensino-aprendizagem que não sejam só o hospital universitário (INFORME SAÚDE, 2002, P. 02).

Em 2003, a criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) na estrutura organizacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SEGETS) impulsionou a atuação do Ministério da Saúde junto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o intuito de mostrar caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, aperfeiçoar o pessoal que já está no SUS e cuidar para que haja profissionais de saúde comprometidos e em quantidade suficiente em todos os pontos do País (BRASIL, 2005).

A implementação dos Polos de Educação Permanente em Saúde em cada macrorregião do País, definidos como instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional para pensar juntos as questões da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005) e o processo de

certificação dos hospitais de ensino dão início a uma parceria entre o Sistema de Saúde e as Instituições Formadoras. Parceria esta fortalecida através do lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em 2004 (PNEP - Portaria 198) como uma estratégia de consolidação do SUS com o objetivo de promover profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área em consonância com os princípios do SUS. Em agosto de 2007, através da portaria 1.996, a estrutura dos polos como instâncias de articulação intersetorial foi substituída pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) situadas nos colegiados de gestão regional que assumiram a condução regional da política de EPS (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Em 2004, o Ministério da Saúde e da Educação lançaram o AprenderSUS – O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. O projeto tem como objetivos orientar mudanças na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação e apoiar a gestão do ensino em coerência com as diretrizes e os princípios do SUS, tendo como eixo estruturante o princípio da integralidade e a ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde. Resultou desta política o trabalho articulado com o Ministério da Educação para a implementação das diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2004a). As estratégias propostas para impulsionar mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação foram: Convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; Curso de Educação à Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação, Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança, apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudanças, dentre outras.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) foi lançado em 2005 como uma ação articulada entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Pode-se considerar que, em suma, o Pró-Saúde almeja a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, entendendo essa prática como um mecanismo indispensável para potencializar o aprendizado, levando em consideração a realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (Brasil, 2007a). Além disso, o Pró-Saúde propõe que os objetivos de mudança sejam construídos em torno de três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação

pedagógica – direcionados à integração das IES com o serviço público de saúde de maneira a propiciar respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimento e na prestação dos serviços, tendo como finalidade maior, em todos esses casos, o fortalecimento do SUS (Brasil, 2007). Os avanços e conquistas neste campo são visíveis e inegáveis, muito tem sido feito, no entanto, ainda há muito que fazer para viabilizar a construção de novos modelos pedagógicos e impulsionar mudanças sobre dimensões mais abrangentes do processo de formação profissional.

O PET-Saúde, também como iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, é instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial interprofissionais na Estratégia Saúde da Família. Insere-se no âmbito das estratégias que visam promover mudanças na formação dos profissionais de saúde, tendo em vista a necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades básicas de saúde municipais através da integração ensino-serviço e a necessidade de preparar os serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS através de estímulos para que os profissionais de saúde possam orientar os estudantes de graduação, consolidando a atenção básica como um cenário de prática para os cursos da área da saúde. (BRASIL, 2008).

É uma ação intersetorial direcionada para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de parcerias firmadas entre as instituições de ensino superior, as secretarias municipais de saúde e os ministérios da saúde e da educação. Os projetos são elaborados tendo como premissas a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a interdisciplinaridade, a atuação coletiva e o contato sistemático com a comunidade, promovendo a troca de experiências em um processo crítico e de mútua aprendizagem através do fomento da criação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da estratégia de saúde da família, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005 (BRASIL, 2009a).

Os grupos tutoriais são formados por estudantes de graduação da área da saúde regularmente matriculados em Instituições de Educação Superior, por professores e por profissionais pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família, considerando-se a proporção de 1 (um) tutor acadêmico para 6 (seis) preceptores e 12 (doze) estudantes

monitores que serão definidos a partir de cada grupo de 30 (trinta) estudantes, sob orientação do respectivo grupo de tutor e preceptores.

Os tutores são professores das IES que devem realizar a supervisão docente-assistencial, dirigida aos profissionais da saúde, exercendo o papel de referência para os preceptores e/ou para os estudantes vinculados ao programa. A função do tutor deve ser exercida por pelo menos oito horas semanais, como parte de sua atividade universitária, sem detrimento das funções acadêmicas às quais está incumbido (BRASIL, 2008a). Para serem selecionados como tutores, os docentes devem estar vinculados à IES participantes do PET-Saúde, em regime integral, com atuação efetiva na docência em cursos de graduação da área da Saúde da Família e possuir vínculo com orientações de pesquisas (BRASIL, 2008b).

Enquanto que os preceptores detêm a função primordial de supervisionar e orientar as ações dos alunos no serviço. Eles devem ter uma experiência mínima de dois anos na área de atuação, ou o título de especialista em Saúde da Família, ou em Medicina de Família Comunidade, ou ter concluído residência em Medicina de Família e Comunidade credenciada junto à Comissão Nacional de Residência Médica, e exercer atividades no âmbito da ESF. O preceptor deve desempenhar sua função por pelo menos oito horas semanais, como parte das atividades normais da Equipe de Saúde da Família, à qual ele seja vinculado (BRASIL, 2008a). Para serem contemplados, os profissionais da ESF devem estar devidamente relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e serem designados pelo gestor municipal de saúde (BRASIL, 2008).

E, por fim, os grupos tutoriais são compostos por estudantes de graduação, regularmente matriculados em IES integrantes do PET-Saúde. A eles compete o desenvolvimento de atividades de pesquisa, sob orientação do tutor e do preceptor e de atividades de iniciação ao trabalho no campo da ESF (BRASIL, 2008).

Com estas iniciativas busca-se o desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da

população brasileira; promover o fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2008).

O PET-Saúde é um programa recente, com apenas três anos de funcionamento, período no qual foram lançados quatro editais para seleção de projetos a serem desenvolvidos em todo o Brasil, a saber: Edital N° 12 de 3 de setembro de 2008; Edital N° 15 de 12 de novembro de 2008 (retificação do edital N° 12); Edital n° 18 de 16 de setembro de 2009; Edital n° 7/2010 que instituiu o PET-Saúde/Vigilância Sanitária; e o Edital n° 27/2010 que instituiu o PET-Saúde/Saúde Mental. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês.

Como destacado por Silveira et al. (2011), o PET-Saúde possui duas inovações importantes: a constituição dos grupos apresenta uma perspectiva de formação no trabalho multiprofissional, em atendimento às necessidades do SUS e da Estratégia de Saúde da Família; e a criação de mais uma categoria de bolsistas, como preceptores, sendo estes profissionais da rede de serviço do SUS, constituindo um importante elemento para a inserção dos alunos junto à equipe e à comunidade, diminuindo o histórico distanciamento entre a academia e o serviço.

3. SAÚDE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: DIÁLOGOS POTENTES

As transformações desencadeadas nos sistemas nacionais de saúde, principalmente, através da operacionalização da APS, impulsionadas a partir das recomendações da Conferência de Alma-Atá em 1978, a escassez e má-distribuição dos profissionais de saúde em todo o mundo, a necessidade de otimizar os recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações de saúde, a garantia do cuidado integral aos usuários, são estas algumas das questões que se apresentam como desafios para os trabalhadores e os gestores do sistema de saúde.

Frente a sistemas de saúde fragmentados e as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população, a construção e a reestruturação de modelos assistenciais colocam-se como prioridade na busca por respostas às necessidades em saúde da população. Os profissionais de saúde, neste contexto, são confrontados com problemas de complexidades cada vez maiores, ao mesmo tempo em que o grau de especialização das profissões e dos procedimentos da área se intensifica, constituindo-se como obstáculos para uma prática integral e holística. D'Amour e Oandasan (2005) enfatizam que, atualmente, cada profissão possui uma jurisdição própria ou âmbito específico de prática, que impacta na estruturação da oferta dos serviços, segundo as autoras, este tipo de divisão das responsabilidades entre os profissionais de saúde raramente é coerente e integrado de forma a atender às necessidades dos usuários. As autoras situam a emergência do conceito de interprofissionalidade como uma resposta para a realidade da fragmentação das práticas de cuidado em saúde.

A interprofissionalidade vem da preocupação dos profissionais para reconciliar suas diferenças e as suas opiniões, por vezes opostas, e envolve a interação contínua e o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais, para resolver ou explorar uma variedade de questões no campo da educação e dos cuidados em saúde (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 09).

Silva, Batista e Batista (2011) enfatizam que, no Brasil, em muitas iniciativas desenvolvidas no contexto do SUS, há esforço no sentido da formulação e do desenvolvimento do trabalho em equipe centrado nos usuários, na busca de superar a fragmentação das ações em técnicas específicas de cada profissão. Neste percurso constatam que

[...] entre o processo de formação dos profissionais em saúde, e os pressupostos do SUS há pontos de tensões a serem resolvidos em grande parte representados por uma significativa parcela de profissionais formados por metodologias que valorizam o modelo biológico e a linearidade na avaliação do estado de saúde do ser humano (SILVA; BATISTA; BATISTA, 2011, p. 02).

Como já abordamos no capítulo anterior, Frenk et al (2010) caracterizam a terceira geração de reformas na educação dos profissionais de saúde que, segundo os autores, marcam o século XXI. Os autores enfatizam que através do avanço de transformações que já estão em curso,

[...] todos os profissionais de saúde em todos os países devem ser educados para mobilizar conhecimentos e para comprometerem-se através de pensamento crítico e conduta ética tornando-se competentes para construir sistemas de saúde centrado nos usuários como membros com responsividade local e conectados globalmente (FRENK et al., 2010).

Abordamos, também, que para transformar esta utopia em realidade uma série de reformas educacionais e institucionais é necessária para viabilizar a construção de uma educação interdependente e aprendizagem transformativa, consideradas dimensões fundamentais na conquista da equidade em saúde através do fortalecimento de sistemas de saúde centrado nos usuários com orientação comunitária.

Neste momento, focaremos nas reformas educacionais necessárias para melhorar a performance dos sistemas de saúde, com o intuito de situar o papel da educação interprofissional no contexto mais amplo das discussões sobre a educação dos profissionais de saúde.

Para os autores, quatro aspectos centrais conformam o desenho pedagógico de uma instituição educacional, a saber: os critérios de admissão, os modelos curriculares, abordagens pedagógicas e os caminhos possíveis para a carreira profissional que interferem na estruturação e nos objetivos da formação. De forma que todos estes aspectos devem estar sintonizados visando a promoção de uma aprendizagem transformativa, conceito construído a partir de contribuições Paulo Freire e Mezirow.

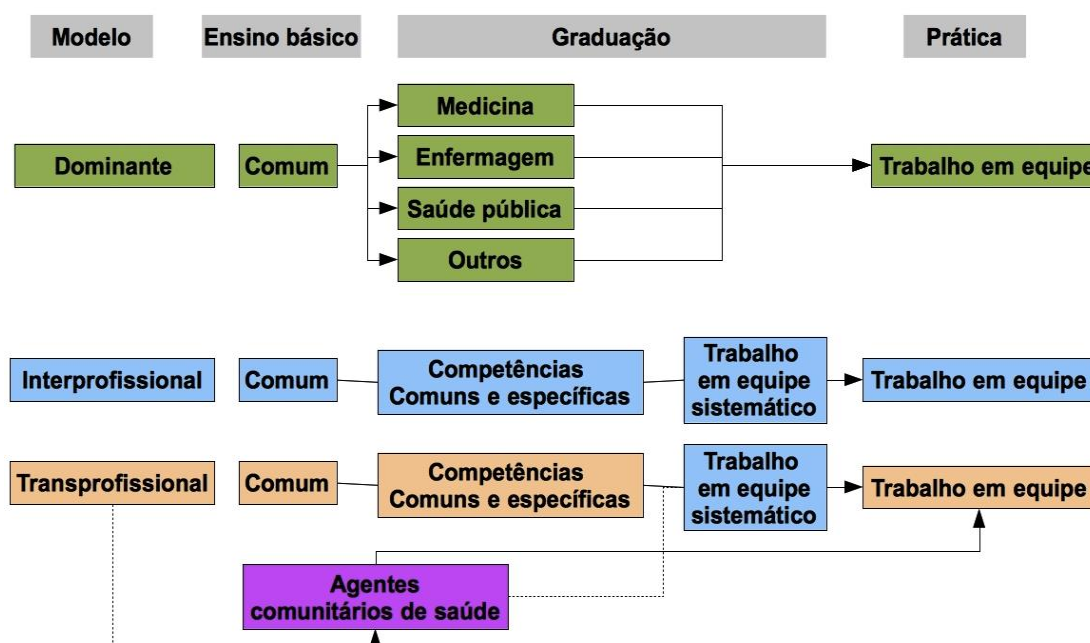
Para a educação interprofissional, a saúde precisa de trabalho em equipe, e essa necessidade tem crescido em importância por causa das transformações dos sistemas de saúde. De forma que a educação interprofissional, somada à construção de currículos orientados por competência são consideradas pelos autores como estratégias

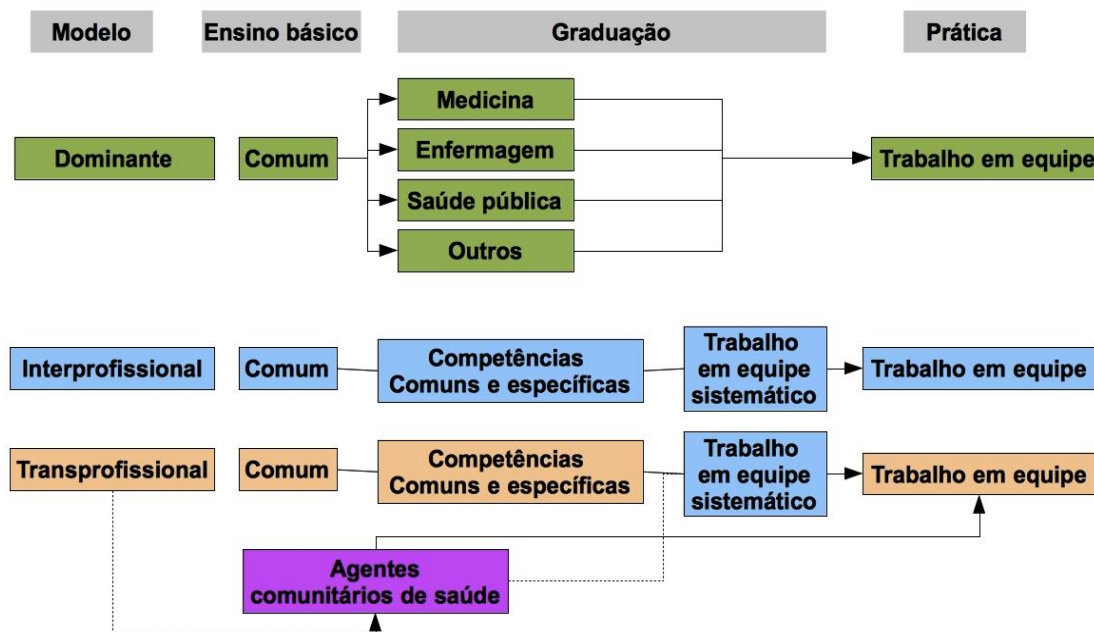
pedagógicas fundamentais à educação dos profissionais de saúde.

A aprendizagem baseada em equipe (*team-based learning*) é a denominação dada pelos autores ao que nós temos nos referido como educação interprofissional, definida por eles como abordagem pedagógica que visa preparar os estudantes para o trabalho colaborativo através do envolvimento de estudantes de duas ou mais profissões aprendendo juntos, especialmente sobre o papel de cada uma, interagindo entre si em uma agenda comum de ensino. É vista como uma estratégia para superar a incapacidade dos profissionais de saúde de atuarem em equipes de trabalho em decorrência do isolamento e da fragmentação curricular que marcam a formação dos profissionais de saúde, o que contribuiu para o corporativismo, a especialização exacerbada e os rígidos padrões de credenciamento que restringem ou impossibilitam a colaboração profissional. As dificuldades para implementação desta perspectiva educacional são muitas, como citado pelos autores: grande número de alunos, baixa razão professor-aluno-razões, instalações inadequadas e métodos de ensino e aprendizagem exclusivamente baseados na transmissão de conhecimentos.

Na figura 4, Frenk et al (2010) sistematizam as principais características contrastantes entre o modelo atual hegemônico de formação dos profissionais de saúde, marcado pelo isolamento das trajetórias profissionais; e os modelos educacionais interprofissional e transprofissional que incorporam competências para o trabalho em equipe, fundamental para uma prática efetiva.

Figura 4 - Modelos educacionais





Fonte: Frenk et al (2010)

Experiências desenvolvidas em alguns países demonstram que práticas colaborativas são muito potentes no sentido de melhorar os resultados de saúde da população e aumentar o seu nível de satisfação. A relação entre a necessidade de educação interprofissional para o desenvolvimento de práticas de trabalho colaborativas tem sido evidenciada por alguns autores (WHO, 2010; BARR, 2009; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; D'AMOUR et al, 2008; SILVA et al, 2010; FURTADO, 2007; BURING et al, 2009). Estudos e pesquisas desenvolvidas neste campo mostram que, para alcançar os objetivos de os profissionais de saúde trabalharem de forma colaborativa, faz-se necessário que tenham tido experiências de diálogo e troca de conhecimentos entre as diversas profissões ao longo de sua formação, de modo à desenvolver e aprimorar as competências necessárias a prática colaborativa. Como citado por D'Amour e Oandasan (2005, p. 09):

[...] o desenvolvimento da interprofissionalidade implica uma melhor compreensão sobre os determinantes e os processos que influenciam a educação e a prática interprofissional. Implica também a compreensão sobre os links entre estas duas esferas de atividade.

Barr (2002) situa algumas transformações nos sistemas de saúde que impulsionaram o desenvolvimento da educação interprofissional desde a década de 70

até os dias atuais, como, por exemplo: a formação das equipes de atenção primária, a introdução do cuidado numa perspectiva comunitária, as estratégias para promover mudanças efetivas e melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde.

As demarcações rígidas e relações hierárquicas que podem ter funcionado bem o suficiente nos hospitais não tinha lugar nos serviços comunitários onde as fronteiras entre os profissionais precisam ser mais permeáveis. As relações tornam-se mais flexíveis, os riscos de disputas territoriais aumentaram (BARR, 2002, p. 11).

As discussões de base filosóficas, conceituais, políticas e organizacionais sobre os sistemas de saúde ao longo do século XX e suas repercussões na compreensão sobre o processo saúde-doença e sobre os objetivos dos serviços de saúde dão sustentação a um conceito ampliado de saúde expresso nos enfoques da promoção da saúde e na construção de sistemas de saúde que possuem como eixo de estruturação a integralidade do cuidado. Estes pressupostos impulsionam “a reflexão da integralidade do cuidado e da interprofissionalidade na educação em saúde como sendo elementos sinérgicos para as concepções de atuação profissional” (SILVA; BATISTA; BATISTA, 2011, p. 01). A ênfase posta na educação interprofissional se dá a partir do momento que, em vários países em todo o mundo, os cuidados primários em saúde se estruturaram através de equipes multiprofissionais (WHO, 1988).

Os problemas prioritários de saúde das comunidades não são passíveis de cuidados médicos isolados ou até mesmo de qualquer forma isolada de cuidados convencionais em saúde. Particularmente nos países em desenvolvimento a promoção e a manutenção da saúde não pode ser dissociada do desenvolvimento sócio-econômico. Os problemas de saúde são complexos [...] Observações e a experiência da influência do ambiente, da cultura, dos sistemas de valores, e das condições socioeconômicas na vida dos indivíduos, famílias e comunidades podem ser utilizadas para promover a conscientização dos estudantes sobre as necessidades humanas e os meios pelos quais diferentes profissões e setores podem cooperar para dar respostas a estas necessidades (WHO, 1988, p. 13).

Ao longo de sua formação, os trabalhadores de saúde adquirem diferentes visões sobre o processo saúde-doença e sobre as práticas de cuidado em saúde. Estas compreensões exercem um papel fundamental na estruturação da maneira de pensar e agir destes profissionais, o que, em geral, é reforçado em seus ambientes de trabalho. De forma que, para que eles possam trabalhar colaborativamente, faz-se necessário aprender e compreender como cada categoria pensa sobre as questões relativas ao cuidado em saúde, além de reconhecer e apreciar as habilidades e conhecimentos de

outras profissões (OMS, 1988).

Barr e Low (2012) afirmam que o interesse crescente na inclusão da educação interprofissional nos cursos de graduação da área da saúde se dá, principalmente, pela exigência feita aos profissionais para responder aos complexos problemas de saúde apresentados pelos indivíduos, famílias e comunidades que, em geral, extrapolam a capacidade de qualquer profissão isoladamente, colocando os cuidados e tratamentos especializados em um contexto holístico; pela necessária articulação entre o crescente número de profissões e suas respectivas especialidades, resultantes de avanços médicos e tecnológicos, no intuito de superar a fragmentação da atenção e assegurar a coordenação do cuidado, melhorando a comunicação e a colaboração entre as profissões responsáveis por um mesmo caso, garantindo a segurança dos usuários; e pela exigência de melhorar a qualidade do atendimento e dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, conter gastos em face da escalada dos custos. Nas palavras dos autores:

Colaboração para a qual prepara a educação interprofissional é mais do que a cooperação [...] é para garantir a prestação de cuidados globais que transcende as demarcações entre profissões, entre os cenários da prática, e entre as organizações. Ela inclui trabalho em equipe interprofissional, mas também maneiras mais difusa, mais efêmera e menos estruturada de trabalhar juntos (BARR; LOW, 2012).

3.1 Desvelando a Educação Interprofissional: história, conceito, propósitos, estratégias e resultados

De acordo com Gilbert e Bainbridge (2009), foi Szasz que, em 1969, descreveu a primeira experiência de promoção da educação interprofissional desenvolvida por pioneiros da Universidade de British Columbia (UBC) que começaram a analisar os méritos deste método pedagógico para a saúde. Atualmente, existe na UBC uma estrutura acadêmica – College of Health Disciplines – com três unidades administrativas (Divisão de Educação Interprofissional, Instituto de Saúde Indígena, e Divisão de Comunicações em Saúde), que congrega sete faculdades (Ciências Agrícolas, Ciências Aplicadas, Artes, Odontologia, Educação, Medicina e Ciências Farmacêuticas), além de parcerias estabelecidas com membros das faculdades de todos os programas de saúde e serviços humanos (Psicologia Clínica; Aconselhamento Psicológico; Terapia Ocupacional; Enfermagem; Nutrição e Saúde; Assistência Social e Estudos de Família)

com o objetivo de promover e apoiar a colaboração interprofissional através de currículo e prática que transcendem as fronteiras disciplinares. Este Colegiado é visto como representante de interesses comuns em torno da diversidade das faculdades afiliadas, no intuito de promover objetivos e prioridades coletivas estabelecidos em documentos governamentais (UBC, 2012). Foi, então, na década de 70, principalmente na Inglaterra e no Canadá, que surge o campo de estudos e práticas denominado Educação Interprofissional que nos últimos anos tem se disseminado bastante em todo o mundo.

O objetivo do Colegiado da Disciplina Saúde é avançar na educação, na prática e na pesquisa interprofissional, incentivando: a prática centrada no paciente através de uma maior cooperação entre os profissionais de saúde na UBC e em todo o setor da saúde em BC; o ensino interprofissional coordenado, desenvolvimento curricular; a produção de conhecimento, intercâmbio e aplicação na prática da educação e de colaboração interprofissional para estudantes e profissionais; parcerias estratégicas e oportunidades inovadoras que permitem a colaboração interprofissional em educação, prática e pesquisa. Oferecemos cursos interprofissionais em nome de nossas sete faculdades afiliadas e trabalhamos com nossos parceiros para gerar ideias de cursos que estejam em consonância com as necessidades de saúde na atualidade para dar aos estudantes a oportunidade de estudar com colegas dos mais variados cursos da saúde e de outras disciplinas dos serviços humanos. (UBC, 2012) (UBC. College of Health Disciplines. Disponível em: <http://www.chd.ubc.ca/about-us/what-we-do>).

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde, em 1978, organizou um grupo de estudos para propor diretrizes para a educação multiprofissional⁴, considerada pela instituição como componente fundamental dos cuidados primários em saúde. Como resultado destes trabalhos foi apresentado em 1988 o documento “Learning Together to work together for health” com uma série de orientações e iniciativas voltadas para a compreensão da relevância da educação multiprofissional para atender às necessidades da população e abordando os principais aspectos constituintes da educação multiprofissional (WHO, 1988; BARR, 2010). Já em 1988, a OMS considera a educação multiprofissional como um “programa educacional para os profissionais de saúde tornarem-se capazes de responder às necessidades da população

⁴ No relatório, faz-se uma diferença entre multidisciplinar e interdisciplinar, mas considera-se os termos multiprofissionais e interprofissionais como sinônimos. Nos relatórios seguintes faz-se opção pelo termo interprofissional para enfatizar a importância da interação entre os estudantes de diferentes cursos em oposição com a simples divisão do ambiente de aprendizagem.

[...] sendo parte dos esforços para alcançar os objetivos de “Saúde para Todos” através dos cuidados primários em saúde” (WHO, 1988).

Após quase 20 anos, em 2006, a OMS retoma os trabalhos através da composição de outro grupo de estudo, copresidido por John Gilbert e Yan Jean, resultando na publicação do relatório: “Working Together for Health”, que aborda, principalmente, as estratégias e as maneiras através das quais a educação interprofissional e a prática colaborativa podem ajudar a aliviar a crise da força de trabalho global em cuidados de saúde (WHO, 2006). Em 2010, como uma continuação da reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde através da educação interprofissional, a OMS publicou o relatório intitulado: “Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice” também resultado do trabalho coletivo de uma série de instituições dedicadas ao estudo e a pesquisa sobre a educação interprofissional em todo o mundo. Nas palavras de Barr (2010), este documento ousa em afirmar que após quase 50 anos de investigação, agora há provas suficientes para afirmar que a educação interprofissional possibilita a prática de colaboração eficaz entre os profissionais e que por sua vez otimiza os serviços de saúde, fortalece os sistemas de saúde e melhora os níveis de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade⁵.

Oandasan e Reeves (2005) situam o status da educação interprofissional em alguns países. No Reino Unido, a ênfase na prestação de cuidados de saúde na comunidade levou a uma expressiva variedade de modelos colaborativos de oferta de serviços de saúde. De acordo com os autores, ao longo dos anos 1970, 80 e 90, muitas iniciativas em educação interprofissional foram desenvolvidas, reforçadas por políticas governamentais, sendo enfatizada a necessidade de aprendizagem compartilhada entre as profissões de saúde.

O “Centre for the Advancement of Interprofessional Education” (CAIPE) foi fundado em 1987 para fornecer apoio aos educadores e profissionais de saúde e discutir novas ideias no intuito de ajudá-los na criação de novas iniciativas, o que deu grande impulso ao desenvolvimento da área no Reino Unido. Na Austrália, também há um expressivo número de atividades em educação interprofissional desenvolvidas principalmente pela Universidade de Adelaide. Nos Estados Unidos, as experiências são mais pontuais e voltadas para problemas específicos. De acordo com os autores cada

⁵ Este relatório será mais bem explorado na continuação do trabalho.

vez mais, as redes estão sendo estabelecidas e as parcerias buscam ir além dos cuidados de saúde através da utilização de um modelo de desenvolvimento comunitário que envolve uma variedade de disciplinas, em resposta às necessidades identificadas pelas comunidades” (OANDASAN; REEVES, 2005).

Ou seja, a necessidade da integração das disciplinas e das áreas profissionais se dá em decorrência da complexificação dos problemas e das necessidades que se configuram como demandas para os serviços públicos.

Na Noruega, as primeiras publicações identificadas sobre cooperação interprofissional são da década de 80, algumas com foco nos aspectos organizacionais necessários à colaboração, outras com foco em analisar e avaliar projetos destinados a grupos específicos. Com o intuito de promover cooperação entre as universidades e as faculdades, o Departamento de Educação criou em 1998 uma rede para o ensino superior e a pesquisa – Network Norway Council - que “beneficia os vários ambientes acadêmicos, permitindo-lhes cooperar no que diz respeito aos campos de especialização e divisão do trabalho” (WILLUMSEN, E; BREIVIK, 2009, p. 300). Estas iniciativas visam à construção de referências comuns às diversas categorias profissionais e o desenvolvimento de habilidades de cooperação, contribuindo para uma prática usuário-centrada.

As discussões sobre cooperação interprofissional são questões atuais dentro das instituições para formação profissional nas áreas de saúde e assistência social, especialmente apontando as responsabilidades e papéis dos profissionais em relação à prática colaborativa para coordenar os serviços para atender as demandas dos usuários (WILLUMSEN; BREIVIK, 2009, p. 298).

No Brasil, desde os anos 50, a discussão acerca da formação dos profissionais de saúde já se consolidava como campo de estudo, principalmente, no âmbito dos departamentos de saúde preventiva e saúde comunitária. Após a consolidação do Sistema Único de Saúde, essa temática tornou-se central e, desde então, muitos esforços têm sido empreendidos no sentido de transformar o perfil dos profissionais de saúde tanto daqueles que já estão nos serviços, como também dos estudantes em formação. Apesar da terminologia “Interprofissional” ainda não ser muito utilizada pelos pesquisadores da área, muitas experiências desenvolvidas no país trazem reflexões

importantes sobre a educação dos profissionais de saúde com foco na interação entre estudantes de diversas áreas como, por exemplo: Projetos UNI (FEUERWERKER; ALMEIDA & LLANOS, 1999); Projeto Liga de Saúde da Família (BARRETO et al., 2011). Além de experiências que já dialogam com a perspectiva da educação interprofissional desenvolvidas na Faculdade de Medicina da Marília (SILVA, 2011), dentre outras.

Antes de prosseguir, consideramos fundamental definir algumas peculiaridades conceituais referente aos termos interdisciplinar e interprofissional.

De acordo com D'Amour e Oandasan (2005), o conceito de "interprofissionalidade" tem como objetivo estabelecer uma distinção clara com o conceito de interdisciplinaridade que, originalmente diz respeito ao desenvolvimento integrado do conhecimento em resposta à fragmentação disciplinar característica dos processos de especialização exacerbada que marcou o desenvolvimento da ciência e das profissões no último século. As autoras enfatizam a necessidade de um conceito que seja especificamente voltado para o desenvolvimento de uma prática coesa entre os diferentes profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações e os fatores que a influenciam.

Em geral, existe um movimento internacional no sentido da utilização do sufixo "profissional". É argumentado por alguns que este movimento tem se desenvolvido por causa da necessidade para maior clareza. Em um campo como a medicina, por exemplo, a pessoa pode ter várias disciplinas dentro de uma mesma profissão. Não é inédito para uma Faculdade de Medicina para montar uma iniciativa "interdisciplinar" em que apenas médicos de diferentes áreas são convidados, como medicina interna, psiquiatria e medicina da família. Ao utilizar o sufixo "profissional" em uma iniciativa de "educação interprofissional", fica claro que indivíduos de diferentes profissões da saúde estão incluídos (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 5).

A educação interprofissional tem se consolidado como uma estratégia que visa estimular que as diversas categorias de profissionais de saúde sejam capazes de trabalhar juntas para responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Isto em decorrência da compreensão que os trabalhadores de saúde realizam suas tarefas e cumprem suas responsabilidades de forma mais eficiente e eficaz quando são parte de uma equipe de trabalho com profissionais dos mais variados graus de habilidades e conhecimentos. Neste sentido, a educação interprofissional busca desenvolver nos

estudantes das diversas áreas que compõe o setor saúde as competências necessárias ao trabalho em equipe e a prática colaborativa.

A educação interprofissional acontece quando estudantes de duas ou mais profissões compartilham de um mesmo processo de aprendizagem durante um certo período de tempo, desenvolvendo valores, conhecimentos e habilidades em comum para permitir efetiva colaboração, melhorar a qualidade da atenção à saúde, além de ser fundamental para desenvolver habilidades para o trabalho em equipe e, assim, reduzir a fragmentação dos serviços de saúde (CAIPE, 1997).

Buring et al. (2009) definem a educação interprofissional como uma abordagem pedagógica potente para formar profissionais de saúde capazes de prover cuidados em saúde como parte de uma equipe colaborativa. Os autores identificam que as equipes interprofissionais podem ser capazes de promover melhorias na qualidade dos cuidados ofertados aos usuários, diminuindo o tempo de internação e reduzindo os índices de erros médicos, além de reduzir consideravelmente os custos da assistência à saúde.

Aguilar-da-Silva et al (2011) consideram que os elementos essenciais a educação interprofissional são o trabalho em equipe e a integração entre os estudantes na busca de um objetivo comum. A partir de suas experiências com a temática, enfatiza que o trabalho em equipe possibilita o alcance das competências profissionais, o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso entre estudantes e profissionais, além de promover a flexibilidade necessária para viabilizar a articulação com os serviços de APS.

Freeeth et al. (2005) dissertam sobre a importância das iniciativas que asseguram a aprendizagem interprofissional⁶ por reconhecerem o potencial da geração de novos conhecimentos quando as questões ou os problemas são explorados por dois ou mais estudantes de diferentes profissões para, dessa forma, promover ganhos através da colaboração na prática profissional. A potência deste encontro viabiliza a ampliação dos referenciais com os quais os estudantes e profissionais trabalham e estudam, aspecto indispensável para assegurar a integralidade do cuidado e dar respostas efetivas a complexidade crescente das necessidades sociais de saúde.

⁶ Utilizaremos a conceitualização feita por Freeeth (et al., 2005) para distinguir educação uni-profissional (membros de uma única profissão aprendem juntos; multi-profissional (estudantes de duas ou mais profissões aprendem ao lado uma das outras: aprendizagem em paralelo ao invés de aprendizagem interativa); e inter-profissional (estudantes de duas ou mais profissões, comprometidos com aprendizagem conjunta: aprendizagem interativa).

Barr (2002) enfatiza que a educação interprofissional permite o desenvolvimento de valores, conhecimentos, conceitos, perspectivas e linguagem em comum proporcionando, através de uma abordagem curricular integrada entre todos os cursos da saúde, a construção de um quadro de referência único, aspecto fundamental para a prática colaborativa, como também cria canais de comunicação adequada entre os diversos profissionais.

De acordo com Gyamarti (1986 apud AGUILAR-DA-SILVA et al., 2011), a educação interprofissional possibilita integrar o cuidado especializado com cuidado holístico, opondo-se ao reducionismo e à fragmentação da visão especializada.

Refletindo sobre a especialização, Edgar Morin (2010, p. ?) afirma:

[...] a hiperespecialização impede tanto a percepção do global (que ela fragmenta em parcelas), quanto do essencial (que ela dissolve). Impede até mesmo tratar corretamente os problemas particulares, que só podem ser propostos e pensados em seu contexto [...] A especialização “abs-traí”, em outras palavras, extrai um objeto de seu contexto e seu conjunto, rejeita os laços e as intercomunicações em seu meio, introduz o objeto no setor conceptual abstrato que é o da disciplina compartimentada, cujas fronteiras fragmentam arbitrariamente a sistemicidade e a multidimensionalidade dos fenômenos.

O objetivo central da educação interprofissional é a formação de estudantes de graduação na área da saúde mais preparados para a prática interprofissional, visando ao aperfeiçoamento dos sistemas e serviços de saúde por meio do fortalecimento das relações entre as profissões. Intenta que a formação dos estudantes de graduação da área seja mais adequada, crítica e reflexiva, estimule e desenvolva o trabalho em equipe e a colaboração entre as diversas profissões que compõem o grupo de trabalhadores da saúde. Através da aprendizagem interprofissional, os profissionais passam a compreender melhor uns aos outros, a valorizar a contribuição de cada um para a prática colaborativa e deixam de lado os estereótipos negativos construídos ao longo da trajetória acadêmica ou profissional de cada um.

Os pesquisadores e pesquisadoras do campo da educação interprofissional buscam identificar dimensões importantes para as iniciativas de aprendizagem que envolvem diferentes grupos profissionais e os obstáculos referentes a estas experiências, com intuito de aprimorar os programas educacionais no sentido de fortalecer a cooperação entre os diversos cursos, trabalhando com os estudantes a partir do

reconhecimento da insuficiência das competências de uma só categoria profissional para enfrentar os desafios cada vez mais complexos do campo da saúde.

Ao empreender um resgate histórico dos motivos e dos movimentos que fundamentam e fortaleceram as experiências em educação interprofissional no Reino Unido ao longo dos últimos 40 anos, Barr (2002) analisa as experiências desenvolvidas ao longo dos anos por diversos atores (BARR, 1998; ENGEL, 2000; CASTO; JULIA, 1994; GYAMARTI, 1986; WILCOCK; HEADRICK, 2000) e sistematiza os principais objetivos para promover aprendizagem colaborativa, dentre eles estão: modificar as percepções e atitudes negativas entre as diferentes profissões; solucionar as falhas de comunicação e de confiança entre os profissionais; reforçar as competências colaborativas; assegurar a colaboração para implementar políticas, para melhorar os serviços e promover mudanças efetivas; lidar com problemas que excedem a capacidade de qualquer profissão isoladamente; aumentar a satisfação no trabalho e reduzir a sobrecarga/stress; estimular a flexibilidade da força de trabalho; conter o reducionismo e a fragmentação das profissões em resposta ao avanço tecnológico; e integrar cuidado holístico com cuidado especializado (BARR, 2002).

Silva (2011), ao avaliar as iniciativas em educação interprofissional desenvolvidas na Faculdade de Medicina de Marília, aponta as principais fortalezas da experiência, relatadas por professores e estudantes, como sendo: a capacidade de compreender o papel de cada profissional no atendimento ao usuário, a possibilidade de compartilhar ações, a valorização dos profissionais e dos processos de trabalho, e o fortalecimento do trabalho em equipe através da constituição de vínculos e da consolidação do respeito mútuo entre os diversos atores que partilham as ações de cuidado em saúde.

O grupo de estudo em educação interprofissional em saúde e prática colaborativa da OMS⁷, em publicação já mencionada por nós neste trabalho, visou a sistematização das atividades interprofissionais em curso globalmente, com o intuito de determinar o status da educação interprofissional no mundo, de identificar boas práticas,

⁷ Este grupo é composto por uma parceria entre a OMS e as seguintes instituições: Australasian Interprofessional Practice and Education Network (AIPPEN); Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC); European Interprofessional Education Network (EIPEN); Journal of Interprofessional Care; National Health Sciences Student's Association in Canada (NaHSSA); The Network: Towards Unity for Health (TUFH); Nordic Interprofessional Network (NIPNet); Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Consideramos importante citá-las em virtude da importância destas instituições para o fortalecimento da educação interprofissional no cenário mundial.

os obstáculos e as facilidades para o desenvolvimento de iniciativas em educação interprofissional.

De acordo com a pesquisa, foram identificados muitos benefícios advindo destas experiências. Do ponto de vista dos *benefícios educacionais*, foram citados: os estudantes adquirem conhecimentos e experiências acerca do mundo real; os trabalhadores de várias profissões fornecem informações para o desenvolvimento dos programas educacionais; os estudantes aprendem sobre o mundo de outras profissões; a formação de profissionais mais flexíveis com alta capacidade de resolutividade das necessidades locais de saúde; promove mudanças na forma como os profissionais pensam e interagem uns com os outros; e promove a aquisição de habilidades para trabalhar em equipe. O relatório também aborda os principais *benefícios para as políticas de saúde*, a saber: promove melhorias nos espaços de trabalho e na produtividade dos profissionais; maior disponibilidade para o trabalho, além de maior dedicação e disposição dos profissionais de saúde; melhorias com relação às experiência de trabalho pessoal; redução da tensão entre os cuidadores e profissionais; redução da sobrecarga de trabalho profissional; mudança da cultura organizacional e das atitudes da força de trabalho; promoção de serviços abrangentes em uma ampla gama de configurações de cuidado em saúde e melhor coordenação dos serviços; melhorias no acesso ao cuidados em saúde; otimização dos recursos com uso adequado dos procedimentos de especialistas clínicos e do apoio diagnóstico, com redução da duplicação de serviços e ações; melhorias na evolução dos usuários atendidos pelos serviços; melhorias no nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados; melhor aceitação dos cuidados por parte dos usuário com diminuição das taxas de abandono aos tratamentos; melhorias nos resultados para usuários com doenças crônicas.

A partir desta sistematização, a OMS propõe seis dimensões para a aprendizagem interprofissional, nas quais estão agrupados os principais resultados esperados, a saber: *Trabalho em equipe*: os estudantes devem ser capazes de serem líderes e membros da equipe, ao mesmo tempo e devem conhecer as barreiras para o trabalho em equipe; *Regras e responsabilidades*: os futuros profissionais devem compreender qual o seu papel, suas responsabilidades e suas competências e também conhecer a área de atuação dos outros profissionais de saúde; *Comunicação*: devem

saber expressar sua opinião de forma competente para os colegas e saber ouvir e respeitar as colocações de todos os membros da equipe; *Aprendizagem e reflexão crítica*: refletir criticamente suas próprias relações com a equipe e aplicar, de forma competente, os princípios da educação interprofissional no local de trabalho; *Relação com o usuário e o reconhecimento de suas necessidades*: envolver-se com os usuário, seus familiares, cuidadores e com a comunidade como parceiros na gestão do cuidado e ser capaz de trabalhar colaborativamente dentro de uma perspectiva usuário-centrada; e *Prática ética*: reconhecer que a visão de cada trabalhador de saúde é igualmente válida e importante e compreender a visão estereotipada que os trabalhadores de saúde possuem sobre si mesmo e sobre os demais colegas de trabalho.

Todos os benefícios e resultados sistematizados anteriormente, alcançados através do desenvolvimento de iniciativas em educação interprofissional, apontam para a consolidação de competências colaborativas nos estudantes de graduação ao longo de sua formação. Neste sentido, Barr (1998) distingue três grupos de competências necessárias ao profissional recém-qualificado para que este seja capaz de adaptar-se aos processos de trabalho e, ao mesmo tempo, seja partícipe dos processos de mudanças, são elas: *competências comuns*, que são aquelas desenvolvidas em comum por todas as profissões; *competências complementares*, são as que distinguem as profissões entre si; e as *competências colaborativas*, são aquelas necessárias para trabalhar em conjunto com os demais profissionais. Os profissionais com competência colaborativa devem ser capazes de descrever claramente suas responsabilidades e funções para outros profissionais e cumpri-los para satisfação destes; reconhecer e observar as próprias limitações de suas funções, responsabilidades e competências para perceber todas as necessidades em contextos amplos; reconhecer e respeitar as funções, as responsabilidades e as competências de outros profissionais em relação a si próprio, sabendo quando, onde e como envolvê-los através de estratégias acordadas coletivamente; trabalhar com outros profissionais para análise dos serviços, mudanças efetivas, melhorias dos padrões de cuidado, resolução de problemas e conflitos na provisão de cuidados e assistência; trabalhar com diversas categorias profissionais na avaliação, planejamento, provisão e análise dos serviços e ações ofertadas aos usuários; tolerar as diferenças, as falhas de comunicação, ambiguidades, deficiências e mudanças unilaterais em outras profissões; estabelecer relações interdependentes, ensinando e

apoiando outras profissões e, ao mesmo tempo, ser receptivo ao apoio dado por quaisquer outras profissões; e facilitar conferências, reuniões, trabalhos em equipes e em redes que possuam caráter interprofissional.

Buring et al. (2005) sintetizam as competências e objetivos para educação dos profissionais de saúde a partir de relatório publicado pelo Institute of Medicine (IOM). De acordo com esta instituição, o núcleo de competências necessárias para que os profissionais de saúde sejam formados capazes de ofertar práticas de cuidado centradas no usuário como membros de uma equipe interprofissional é: organização e funcionamento em equipe; avaliação e melhoria do desempenho da equipe; comunicação entre os membros; resolução de conflitos; liderança; e construção de consenso. Além disso, os autores enfatizam que a capacidade de estabelecer metas e objetivos comuns ao processo de cuidado dos usuários constitui-se como objetivo final da educação interprofissional.

Até o presente momento, as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que devem ser compartilhadas pelos profissionais para proporcionar uma prática colaborativa ainda estão sendo definidas. Em decorrência da educação interprofissional, desde suas primeiras formulações, apresentar-se de forma muito imbricada com a prática, todos estes resultados/objetivos sistematizados, aos poucos, são inter-relacionados e melhor articulados no sentido de construir uma formulação geral que permita identificar melhor os processos e os elementos indispensáveis aos programas educacionais. No Quadro 1 (página seguinte), propomo-nos a sistematizar as competências e objetivos da educação interprofissional a partir das leituras e contribuições dos diversos autores/as que abordam a temática.

Quadro 1 – Competências e objetivos da educação interprofissional

Trabalho em Equipe	<p>Compreender e respeitar a função/responsabilidade de outras profissões e identificar como a atuação profissional está inter-relacionada;</p> <p>Reconhecer e respeitar a amplitude dos conhecimentos e habilidades dos outros profissionais, dialogando com suas visões e ideias;</p> <p>Estabelecer relações interdependentes, ensinando e sustentando outras profissões e estar aberto para aprender e ser apoiado por aquelas;</p> <p>Desenvolver respeito mútuo, autonomia e equidade entre as profissões de saúde;</p> <p>Superar a ignorância, os preconceitos e estereótipos negativos existentes entre as profissões;</p> <p>Compreender o funcionamento da equipe de trabalho e determinar as regras do grupo: a) efeito; b) composição; c) comparecimento; d) sistema de gestão de caso/processo; e) o desenvolvimento da equipe;</p> <p>Trabalhar com outras profissões para avaliar, planejar, prover e avaliar o cuidado ofertado aos usuários/comunidades;</p> <p>Tolerar as diferenças, falhas de comunicação, ambiguidades, deficiências e mudanças unilaterais em outras profissões</p> <p>Delinear os procedimentos e processos de documentação adequados para a coordenação do cuidado centrado no usuário;</p> <p>Modificar o desempenho da equipe e os papéis/funções de seus membros de acordo com as necessidades detectadas para melhorar o desempenho interprofissional e responder de forma adequado às necessidades dos usuários e dos serviços de saúde;</p> <p>Identificar habilidades da equipe, cujo desenvolvimento servirá para melhorar o seu desempenho.</p>
Comunicação	<p>Saber expressar suas opiniões de forma clara para os demais membros da equipe e ser capaz de ouvir suas colocações;</p> <p>Identificar e superar as barreiras que interferem na qualidade da comunicação dentro da equipe interprofissional</p>
Liderança	<p>Facilitar uma reunião de equipe, que incorpora, pelo menos, os seguintes: 1) clarificar os objetivos, 2) determinar as funções da equipe; 3) tarefas de revisão, 4) completar tarefas; 5) documento de conclusão da tarefa e consenso sobre as decisões da equipe; 6) planejar os próximos passos; 7) avaliar reunião;</p> <p>Identificar situações de cuidado nas quais a colaboração é útil ou essencial;</p> <p>Apreciar o valor da colaboração interprofissional;</p> <p>Transformar as práticas e as profissões;</p> <p>Assumir ou delegar a função de fornecer suporte à equipe sócio-emocional (mediador da equipe) para sustentar a cultura da equipe;</p> <p>Engajar usuários, famílias, cuidadores e comunidades como parceiros na gestão do cuidado.</p>
Resolução de Conflitos e Construção de Consenso	<p>Identificar e abordar as origens dos problemas nos processos de trabalho no âmbito da equipe;</p> <p>Identificar, discutir e implementar estratégias para a gestão e superação de um conflito na equipe interprofissional;</p> <p>Estabelecer metas de cuidados comuns;</p> <p>Estabelecer valores, conhecimentos e habilidades em comum entre todos os profissionais que compõem o setor saúde;</p> <p>Trabalhar de forma colaborativa para promover cuidado integral aos usuários, famílias e comunidades;</p> <p>Avaliar, planejar e implementar estratégias de cuidado de forma colaborativa.</p>

Hugh Barr (2009) sugere que da mesma forma que a educação interprofissional pode estimular a redefinição das fronteiras profissionais e a redução das barreiras para a colaboração, pode também gerar discordância entre os participantes e tornar as experiências de colaboração frustrantes.

O risco de expor um grupo ao outro pode servir apenas para confirmar preconceitos e estereótipos. Atitudes e comportamentos inaceitáveis para outros, carência de conhecimentos e habilidades, fraqueza nos códigos profissionais e nos processos disciplinares, todos ou qualquer um destes podem ser expostos, com implicações para a governança de profissões, sua regulação e educação, situação nas quais estudantes e professores podem fazer pouco ou nada para resolver. (BARR, 2009, p. 267).

De forma que se faz necessário ter clareza de quais obstáculos existem para consolidar as iniciativas de educação interprofissional, reduzindo os riscos de promover resultados indesejados. Gilbert e Bainbrigde (2009) falam de barreiras estruturais e barreiras filosóficas. As primeiras dizem respeito a aspectos do funcionamento das universidades e das faculdades, como por exemplo: diferentes pré-requisitos para admissão nos programas profissionais; a duração das experiências em educação profissional (esta situação é muito presente no Canadá e países Europeus, onde os estudantes cursam ensino profissionalizante antes da graduação universitária); a extensão e a natureza dos recursos da comunidade e dos hospitais para campo de trabalho educacional; horários diferentes e conflitos através dos programas profissionais; carga de ensino de conteúdos nas faculdades; método diversos de administração entre os vários programas.

Buring et al (2009) também se referem às barreiras existentes para implantação de mudanças numa perspectiva voltada para a educação interprofissional; as autoras citam desde a decisão de priorizar o direcionamento de recursos para viabilizar às novas mudanças, frente as outras demandas institucionais, como também preocupações de caráter logístico: programação de atividades, dificultadas em decorrência da rigidez que, em geral, é encontrada nos currículos, tempo e espaço para o desenvolvimento das atividades interprofissionais, já que estas demandam a compatibilização de horários entre os diversos cursos da área da saúde e a existência de salas com estrutura necessária para acomodar um grupo cada vez maior de estudantes. Pode-se somar a isto às distâncias geográficas e dificuldades de deslocamentos existentes quando os cursos

não estão situados em um mesmo espaço físico.

Já as barreiras filosóficas dizem respeito aos valores da educação atual, as resistências para transformação dos modelos de aprendizagem e a relutância dos estudantes para ir além das suas fronteiras profissionais, tanto por apresentarem dificuldade em fazê-lo, como também por não compreender a importância desta dimensão em suas formações (BURING et al., 2009; GILBERT; BAINBRIGDE, 2009). Alguns desafios particulares podem ser identificados na sustentação da educação e da colaboração Interprofissional, a saber: as diferenças estruturais entre as organizações parceiras; conflitos organizacionais e agendas profissionais diversificadas; carência de recursos financeiros; demanda de comunicação complexa; rotatividade e substituição dos membros das equipes; e ausência de avaliação regular dos programas e das metas estabelecidas pela equipe (GILBERT; BAINBRIGDE, 2009).

Buring et al (2009) enfatizam que é indispensável que o corpo docente reconheça e aprecie as vantagens da educação interprofissional para que eles possam se engajar inteiramente na implementação das mudanças, caso contrário podem apresentar resistências às transformações devido ao aumento de trabalho e a falta de tempo.

Os alunos entram em programas educacionais com estereótipos já formados de sua própria identidade profissional e estereótipos referentes as demais profissões. Esta identidade pode ser fortalecida por educadores/tutores, que atuam como modelos. Portanto, as crenças e atitudes profissionais de educadores com respeito a prática colaborativa desempenham um papel crítico na formação do estudante (D'AMOUR; OANDASAN, 2005, p. 12).

Esta dimensão nos faz refletir sobre a necessidade de cuidadosa preparação dos instrutores/professores para exercer sua função no desenvolvimento, oferta e avaliação da educação interprofissional, uma vez que para a maioria dos educadores, ensinar os estudantes a aprender sobre, para e com os outros é uma experiência nova e desafiadora.

É importante ter clareza que todas as dimensões e expectativas com relação aos resultados e objetivos da educação interprofissional não acontecem de forma natural e espontânea, precisam ser bem pensados e articulados com metodologias de trabalho e aprendizagens adequadas. Freeth e Reeves (2004) dissertam sobre a importância do planejamento das experiências educacionais para que o desenvolvimento das habilidades, conhecimentos e atitudes que sustentam as competências colaborativas possa ser assegurado através da análise das influências sobre as oportunidades de

aprendizagem que tem como propósito promover o trabalho colaborativo.

Freezer et al. (2005) ressaltam a importância da elaboração de um currículo para todas as iniciativas de aprendizagem formal por ser uma ferramenta que permite sistematizar e compartilhar os múltiplos elementos e todos os aspectos dos processos educacionais que contribuem para o desenvolvimento de uma experiência de aprendizagem.

Os currículos, em geral, possuem algumas características comuns independente do modelo adotado. Eles explicitam quais resultados educacionais são esperados, definindo metas e objetivos; a base racional do evento educacional – Por que são necessários? Que papéis eles exercem em relação as políticas e os serviços atuais? Quais suas funções em relação aos serviços locais e as necessidades organizacionais? Por que sistematizam o programa de estudo da iniciativa no qual estão organizados os conteúdos a serem abordados ao longo de todo o processo; os métodos de ensino utilizados; as estratégias de avaliação, incluindo a natureza e a frequências dos processos avaliativos; e, por fim, os recursos disponíveis para execução das atividades, tanto recursos financeiros como a equipe de trabalho, recursos tecnológicos, infraestrutura disponível, dentre outros (FREETH et al., 2005).

As iniciativas em educação interprofissional também possuem currículo, mesmo que este não seja explícito e publicizado a todos os atores envolvidos. Para promover iniciativas em educação interprofissional efetiva, faz-se necessário a construção de currículos que definirão:

[...] as atividades de aprendizagem e os resultados esperados, e uma avaliação do que foi aprendido. [...] As experiências bem construídas assumem que os estudantes precisam saber: o que fazer (conhecimento); como aplicar seus conhecimentos (habilidades); e quando aplicar suas habilidades em um contexto oportuno e eticamente apropriado para utilizar estes conhecimentos (atitudes e comportamentos) (WHO, 2010, p. 24-25).

A elaboração de currículos interprofissionais é um processo complexo e interativo, pois, desde o princípio, envolve uma grande diversidade de instituições, faculdades e setores no desenvolvimento e na oferta dos cursos/programas. Freeth et al (2005) afirmam que o desenvolvimento do currículo de uma iniciativa em educação interprofissional já é uma tarefa coletiva, pois para que a ação seja interprofissional é necessário que o seu planejamento também o seja. Isto, por si só, já adiciona desafios

significativos para a oferta e a coordenação das iniciativas (FREETH, 2005; WHO, 2010).

Estas iniciativas precisam de política de suporte institucional, compromisso de gestão, boa comunicação entre os participantes, além da construção de uma visão compartilhada sobre a compreensão dos benefícios de introduzir um novo currículo.

[...] as mudanças que envolvem grupos interdisciplinares⁸ de professores são mais lentas e despendem mais energia para se efetivarem. Ou seja, é mais difícil constituir um grupo de trabalho eficiente com professores que falam “línguas diferentes”. A metodologia interdisciplinar prevê a integração de áreas diferentes, portanto, necessitam de um tempo maior de diálogo entre os membros do grupo, mais disponibilidade para aceitar a diferença e para conhecer as contribuições que cada disciplina pode dar na construção, ou na reconstrução, de um conhecimento contextualizado (WEIGERT et al., 2005, p. 146).

Freeth e Reeves (2004) visando a estruturação dos componentes e da dinâmica para o planejamento das experiências educacionais sugerem a utilização do “Modelo 3P - Presage, Process and Product” (contexto, processo e os resultados) de ensino e aprendizagem desenvolvido por Bigg's em 1993. É um modelo complexo e sistêmico que reconhece a dinamicidade e a inter-relação entre os fatores presentes ao longo de todas as etapas definidas, definindo categorias centrais para cada uma destas fases.

Os fatores de contexto possuem três categorias centrais: contexto (clima político, quadros regulatórios de referência, financiamento, fatores geográficos e demográficos, número de estudantes, limitações de tempo e espaço, definições curriculares); características do programa de ensino (concepções de ensino e aprendizagem, concepções de colaboração, percepção dos estudantes, competência dos docentes, entusiasmos das partes envolvidas com o programa); e características dos estudantes (crenças e prioridades de aprendizagem, concepções e preferência com relação as abordagens de aprendizagem, concepções de colaboração, necessidades de aprendizagem, expectativas e motivações). O processo constitui-se, primordialmente, pelas abordagens de ensino e aprendizagem utilizadas nas experiências e os resultados são as competências para a colaboração através do desenvolvimento de atitudes,

⁸ No Brasil, a terminologia *interprofissional* ainda não é muito disseminada no campo científico. Em algumas situações, encontramos o termo interdisciplinar ao invés de interprofissional referindo-se não apenas à integração de campos disciplinares, mas também de campos profissionais. Nestes casos, iremos considerar a afirmação para o estudo do nosso objeto (Educação Interprofissional).

percepções, conhecimento, habilidades, comportamentos e práticas que fortaleçam a prática profissional colaborativa e o trabalho em equipe.

A OMS sistematiza aspectos importantes no desenvolvimento e na sustentação dos princípios da educação interprofissional, de acordo com a instituição é necessário assegurar políticas de suporte institucional e compromisso de gestão, garantir boa comunicação entre os membros e instituições participantes, construir uma visão e compreensão compartilhada sobre os benefícios da proposta, além de assegurar a coordenação das atividades educacionais e a identificação das barreiras e dificuldades que impossibilitam o desenvolvimento das iniciativas.

Há acordo, também, sobre a importância dos aspectos relacionados aos recursos e a logística necessária para promover as iniciativas em educação interprofissional. Freeth et al (2005) consideram esta dimensão vital para assegurar o desenvolvimento, oferta e avaliação das iniciativas, já que isto exigirá recursos financeiros e físicos, além de uma equipe de profissionais. Os autores alertam que, em geral, em decorrência das peculiaridades da aprendizagem interativa, estas iniciativas tornam-se mais custosas e, portanto, os benefícios da educação interprofissional precisam estar claros para que possa ser assegurado financiamento e outros suportes necessários.

Willumsen e Breivik (2009) citam aspectos físicos, organizacionais e de envolvimento dos docentes como dimensões importantes de serem cuidadas e estruturadas de acordo com os princípios da educação interprofissional. D'Amour e Oandasan (2005) consideram que o processo e os resultados das propostas educacionais são influenciados por fatores de ensino (corpo docente e contexto de aprendizagem) e por fatores institucionais (liderança, recursos disponíveis e processos administrativo).

Além dos diversos obstáculos que precisam ser superados, como, por exemplo: os diferentes ciclos de admissão, limitações de estrutura física e de profissionais disponíveis, limitações curriculares, os padrões de avaliação e certificação dos cursos.

Ao refletirmos sobre estes elementos, acreditamos ser bastante profícuo o diálogo tanto com a teoria da aprendizagem significativa, como também com a obra de Paulo Freire (Pedagogia da Libertação), diálogo este que certamente enriquecerá o campo com reflexões menos pragmáticas e que extrapolem o nível operacional. A busca de consolidar um campo teórico que fundamente estes princípios é um esforço empreendido por muitos teóricos da área.

Do ponto de vista pedagógico, Barr (2002) enfatiza que a educação interprofissional deve ser fortemente baseada nos princípios da aprendizagem de adultos. Uma vez que “os estudantes precisam tornar-se auto-dirigidos, pensadores críticos e profissionais reflexivos, capazes de trabalhar como membros de uma equipes, bons comunicadores, adaptáveis a mudanças e capazes de continuar aprendendo por toda a vida profissional” (p. 17), faz-se necessário reconhecer as características do processo pedagógico que viabilizam este perfil de formação, que para muitos autores dialogam com os princípios da aprendizagem de adultos (FREETH; REEVES, 2004; FREETH et al., 2005; BARR, 2009; WHO, 2010; MC LANEY et al., 2010).

Este campo se desenvolve a partir do reconhecimento de algumas características que facilitam o processo de aprendizagem em adultos. Podemos citar algumas delas: os adultos tornam-se mais motivados e dispostos a aprender quando eles identificam, ou são apresentados, a um problema ou desafio que os interessem ou que faça sentido para sua prática; aprendem de forma mais consistente e profunda se o conhecimento tiver uma aplicação direta e rápida; possuem uma rica história de aprendizagens e experiências anteriores que precisam ser reconhecidas e incorporadas ao processo educacional, além de considerar que os adultos, em geral, possuem identidade pessoais e profissionais mais consolidadas e também estereótipos arraigados, desgastes com o ambiente de trabalho, experiências insatisfatórias e interesses particulares que interferem de forma decisiva em sua motivação/engajamento em novas experiências de aprendizagem (BARR, 2002; FREETH; REVEES, 2004; FREETH et al., 2005). Barr (2002) define a aprendizagem de adultos como ativa, experiencial, reflexiva e contextual, permitindo a consolidação de boas práticas e efetivada através do diálogo entre as esferas pessoal e profissional.

A identificação das características dos estudantes é fundamental no planejamento e no desenvolvimento dos projetos em educação interprofissional, a diversidade encontrada nos grupos pode tanto criar oportunidades e ofertar uma riqueza de recursos, como também pode configurar-se como um desafio para as atividades propostas. Neste sentido, Freeth e Revees (2004, p. 49) alertam que as crenças, as experiências anteriores e as prioridades educacionais dos participantes influenciam fortemente as experiências de aprendizagem colaborativa, portanto, como citam os autores: “o tempo gasto explorando expectativas, motivações e preferências abre

oportunidade para fazer da experiência de aprendizagem uma resposta possível aos diferentes objetivos e interesses dos estudantes”.

É nítido, principalmente ao analisarmos os objetivos e resultados esperados pelas iniciativas, que a aprendizagem interprofissional não acontece apenas através da participação de estudantes de dois ou mais cursos em um mesmo ambiente de ensino, ou mesmo através do acesso a materiais de aprendizagem comuns (conteúdos, disciplinas, técnicas), o que configura muito mais uma proposta multiprofissional, onde o processo de aprendizagem dos estudantes ocorre em paralelo (FREETH et al., 2005).

A interação entre os estudantes configura-se como um elemento indispensável para que uma proposta seja qualificada de “interprofissional”. Experiências de aprendizagem colaborativa podem ser empreendidas em grupos uni-profissionais, multiprofissionais e interprofissionais, sendo a diferença essencial entre estas propostas o nível de interação entre os participantes (FREETH; REEVES, 2004).

Barr (2002, 2009) afirma que a educação interprofissional precisa criar oportunidades gratificantes de interação entre os estudantes em seus respectivos papéis profissionais visando desenvolver autonomia, equidade, compreensão e respeito mútuos, além de modificar estereótipos negativos que são aspectos importantes para que as diferentes profissões se engajem em uma atividade coletiva. Silva et al. (2011) ressaltam que a interação entre os agentes é um aspecto desafiador, pois não está normatizada e requer um compromisso ético e o respeito para com todos os membros da equipe e, principalmente, com os usuários. A construção de uma visão compartilhada torna-se fundamental, o que requer uma sofisticada síntese de saberes e uma complexa interação de ações.

Freeth et al (2005) concluem que a qualidade da aprendizagem é influenciada pela qualidade da interação. De acordo com os autores, a aprendizagem emerge do diálogo, das discussões e do debate dentro do grupo e aspectos como a motivação dos estudantes, o equilíbrio do grupo, a aprendizagem informal e a resistência entre os estudantes são centrais na garantia da qualidade da interação.

Os fatores de processo (3P Model), como vimos, incluem decisões sobre selecionar a fase/estágio adequado para inserir a aprendizagem colaborativa, a duração das experiências interprofissionais, o caráter opcional/obrigatório das iniciativas, enfim características que irão desenhar as propostas de acordo com os seus objetivos e as

limitações impostas. Barr (2002, 2009), Freeth et al (2004), WHO (2010) demonstram uma série de variações possíveis que tem sido utilizadas nas experiências desenvolvidas em todo o mundo, por exemplo: a educação interprofissional pode abranger todo o programa do curso ou ter apenas uma parte da carga-horária dedicada a aprendizagem interprofissional; pode abordar um grupo específico de usuários, de ambientes e métodos de trabalho ou ter uma perspectiva mais ampla que explore os princípios e as competências do campo; curso de curta ou longa duração; pode ser introduzida em estágios iniciais da graduação, como também em pós-graduações ou até mesmo nos ambientes de trabalho. As decisões em torno destas questões competem aos responsáveis pela iniciativa, dentro dos objetivos propostos e resultados esperados. Apenas encontramos divergências entre alguns pesquisadores da área no que diz respeito ao momento “certo” de iniciar a aprendizagem interprofissional.

Encontramos argumentos para iniciar a aprendizagem mútua com ênfase na cooperação interprofissional já no primeiro ano da graduação, assumindo que os estudantes estão com a mente mais aberta e interessados na cooperação interprofissional, depois eles tornam-se profissionalmente orientados. Contrariamente, pode-se reivindicar que a prioridade deve ser dada aos aspectos específicos da profissão construindo nos estudantes uma identidade profissional, para que depois eles possam compreender suas funções na colaboração interprofissional (WILLUMSEN; BREIVIK, 2009, p. 302).

Concordamos com Freeth et al (2005) quando afirmam ser um erro assumir que os estudantes de graduação não possuem estereótipos com relação às profissões e que, portanto, não devemos limitar as possibilidades de promover a aprendizagem interprofissional. Para os autores, todas as experiências possuem contribuições válidas para melhorar e desenvolver as competências necessárias ao trabalho colaborativo, considerando que cada contexto possui peculiaridades específicas que precisam ser levadas em consideração na elaboração e desenvolvimento da proposta. Além disso, a educação interprofissional possui caráter complementar às estratégias uniprofissionais e multiprofissionais, e em decorrência das metas específicas e/ou do contexto da intervenção educacional estruturam-se as propostas curriculares.

Algumas considerações sobre a duração das intervenções educacionais são importantes, mesmo tendo em mente a diversidade dos formatos possíveis, é razoável assumir que iniciativas isoladas e de curto período possuem impacto limitado no

fortalecimento da prática colaborativa, afinal “tempo é necessário para reflexão, atualização dos conhecimentos e refinamento das habilidades profissionais” (FREETH; REEVES, 2004, p. 51).

Outra característica peculiar aos currículos interprofissionais é que o processo envolvido na realização dos objetivos do curso é mais importante do que os conteúdos que compõe o programa; isto, de maneira alguma, significa menosprezar a importância dos conteúdos escolhidos para o aperfeiçoamento e a atualização da formação dos profissionais de saúde. Freeth et al (2005, p. 41) explicam bem esta colocação quando afirmam que “os conteúdos podem ser ofertados em grupos de estudantes uniprofissionais, mas a educação interprofissional foi escolhida com o valor agregado da aprendizagem interativa”. No que diz respeito aos conteúdos, faz-se fundamental escolhê-los de acordo com as necessidades de aprendizagem e os interesses dos diversos grupos profissionais envolvidos, assegurando que os assuntos abordados sejam relevantes para as preocupações dos estudantes e para sua respectiva prática profissional. Além disso, principalmente nas iniciativas desenvolvidas ao longo da graduação, é necessário harmonizar os conteúdos abordados no currículo interprofissional com as demais atividades presentes ao longo do curso.

Existem muitos modelos de currículos que podem ser adotados para o planejamento das iniciativas em educação interprofissional, tanto de forma isolada ou mesmo através de uma combinação de abordagens curriculares. Agora é fundamental ter clareza de que os métodos de ensino e os resultados da aprendizagem precisam estar em consonância com os princípios e os objetivos da educação interprofissional.

No âmbito das instituições de ensino superior, a perspectiva da integração curricular tem sido vista como uma estratégia potente para conter a fragmentação do conhecimento, superar a cultura competitiva resultante de programas educacionais isolados acadêmica e geograficamente, realizar conexões entre diferentes disciplinas guiadas pela relevância para a prática, superar o tribalismo das profissões de saúde, sendo fundamental para o desenvolvimento dos estudantes que serão requisitados a responder de forma flexível às necessidades das comunidades, famílias e indivíduos (BURING et al., 2009). Albuquerque et al (2007) ressaltam a importância da definição de eixos transversais em comum aos cursos de graduação que perpassem toda a formação dos profissionais, articulando-se entre si, com vistas a construir a

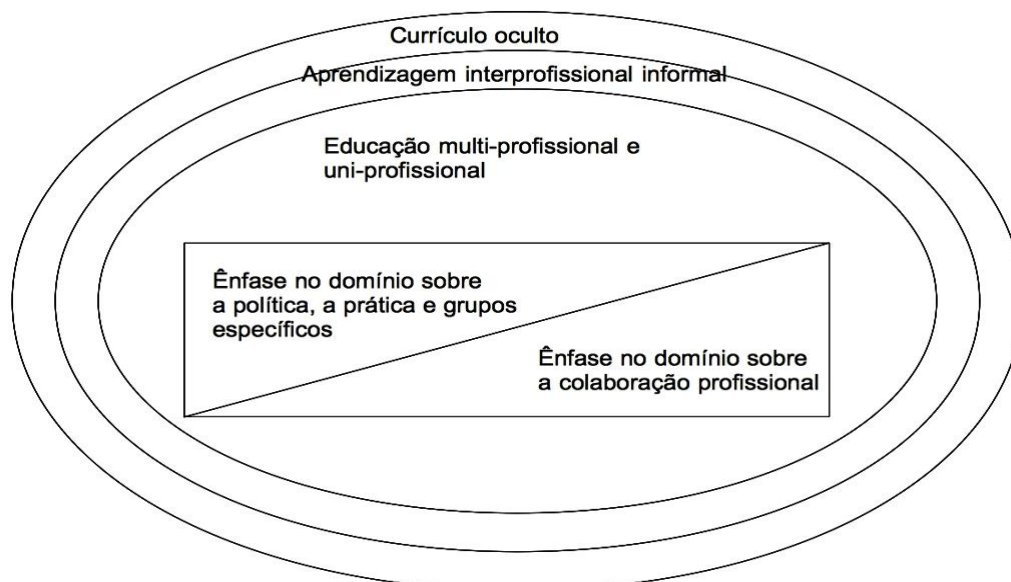
possibilidade de uma formação integrada entre as diferentes profissões da saúde como fator potencializador do trabalho em equipe.

Outra dimensão importante, que já abordamos no capítulo anterior, é a integração entre os sistemas de saúde e educação na promoção de iniciativas em educação interprofissional. Estas instituições devem coordenar seus esforços no sentido de assegurar que os futuros trabalhadores de saúde seja constituído por pessoal qualificado, para tanto os trabalhadores e os educadores de saúde devem discutir a transição da educação para o ambiente de trabalho: importância do contexto; integração política; liderança colaborativa e promover clima de apoio para a colaboração interprofissional.

Todos estes elementos e concepções que foram desenvolvidos ao longo de anos de estudos, realizações de pesquisas, desenvolvimento de práticas e trocas de experiências entre profissionais e pesquisadores da área buscam consolidar uma teoria geral para a educação interprofissional, tendo como objetivo fundamental o fortalecimento dos sistemas de saúde no qual o compromisso primordial é responder de forma adequado às necessidades dos usuários.

Freeth et al (2005), a partir deste elementos fundamentais que caracterizam as iniciativas, propõem a construção de um “*espectro da educação interprofissional*”, onde os programas e projetos, de acordo com os seus propósitos, objetivos e metodologias, podem ser situados ao longo do diagrama abaixo construídos pelos autores.

Figura 5 – Espectro da Educação Interprofissional



Na extremidade da direita do espectro, todas as iniciativas possuem conteúdo explicitamente interprofissional, ou seja, os participantes são convidados a aprender juntos uns sobre os outros e sobre a colaboração interprofissional como uma estratégia para melhorar o cuidado. Movendo-se para a extremidade da esquerda, o foco sobre a colaboração interprofissional decresce. Os participantes continuam a aprender juntos uns sobre os outros, mas as iniciativas possuem outros objetivos com grau de importância cada vez maiores, ou seja, o desenvolvimento de conhecimentos e/ou habilidades técnicas com vista a dar respostas a uma condição de saúde específica constitui-se o propósito central do curso, o que não exclui o trabalho interprofissional só que nestes casos ele não é a razão de ser da iniciativa.

Os três círculos que envolvem o retângulo do espectro da educação interprofissional referem-se a iniciativas que não promovem interação planejada entre estudantes de diferentes profissões. As iniciativas multi-profissionais, como já abordamos, envolvem diversos cursos de graduação, mas a aprendizagem ocorre de forma paralela, sem interações entre as áreas e os estudantes; a educação uni-profissional, como o próprio nome já diz, direciona-se para estudantes de uma única categoria profissional. Os outros dois casos, aprendizagem interprofissional informal e iniciativas com currículo oculto, estão situadas fora do espectro por representarem iniciativas educacionais não planejadas nas quais a interação não pode ser prevista e podem acontecer a qualquer momento em que dois ou mais membros de duas ou mais profissões interagem, seja em ambientes de trabalho, em contextos educativos e/ou espaços sociais. Os autores citam como exemplos: a aprendizagem que ocorre ao longo da prestação de cuidado e da oferta de serviços, as interações “não planejadas” que ocorrem ao longo de iniciativas educacionais planejadas (seja multi-profissionais ou mesmo interprofissional) durante os intervalos, conversas informais estimuladas pelas atividades. No caso de experiências educacionais sem um programa bem definido (currículo oculto), os autores consideram a impossibilidade de reconhecer o caráter da iniciativa, portanto as situam fora do espectro.

O espectro da educação interprofissional é direcionado para situar as ações que possuem a intencionalidade de ser interprofissional, o que por si só não asseguram a qualidade da aprendizagem colaborativa. Os autores são enfáticos “os meios para promover a aprendizagem interprofissional deve ser planejada com escolhas cuidadosas

de temas relevantes, adequados recursos de aprendizagem e métodos de ensino” (FREETH et al, 2005, p. 22).

Consideramos todas essas colocações importantes como forma de sistematizar aspectos centrais na condução dos projetos de educação interprofissional, agora consideramos indispensável não perdermos de vista uma dimensão mais profunda que perpassa como fundamento ontológico de todas estas discussões, que é o compromisso ético e político com a melhoria da qualidade de vida dos usuários e com a qualidade dos serviços ofertados a população, no sentido do cuidado integral à saúde. Além disso, é preciso ter clareza que o trabalho colaborativo em equipes interprofissionais está na contramão dos valores instituídos pela sociedade contemporânea que impõe à educação uma lógica competitiva de preparação para disputar uma vaga no mercado de trabalho, como bem podemos observar nas palavras de Maturana.

Quando eu era estudante, como já disse, desejava retribuir à comunidade o que dela recebia, sem conflito, porque minha emoção e minha sensibilidade frente ao outro e meu propósito ou intenção a respeito do país coincidiam. Mas atualmente esta coincidência entre propósito individual e propósito social não se dá, porque, no momento em que uma pessoa se torna estudante para entrar na competição profissional, ela faz de sua vida estudantil um processo de preparação para participar num âmbito de interações que se define pela negação do outro, sob o eufemismo: mercado livre e sadia competição (MATURANA, 2002, p. 13).

A educação interprofissional insere-se no contexto de discussões mais amplas sobre o necessário e urgente rompimento com o modelo pedagógico tradicional de ensino-aprendizagem. De forma que para ser implementado, faz-se necessário superar os resquícios da educação baseada em conteúdos através da implementação de currículos orientados por competência, da adoção de metodologias ativas e centradas no estudante, com intuito que este desenvolva uma postura ativa e participativa dentro de seu processo de aprendizagem. Além disso, a reorientação do sentido, dos formatos e da utilização dos processos avaliativos ao longo percurso educacional possuem importância central na implementação das mudanças. Como citado por Silva (2011, p. 169) “a educação interprofissional é o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver”.

Barr (2002) situa a educação interprofissional a partir dos pressupostos da educação transdisciplinar. Esta perspectiva dialoga com Almeida Filho (1997) ao

afirmar que para superar os impasses epistemológicos e metodológicos das ciências da saúde faz-se necessário reorientar o processo de produção de conhecimento a partir dos referenciais da complexidade, da pluralidade, da práxis e da transdisciplinaridade. Isto implica numa revisão profunda dos princípios fundamentais da filosofia da ciência moderna que estrutura o processo de conhecimento racional em uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer, uma vez que a fragmentação possibilita um aprofundamento dos processos de produção de conhecimento sobre as partes resultantes, tendo a ciência ocidental se desenvolvido com base na noção de especialidade.

Esta valorização da especialização implicou/implica para os campos disciplinares tanto

[...] a criação de novas disciplinas científicas, quanto provocou subdivisões internas nos próprios campos disciplinares; enquanto que no campo das práticas sociais, novas profissões eram criadas; e no âmbito da reprodução ampliada, um novo sistema de ensino e formação estruturava-se com base nesta estratégia "minimalista" de recomposição histórica da ciência e da técnica (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 05).

O autor segue em suas reflexões sobre as transformações e a crise contemporânea vivenciada pela ciência que, cada vez mais, vem sendo pressionada a abrir-se a questionamentos mais globais e fundamentais, na construção de uma ciência que passa a valorizar a descentralização e a relatividade. Estas transformações no nível global da ciência repercutem diretamente nas reflexões e formulações no campo da saúde, já que a saúde configura-se cada vez mais como um objeto complexo, caracterizado por Almeida Filho (1997) como sintético, não-linear, múltiplo, plural e emergente.

Esta crise paradigmática da ciência traz implicações ao campo dos saberes que, historicamente, estruturaram-se em disciplinas

[...] que nada mais são do que um saber organizado, constituído por um conjunto de teorias, conceitos e métodos [...] e segundo a perspectiva pedagógica, as disciplinas são conhecimentos abordados por meio de matérias específicas (FURTADO, 2007, p. 240).

E que, nos últimos anos, busca-se superá-las através de novas modalidades de organização dos saberes caracterizadas, principalmente, pela integração entre os vários

campos disciplinares, apresentando variações de acordo com o grau em que estes intercâmbios ocorrem. Dentro de uma escala, podemos situar: a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 1997; FURTADO, 2007).

Como vimos, a realidade do ensino contemporâneo é marcada pela compartimentalização do conhecimento, fenômeno que promove e valoriza a especialização dos saberes e das práticas. Vimos também que a educação interprofissional, em decorrência de seus pressupostos e objetivos, se filia a uma vertente que se contrapõe a esta trajetória da construção histórica dos conhecimentos científicos, com o intuito de constituir um novo campo teórico e operacional que possibilite a integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada [...] tendo sua coordenação assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência a horizontalização das relações de poder (ALMEIDA FILHO, 1997).

Além desta perspectiva epistêmica, interessa-nos, fundamentalmente, os desdobramentos que estes princípios gerais possuem na prática cotidiana dos trabalhadores no que diz respeito ao fortalecimento do trabalho em equipe e da prática colaborativa. Consolida-se, então, o campo da educação interprofissional para descrever o processo de aprendizagem designado para aprimorar a prática colaborativa.

4. OBJETIVOS

→ Geral

- ◆ Analisar as evidências de atividades de educação interprofissional no desenvolvimento do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde/Saúde da Família)

→ Específicos

- ◆ Identificar as metodologias de ensino-aprendizagem promotoras da educação interprofissional utilizadas nas atividades desenvolvidas ao longo do Projeto PET-Saúde/Saúde da Família;
- ◆ Identificar indícios de mudanças institucionais favoráveis a interprofissionalidade na saúde desencadeadas a partir das experiências do Programa PET-Saúde/Saúde da Família.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Escolha Metodológica

Minayo (2006, p. 187) define metodologia como sendo o “caminho do pensamento” seguido pelo investigador no curso de uma pesquisa. O delineamento metodológico deve corresponder à necessidade de conhecimento do objeto, ou seja, o pesquisador se propõe uma questão e colhe informações para respondê-la e, a partir daí, define o método ou os métodos, as estratégias, as técnicas e os procedimentos de coleta e análise dos dados e das informações que lhe permitirá responder ao seu problema/questão inicial. Dessa forma, podemos afirmar que o tipo de pesquisa que será desenvolvida dependerá do objeto do estudo, do problema de pesquisa e também da corrente de pensamento que guia o pesquisador. Temblay (2012, p. 11) identifica a existência de uma “associação imperativa entre uma perspectiva teórica particular adotada pelo pesquisador e os procedimentos metodológicos consequentes”, conceituando metodologia enquanto uma lógica operatória que orienta os estudos.

A escolha da metodológica deste estudo foi pela abordagem qualitativa de pesquisa, por compreender que esta seria a que melhor se adequaria para dar conta do objeto de investigação e dos objetivos propostos. As metodologias de pesquisa qualitativa são “capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerente *aos atos, às relações, e às estruturas sociais...*” (MINAYO, 2010, p. 57).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discussão e de documentos (p. 57)

Optar pela investigação qualitativa não significa uma contraposição com os métodos quantitativos, compreendemos que cada abordagem tem suas estratégias específicas para construir o conhecimento; com seus objetivos, as suas características peculiares e, às vezes, até mesmo, complementares e que dão conta de investigar

qualidades diferentes do objeto de estudo.

Ao conduzirmos esta pesquisa, temos o interesse na aplicação, na utilização e nas consequências práticas dos conhecimentos produzidos, esperamos contribuir com o aprimoramento do Programa PET-Saúde/Saúde da Família no que diz respeito ao campo da educação interprofissional. Nossa pesquisa descreveu como o Programa PET-Saúde/Saúde da Família tem adotado em suas atividades a educação interprofissional como estratégia pedagógica para fomentar o diálogo e a interação entre os diversos cursos de graduação da área da saúde transformando-se em um espaço potente para o desenvolvimento do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional na oferta de serviços de saúde.

De acordo com Minayo (2006), fundamentadas nas teorias compreensivas (corrente de pensamento) desenvolveram-se vários tipos de abordagens metodológicas, dentre as quais queremos destacar a pesquisa documental descritiva, uma vez que lhe adotamos para o desenvolvimento deste estudo.

Pesquisa documental “é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009, p. 05). Os autores ressaltam que este tipo de estudo deve ser apreciado e valorizado pela riqueza de informações que podemos extrair dos documentos e pela possibilidade de ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Inicialmente, gostaríamos de abordar a classificação do trabalho acadêmico com documentos, pois várias terminologias são utilizadas quando se pretende trabalhar com este tipo de material na investigação científica. De acordo com Sá-Silva, Almeida, Guindani (2009, p. 03), “teríamos as seguintes denominações: pesquisa documental, método documental, técnica documental e análise documental”. Pimentel (2001, p. 180) afirma que “estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta”.

Para nossa pesquisa, extrairemos dos documentos todas as informações necessárias para a realização do estudo, faremos isso através de etapas e procedimentos de organização do material, sua categorização e posterior análise. Portanto, concordamos com Sá-Silva, Almeida, Guindani (2009, p. 4) quando estes autores

afirmam que “as ações dos investigadores, cujos objetos são documentos, estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos”. E também nos apoiamos na conceituação de Minayo (2010), que define metodologia de uma forma abrangente que vai desde a discussão epistemológica e teórica que o tema ou objeto de investigação requer, como também a apresentação de técnicas, métodos e instrumentos de pesquisas somados a criatividade do pesquisador na articulação entre teorias, métodos e análises em respostas a suas indagações.

5.2 A exploração do campo de pesquisa

5.2.1 Revisão bibliográfica sistemática

A importância da revisão bibliográfica ao longo do processo da pesquisa se faz na medida em que permite conhecer e explorar de forma mais profunda a temática que se deseja estudar e investigar. De acordo com Creswell (2010), a revisão de literatura cumpre vários propósitos, dentre eles: compartilhar com o leitor os resultados de outros estudos que estão intimamente relacionados com a pesquisa a ser realizada, relacionar o estudo a um contexto mais amplo do campo científico, permitindo a identificação e o preenchimento de lacunas, com vistas a ampliar o conhecimento sobre a temática. Como afirmam Marconi e Lakatos (2010, p. 208)

[...] pesquisa alguma parte hoje da estaca zero [...] em um dado local, alguém ou um grupo, já deve ter feito pesquisas iguais ou semelhantes, ou mesmo complementares [...] uma procura de tais fontes torna-se imprescindível para a não duplicação de esforços, a não “descobertas” de ideias já expressas, a não inclusão de “lugares comuns” no trabalho”.

Além disso, a revisão de literatura permite salientar a contribuição da pesquisa a ser realizada, pois permite a construção de um pano de fundo útil para o problema/questão a ser investigado, ressaltando a necessidade do estudo e delineando um modelo teórico que servirá de embasamento à análise dos dados e fatos levantados ao longo do processo de investigação (CRESWELL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Após delimitarmos a temática a ser estudada (Educação Interprofissional na Educação Superior em Saúde), empreendemos uma revisão bibliográfica utilizando os

seguintes descritores: “college education interprofessional”; “high education interprofessional”; “interprofessional education”; educação superior saúde”; “educação superior relações interprofissionais”; educação superior equipe interdisciplinar em saúde”; “educação superior comunicação interdisciplinar”; “educação superior pesquisa interdisciplinar”; “educação interprofissional”. O período da busca foi de 2000 a 2011, abrangeu publicações dos últimos 10 anos, tendo sido realizada em português e inglês.

A revisão foi realizada nas seguintes bibliotecas virtuais: 1) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que inclui as bases MEDLINE, LILACS, Cochrane e Scielo; 2) Sites oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS); do CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education); 3) Acesso direto a dois importantes periódicos da área: Journal of Interprofessional Care e Journal of Research in Interprofessional Practice and Education. Outras fontes utilizadas foram incluídas a partir das referências dos artigos selecionados. E por fim, realizamos uma busca geral na internet através do GOOGLE ACADÊMICO.

Após esta busca geral, fizemos uma leitura dos resumos para selecionarmos os artigos que apresentavam relação direta com o nosso objeto de pesquisa. Em nossa revisão, não encontramos nenhum artigo que relaciona o PET-Saúde/Saúde da Família ao campo da Educação Interprofissional, apesar de termos encontrado estudos que o relaciona com as estratégias desenvolvidas no Brasil para promover transformações na educação dos profissionais de saúde no sentido do fortalecimento do cuidado integral e do trabalho em equipe, o que apresenta semelhanças com o nosso campo de estudo. No entanto, encontramos muitas publicações vinculadas ao tema “*Educação Interprofissional na Educação Superior em Saúde*”, principalmente, na literatura internacional. Em decorrência deste número volumoso fizemos uma seleção do material prioritário a ser analisado para elaboração do Projeto de Pesquisa com base no que afirma Minayo (2006, p. 184) “a pesquisa bibliográfica pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abranger, minimamente, os estudos clássicos e os estudos mais atualizados sobre o assunto”. Contudo, aprofundamos nossa apropriação sobre a temática até a conclusão da dissertação, isto por compreendermos que a revisão de literatura é um processo contínuo e sistemático.

5.2.2 Objeto do estudo

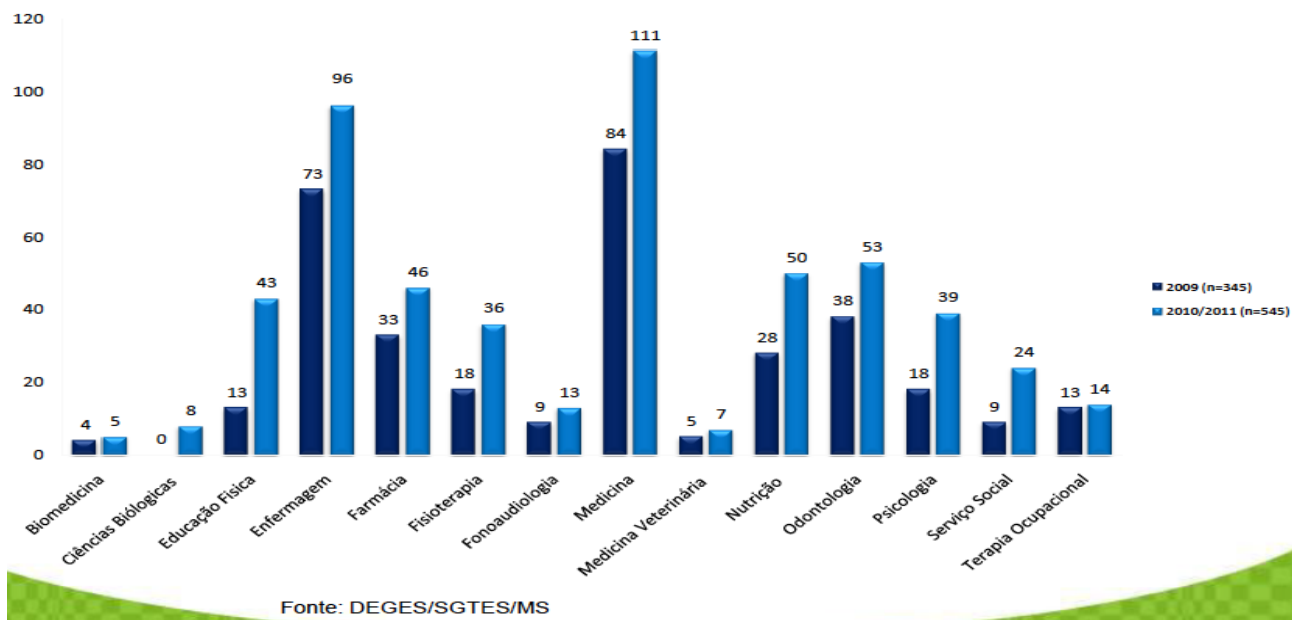
Como já apresentamos acima, nosso objeto de estudo será o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde/Saúde da Família), delineado e proposto pelo Ministério da Saúde. O PET-Saúde possui abrangência nacional, com projetos sendo desenvolvidos em todo o território brasileiro. O Brasil é um país de dimensões continentais, é o maior país da América Latina e o quinto maior do mundo, com sua população de mais de 192 milhões de habitantes distribuídos em cinco regiões (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) que possuem características demográficas, geográficas, históricas e culturais muito diversas. O edital nº 18/2009 selecionou 111 projetos que congregam 484 grupos PET-Saúde provenientes de todas as regiões do Brasil, frutos da parceria entre instituições de ensino, secretarias municipais de saúde (SMS), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Estes projetos foram desenvolvidos ao longo dos anos de 2010 e 2011 e constituem o universo da nossa pesquisa.

Os grupos PET-Saúde/SF são compostos por 1 tutor (professor/a), 6 preceptores (profissionais do serviço) e 30 estudantes (matriculados das IES participantes). Os projetos, necessariamente, deverão contemplar os cursos de graduação da área da saúde, conforme Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998, incluindo, necessariamente, o curso de medicina. Caso a IES não possua o curso de medicina, e deseje participar do Programa, deve articular-se com uma instituição de ensino que ofereça o curso de medicina, apresentando um projeto em parceria (BRASIL, 2009b).

Outra característica em comum aos projetos e que são relevantes para a nossa pesquisa é que todas as propostas foram elaboradas e selecionadas observando os seguintes aspectos gerais: *interdisciplinaridade e atuação coletiva*, envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento na graduação, que possuam objetos de trabalho em comum. Em outras palavras, os grupos PET-Saúde/SF, são estimulados a constituírem equipes de caráter multiprofissional. O que queremos analisar em nosso estudo é se podemos caracterizar estas experiências de interprofissionais, tendo como parâmetro o referencial teórico apresentado no capítulo “Desvelando a Educação Interprofissional”.

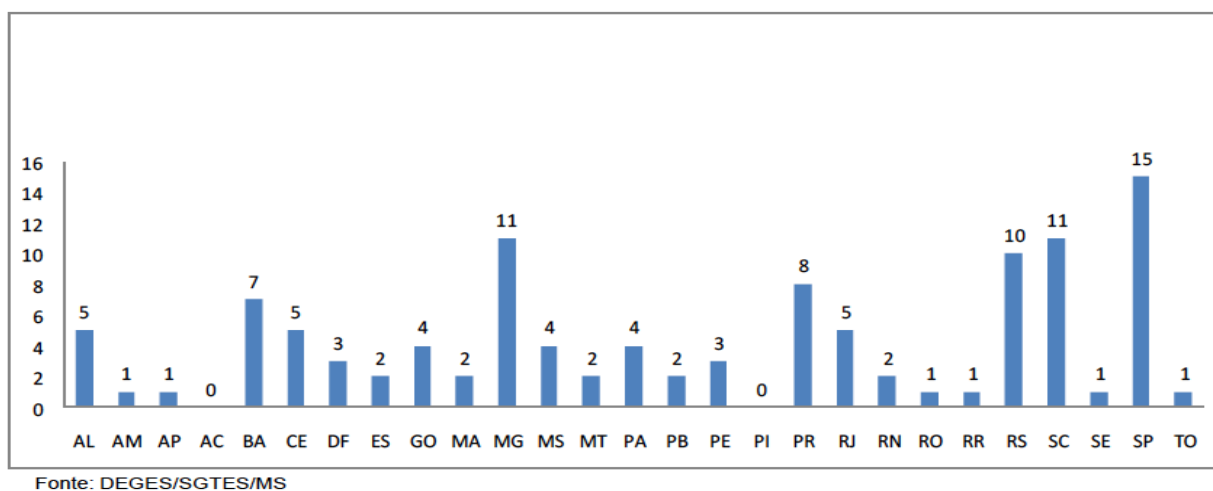
O gráfico abaixo nos permite visualizar a distribuição dos cursos da saúde nos projetos PET-Saúde/SF selecionados nos anos de 2009 e 2010/2011.

Gráfico 1 - Distribuição dos cursos da saúde nos projetos PET-Saúde/SF selecionados nos anos de 2009 e 2010/2011



Abaixo, apresentamos outro gráfico importante na caracterização do nosso objeto de estudo. O gráfico 2 mostra a distribuição por estado do número de projetos PET-Saúde/SF selecionados.

Gráfico 2 - Distribuição por Estado dos projetos PET-Saúde/SF selecionados



O Programa está presente em todas as regiões do país, com predominância das regiões sudeste, sul e nordeste e em praticamente todos os estados da Federação. Apenas o Acre e o Piau não foram contemplados pelo edital.

O monitoramento e a avaliação dos projetos PET-Saúde, em conformidade com as normas vigentes do Programa, são fundamentados nos seguintes indicadores/diretrizes: Relatório técnico semestral e final das atividades dos grupos PET-Saúde; participação dos alunos dos grupos em atividades, projetos e programas de ensino, pesquisa e extensão, no âmbito do PET-Saúde; desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas, contribuindo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; produção de conhecimento relevante em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde; projetos que contemplem a interdisciplinaridade, a atuação multiprofissional e a integração ensino-serviço; projetos que contemplem a interação com a comunidade; alinhamento das atividades dos grupos PET-Saúde as políticas públicas e de desenvolvimento na sua área de atuação (PRÓ-SAÚDE, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Programa TELESSAÚDE Brasil, UnASUS, entre outras); publicações e participações em eventos acadêmicos de professores tutores, preceptores e estudantes; resultados dos processos avaliativos do Ministério da Educação, considerando o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES; e inserção de informações atualizadas no Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – SIG-PET-Saúde pelos coordenadores dos projetos (no que se refere aos dados cadastrais dos participantes, autorizações mensais de pagamento das bolsas e registros da execução técnica de atividades desenvolvidas).

O material utilizado por nós foram os relatórios técnicos finais das atividades dos grupos PET-Saúde/Saúde da Família, que serão analisados a partir do referencial teórico adotado no estudo.

5.2.3 Definição da amostra

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa documental definida por Marconi e Lakatos (2010, p. 157) como uma pesquisa em que a “fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não”. Sá-Silva, Almeida e Guidani (2009) caracterizam os documentos como fontes de informação, indicação e esclarecimento

para elucidar determinadas questionamentos de interesse para a pesquisa, portanto, tudo que é

[...] vestígio do passado, tudo que serve de testemunho, é considerado como documento [...] pode-se tratar de textos escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou de qualquer outro tipo de testemunho registrado (CELLARD, 2012, p. 296-297).

Utilizamos, nesta pesquisa, a conceituação de Cellard (2012, p. 287), que distingue “as fontes “primárias”, produzidas por testemunhas diretas do fato, das fontes “secundárias”, que provém de pessoas que não participaram dele, mas que o reproduziram posteriormente”. O autor também caracteriza os documentos em: documentos arquivados⁹ e os que não o são; e documentos públicos¹⁰, documentos privados¹¹ e documentos pessoais.

O *corpus* de nossa pesquisa se constituiu por documentos escritos de caráter público, provenientes de fontes “primárias”. Este estudo utilizou como fonte de informações documentos arquivados e oficiais, a saber: Relatórios técnicos finais dos grupos PET-Saúde/Saúde da Família enviados ao Ministério da Saúde pelas Instituições de Ensino e SMS selecionadas pelo Edital 18/2009.

Enviamos um ofício ao Ministério da Saúde, direcionado à SGTES, solicitando a permissão para analisar os relatórios finais dos Programas enviados pelas IES. Antes mesmo da qualificação desta pesquisa, já entramos em contato com o Ministério da Saúde e constatamos a viabilidade da realização do estudo. Logo após a qualificação, fomos à Brasília para adquirir todo o material. Após este contato, também definimos, em acordo com a técnica da SGTES responsável pelo PET-Saúde, que os relatórios analisados foram aqueles entregues ao MS dia 15 de maio de 2013, pois estes abordam questões específicas sobre educação interprofissional, o que, certamente, enriquecerá bastante nosso estudo e também são os relatórios referentes ao edital 2010-2012, última edição do programa.

⁹ Documentos arquivados são aqueles sob guarda de um depósito de arquivos qualquer e que pode ser objeto de uma descrição, uma classificação, ou um tratamento concernente a conservação.

¹⁰ Exemplos de documentos públicos arquivados: arquivos governamentais, arquivo do estado civil, arquivos jurídicos; e documentos públicos não arquivados: jornais, revistas, publicidades, anúncios etc.

¹¹ Exemplos de documentos privados arquivados: documentos de organizações políticas, sindicatos, igrejas, empresas, etc; e exemplo de documentos pessoais: autobiografias, diários íntimos, documentos de família, etc.

Foi realizada uma leitura flutuante de todos os relatórios. Dentre estes, foram selecionados para realizar a análise aprofundada os que se reportavam a projetos que incluíam estudantes de ao menos dois cursos de graduação, excluindo aqueles que envolviam apenas o curso de medicina. Dentre os 111 projetos selecionados, 4 IES não enviaram o relatório final ao Ministério da Saúde dentro do prazo estipulado, a saber:

Quadro 2 - Lista de IES que não enviaram o Relatório Final do Programa PET-Saúde/SF

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca
Universidade Federal de Roraima	Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista
Universidade Federal de Uberlândia	Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia
Universidade da Região de Joinville	Secretaria Municipal de Saúde de Joinville

Nosso estudo apresenta como principal limitação a utilização de apenas uma fonte de informação no processo de coleta de dados, no caso, os relatórios técnicos supracitados. Além disso, algumas limitações consideradas inerentes ao tipo de coleta de dados escolhido, como: os documentos podem conter informações protegidas, não disponíveis ao acesso público, os materiais podem estar incompletos, não serem autênticos ou serem imprecisos (CRESWELL, 2010).

5.3 Análise dos dados

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 04) consideram que

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para o seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; e, por fim, elabora sínteses.

Antes de adentrarmos as etapas da análise propriamente dita, consideramos relevante apresentar algumas considerações necessárias de serem feitas aos estudos que possuem os documentos como fonte de informações.

Analizamos os relatórios de todos os Projetos PET-Saúde/SF que incluíam ao menos dois cursos de graduação, num total de 105 projetos. Excluímos os que

envolviam apenas o curso de medicina, o que, por definição não se constitui em educação interprofissional. O Quadro 2 indica as IES onde apenas o curso de medicina participou do programa.

Quadro 3 - Projetos PET-Saúde que envolviam apenas o curso de medicina

Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Ipanema
Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Penedo

Cellard (2012) considera que a análise documental, no plano metodológico, apresentam algumas vantagens, como por exemplo: a eliminação, em partes, da influência do pesquisador sobre o sujeito pesquisado, como também apresenta desvantagens; podemos citar aqui o fato de o documento constituir um instrumento que o pesquisador não domina, no sentido que a informação circula em sentido único e o pesquisador precisa fazer um esforço de compreender adequadamente o sentido da mensagem e também contentar-se com o material que tiver a mão. Nas palavras de Cellard (2012, p. 296), “fragmentos eventualmente incompletos, passagens difíceis de interpretação e repleta de termos e conceitos que lhe são estranhos e foram redigidos por um desconhecido”. É, portanto, em virtude dessas peculiaridades que o pesquisador precisa superar alguns obstáculos e tomar algumas medidas de precauções para identificar os documentos pertinentes ao estudo, avaliar sua credibilidade e representatividade com vistas a assegurar a validade e a solidez de suas explicações (CELLARD, 2012; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

No caso do presente estudo os únicos documentos disponíveis sobre o desenvolvimento dos programas PET-SAÚDE/SF são os relatórios encaminhados pelas instituições ao Ministério da Saúde.

Cellard (2012) sistematiza a análise documental em três momentos: a *primeira etapa consiste na organização e no exame minucioso das fontes documentais previamente identificadas*. Pimentel (2001) caracteriza esta etapa como a capacidade de processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio.

Após o recebimento dos relatórios técnicos, procedemos à organização dos

mesmos dividindo-os por região do país. Neste momento, identificamos a falta de cinco relatórios e também a junção três municípios em um único relatório, o que os diferencia dos demais, uma vez que nos outros relatórios cada documento se referia a parceria de uma Instituição de Ensino Superior (IES) e uma Secretaria Municipal de Saúde em específico. No quadro 3 são apresentados os documentos organizados por região.

Quadro 4 - Lista de relatórios por região e instituições responsáveis

CENTRO-OESTE		
	Relatórios por instituições responsáveis	
Distrito Federal - Brasília	Escola Superior em Ciências da Saúde - ECS - FEPECS	Secretaria de Estado de Saúde - DF
	Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia	Secretaria de Saúde do Distrito Federal - DF / DGS de Ceilândia
	Universidade de Brasília	Secretaria de Saúde do Distrito Federal - DF
GOIÁS	Universidade de Brasília	Secretaria Municipal de Saúde de Ceres - GO
	Universidade de Brasília	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Isabel - GO
	Universidade Federal de Goiás	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - GO
	Universidade Federal de Goiás	Secretaria Municipal de Saúde de São Luis de Montes Belos - GO
MATO GROSSO	Universidade Federal da Grande Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Amambai - MS
	Universidade Federal da Grande Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Anaurilândia - MS
	Universidade Federal da Grande Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Dourados - MS
	Universidade Federal de Mato Grosso	Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá - MT
	Universidade Federal de Mato	Secretaria Municipal de Saúde

	Grosso	de Várzea Grande - MT
MATO GROSSO DO SUL	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS

NORDESTE		
	IES	Secretaria de Saúde
ALAGOAS	Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
	Universidade Federal de Alagoas (apenas o curso de medicina)	Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Ipanema
	Universidade Federal de Alagoas (apenas o curso de medicina)	Secretaria Municipal de Saúde de Penedo
	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
	Universidade Federal de Alagoas	Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca
BAHIA	Universidade Federal da Bahia	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
	Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro
	Universidade Estadual de Santa Cruz	Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus
	Universidade Estadual de Santa Cruz	Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna
	Universidade Estadual de Feira de Santana	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana
	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	Secretaria Municipal de Saúde de Jequié
CEARÁ	Universidade Federal do Ceará	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
	Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Vale do Acaraú	Secretaria Municipal de Saúde de Sobral
	Universidade de Fortaleza	Secretaria Municipal de Saúde

		de Fortaleza
	Universidade Estadual do Ceará	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
MARANHÃO	Universidade Estadual do Maranhão	Secretaria Municipal de Saúde de Caxias
	Universidade Federal do Maranhão	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís
PARAÍBA	Universidade Federal da Paraíba	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
	Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Estadual da Paraíba	Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
PERNAMBUCO	Universidade de Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde de Recife
	Universidade Federal de Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde de Recife
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina
PIAUÍ	-----	-----
RIO GRANDE DO NORTE	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Secretaria Municipal de Saúde de Natal
	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró
SERGIPE	Universidade Federal de Sergipe	Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

NORTE		
	IES	SECRETARIA DE SAÚDE
AMAPA	Universidade Federal do Amapá	Secretaria Municipal de Saúde de Macapá
AMAZÔNAS	Universidade Federal do Amazonas	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
PARÁ	Universidade Federal do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua
	Universidade Federal do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
	Universidade do Estado do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua

	Universidade do Estado do Pará	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
RONDÔNIA	Fundação Universidade Federal de Rondônia	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho
RORAIMA	Universidade Federal de Roraima	Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista
TOCANTINS	Fundação Universidade Federal de Tocantins	Secretaria Municipal de Saúde de Palmas

SUDESTE			
	IES	SECRETARIA DE SAÚDE	
SÃO PAULO	Faculdade de Medicina de Jundiaí	Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí	
	Faculdade de Medicina de Marília	Secretaria Municipal de Saúde de Garça	
	Faculdade de Medicina de Marília	Secretaria Municipal de Saúde de Marília	
	Faculdade de Medicina do ABC		Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul
			Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo
			Secretaria Municipal de Saúde de Santo André
	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Sorocaba	Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba	
	Universidade de São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	
	Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	
	Universidade Estadual de Campinas	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	
	Centro Universitário São Camilo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	
Universidade São Francisco	Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista		
Universidade Federal de São	Secretaria Municipal de Saúde		

	Carlos	de São Carlos
	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"	Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu
RIO DE JANEIRO	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Macaé
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Piraí
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
	Universidade Federal Fluminense	Secretaria Municipal de Saúde de Niterói
	Faculdade de Medicina de Petrópolis - (Faculdade Arthur Sá Earp Neto)	Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis
MINAS GERAIS	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais/ Fundação Educacional Lucas Machado	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
	Universidade Estadual de Montes Claros	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros
	Universidade Federal de Juiz de Fora	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
	Universidade Federal de Minas Gerais	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
	Universidade Federal de Ouro Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto
	Universidade Federal de Ouro Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Mariana
	Universidade Federal de São João Del Rei	Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis
	Universidade Federal de Uberlândia	Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia
	Universidade Federal de Viçosa	Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba - MG
	Universidade Federal dos	Secretaria Municipal de Saúde

	Vales do Jequitinhonha e Mucuri	de Diamantina
ESPÍRITO SANTO	Centro Universitário Vila Velha	Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha
	Universidade Federal do Espírito Santo	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

SUL		
	IES	SECRETARIA DE SAÚDE
RIO GRANDE DO SUL	Fundação Universidade Federal do Rio Grande	Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande
	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
	Universidade Católica de Pelotas	Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas
	Universidade de Caxias do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul
	Universidade de Passo Fundo	Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo
	Universidade de Santa Cruz do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul
	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
	Universidade Federal de Pelotas	Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas
	Universidade Federal de Santa Maria e Centro Universitário Franciscano	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
	Faculdade Evangélica do Paraná	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
	Universidade Estadual de Londrina	Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporã
	Universidade Estadual de Londrina	Secretaria Municipal de Saúde de Cambé
	Universidade Estadual de Londrina	Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

PARANÁ	Universidade Federal do Paraná	Secretaria Municipal de Saúde de Colombo
	Universidade Estadual de Maringá	Secretaria Municipal de Saúde de Maringá
	Universidade Estadual de Maringá	Secretaria Municipal de Saúde de Marialva
	Universidade Federal do Paraná	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SANTA CATARINA	Universidade Comunitária Regional de Chapecó	Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó
	Universidade da Região de Joinville	Secretaria Municipal de Saúde de Joinville
	Universidade do Extremo Sul Catarinense	Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma
	Universidade do Extremo Sul Catarinense	Secretaria Municipal de Saúde de Içara
	Universidade do Oeste de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Herval D'Oeste
	Universidade do Sul de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça
	Universidade do Sul de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Tubarão
	Universidade do Vale do Itajaí	Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí
	Universidade Federal de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Curitibanos
	Universidade Federal de Santa Catarina	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

A próxima etapa consiste na análise preliminar, ou seja, o estudo do contexto no qual o texto em questão foi produzido, o autor e os atores sociais em cena, a confiabilidade do documento, sua natureza, sua lógica interna etc. Nesta etapa se processa uma avaliação crítica do material que se pretende analisar e ela é composta por cinco dimensões: o contexto; o autor ou os autores; a autenticidade e a confiabilidade do texto; a natureza do texto; e os conceitos chaves e a lógica interna. Iremos agora abordar cada uma das dimensões sugeridas por Cellard (2012).

O contexto. Consiste no exame do contexto social no qual foi produzido o documento e no qual mergulhava seu autor e aqueles a quem ele foi destinado. Mesmo

quando a análise se refere a um passado recente é primordial conhecer a conjuntura política, social e cultural que propiciou a produção de um determinado documento, pois tal compreensão possibilita melhores condições para entender as particularidades da forma e da organização do material.

O autor ou os autores. Para proceder na interpretação e análise de um documento além de conhecer o contexto no qual ele foi produzido, também se faz importante conhecer a identidade da pessoa que se expressa através de determinada “fonte”, identificar seus interesses e os motivos que a levaram a escrever tal documento, suas razões e as daquele a quem eles se dirigem. Dessa forma, podemos avaliar melhor a credibilidade de um texto e as possíveis distorções que podem haver na reconstituição de um acontecimento. No presente estudo, o autor ou autores de cada relatório foram os coordenadores dos Programas PET-Saúde/SF. O relatório, por sua vez, é dirigido para o órgão financiador do Programa, o Ministério da Saúde. Neste sentido, é esperado que os autores tentem atender no seu relato, as expectativas de resultados esperados pelo financiador. Isto deve ser considerado na análise. Outra característica dos autores é que são professores universitários, portanto, acadêmicos, o que provoca expectativa de textos sistematizados e racionalistas.

A autenticidade e a confiabilidade do texto. Esta dimensão busca dar conta da qualidade da informação transmitida e da relação existente entre o autor e o que eles descrevem. Ou seja, saber se eles foram testemunhas diretas do que foi relatado, saber quanto tempo decorreu entre o acontecimento e sua descrição, saber se os autores reportam falas de alguém e também de tinham condições de fazer determinadas descrições e/ou julgamentos. No presente estudo, os coordenadores dos Programas, que são os responsáveis pela consolidação das informações e envio dos relatórios, compartilham a escrita do texto com os demais tutores que compõe o PET-Saúde/SF naquela determinada IES. Portanto, o coordenador, não necessariamente acompanha todas as atividades desenvolvidas, reportando em, muitas situações, o relato feito pelos tutores que acompanhavam diretamente os grupos PET-Saúde/SF. O Programa encerrou suas atividades em dezembro de 2012, tendo como prazo final para envio dos relatórios ao MS a data de 15 de maio de 2013.

A natureza do texto. Aqui o autor se refere à importância de explicitar a “razão da existência” de um determinado documento, ou seja, saber se são registros pessoais,

se são relatórios destinados a órgãos de controle e avaliação, se são documentos jurídicos e/ou normativos, pois o caráter do texto, sua estrutura de organização, como também a liberdade de escrita do autor, variam bastante a depender destas qualificações. No presente estudo tratam-se de relatórios oficiais.

Os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Para finalizar o trabalho de análise preliminar, o autor traz à tona a importância do sentimento do pesquisador de que ele compreendeu satisfatoriamente o significado e o sentido dos termos e conceitos empregados pelo autor de um texto.

Tratando-se de relatórios relacionados a projetos acadêmicos da saúde, acreditamos que conseguimos compreender o significado dos conceitos empregados.

Após proceder à análise preliminar dos documentos, reunimos todo o material à luz de nossos questionamentos iniciais e/ou do quadro teórico para iniciamos uma interpretação coerente e sólida, tendo sempre como guia a temática ou a problemática do estudo. Nesta etapa iremos, através das “pistas documentais”, confirmar, modificar, invalidar ou até mesmo enriquecer nossas hipóteses; o que significa que ao longo da análise do material estivemos abertas para as surpresas e descobertas que nos impulsionaram a enriquecer nossos questionamentos. Como fica claro nas palavras de Cellard (2012, p. 304):

[...] é esse encadeamento de ligações entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, o que lhe possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente, e realizar uma reconstrução de um aspecto qualquer desejado.

Dividimos este momento da análise em duas etapas:

1. Extraímos os elementos pertinentes do texto analisado tendo como guia nosso quadro teórico do qual extraímos categorias que qualificam e caracterizam a educação interprofissional;
2. Comparamos com os outros elementos contidos no corpus documental e produzimos novas categorias quando julgamos pertinente.

Após este trabalho de desconstrução dos elementos textuais, procedemos à reconstrução do material. Estabelecemos as combinações possíveis entre os diferentes elementos contidos nas fontes em relação ao contexto, à problemática e ao quadro

teórico, e também, deve-se admiti-lo em função da própria personalidade do pesquisador (CELLARD, 2012, p. 304). De acordo com o autor a aptidão e a capacidade criativa do pesquisador em elaborar uma explicação a partir da soma de algumas ideias ou pensamentos é crucial nesta etapa da análise, uma vez que terá que estabelecer relações entre vários fatos compondo um cenário coerente e, ao mesmo tempo, ter bastante cautela, tomando uma série de precauções de ordem crítica para assegurar a validade e a qualidade da pesquisa.

Organizamos os Relatórios Técnicos, inicialmente, separados por Região do país e em seguida por Estado da federação, pois utilizamos esta subdivisão no processo de análise. Escolhemos três categorias para orientar a análise, a saber:

1. Interação entre estudantes de diferentes profissões;
2. Articulação Ensino-Serviço;
3. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem.

Em seguida, iniciamos a leitura dos relatórios identificando trechos referentes as categorias escolhidas a partir de nosso referencial teórico. Os trechos eram separados do corpo dos relatórios e, em seguida, agrupados por temáticas sobre as quais teríamos considerações. Estas temáticas surgiram tanto das teorias que embasaram nosso estudo como também emergiram a partir da leitura dos relatórios.

5.4 Cuidados Éticos

Ao longo de toda a pesquisa, também estaremos atentas aos cuidados éticos necessários, respeitando as normas e diretrizes que regem a pesquisa científica, como: o sigilo das informações, autorização para registro de qualquer atividade desenvolvida com os participantes, dentre outras.

A presente pesquisa não necessita parecer de um Comitê de Ética, dado que serão analisados apenas documentos sem o envolvimento direto de seres humanos. Solicitamos ao Ministério da Saúde a concessão da condição de fiel depositárias dos Relatórios Finais dos Programas do PET-Saúde/SF desenvolvidos nos anos de 2010 e 2011. Observaremos os aspectos éticos da pesquisa: autonomia, não-maleficência, justiça e beneficência. Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para o campo de formação na saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, buscando

cumprir os princípios da beneficência e justiça.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao retomarmos a definição de educação interprofissional formulada pelo CAIPE (1997) - a educação interprofissional acontece quando estudantes de duas ou mais profissões compartilham de um mesmo processo de aprendizagem durante um certo período de tempo, desenvolvendo valores, conhecimentos e habilidades em comum para permitir a efetiva colaboração, melhorar a qualidade da atenção à saúde, além de ser fundamental para desenvolver habilidades para o trabalho em equipe e, assim, reduzir a fragmentação dos serviços.

Podemos identificar alguns princípios e elementos fundamentais que compõe e configuram estas propostas, levando em consideração tanto aspectos do contexto quanto do processo para assegurar o desenvolvimento das competências desejadas. Em nossa análise focamos na presença de três dimensões indispensáveis que, presentes nos Projetos PET-Saúde/SF estudados, caracterizariam a educação interprofissional, a saber: 1. A existência de interação entre estudantes de profissões diferentes; 2. A articulação ensino-serviço; e, 3. A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

INTERAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE PROFISSÕES DIFERENTES

Como abordamos em nosso referencial teórico, a interação entre estudantes de diferentes cursos de graduação é essencial para que um processo de aprendizagem seja caracterizado como uma experiência de educação interprofissional, ou seja, os estudantes precisam compartilhar de um mesmo processo de aprendizagem com diálogo efetivo entre eles, durante um certo período de tempo, para que possa ser desenvolvido as competências necessárias ao trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Entre os relatórios, encontramos alguns projetos traziam de forma explícita o intuito de trabalhar a interprofissionalidade no âmbito das atividades dos grupos PET-Saúde/SF.

Os projetos de pesquisa foram desenvolvidos de forma articulada de modo a promover a atuação interprofissional. Cabe destacar que durante a realização das atividades do projeto a interação dos tutores e acadêmicos não restringiu-se apenas aos preceptores, mas, com todos os membros da Equipe de Saúde da Família, em especial, com os Agentes Comunitários de Saúde, cuja contribuição é imensurável (NORTE – 2).

[...] a educação interprofissional é considerada proposta na qual estudantes de medicina e enfermagem, nos dois primeiros anos de graduação, mediados por professores de diferentes formações profissionais aprendem e interagem em conjunto visando a melhoria da qualidade no cuidado à saúde de sujeitos, famílias e comunidade na atenção primária à saúde. É considerada uma educação que valoriza o trabalho em equipe, a integralidade e o respeito às especificidades de cada profissão (SUDESTE – 3).

No momento da elaboração do Planejamento do PET Saúde da Família 2010-2011 – UCS/SMS de Caxias do Sul ficou definido que os grupos tutoriais seriam interdisciplinares, isto é, tutores orientariam preceptores e alunos de diferentes cursos, enquanto os preceptores também teriam alunos de cursos diferentes das suas áreas de atuação [...] Todas as atividades foram desenvolvidas de forma multiprofissional, considerando a composição dos grupos tutoriais, planejamento e implementação das atividades que exigia a interdisciplinaridades. Mesmo aquelas que se centravam em um campo profissional específico tinham a participação de alunos e profissionais de diferentes cursos. Isto permitiu a reflexão e a prática do que se pode abordar no campo e no núcleo profissional. Também possibilitou um olhar que não reforçou a defesa de limites de atuação corporativista, mas sim a possibilidade de complementariedade de saberes e práticas e a indução de vivências de transdisciplinariedade (SUL -11).

O PET/SF Sul 11 traz os conceitos de campo e núcleo profissional propostos por Campos (2000). Estas concepções nos permitem vislumbrar a organização de práticas interprofissionais, já que estabelecem um campo comum que transversaliza todas as áreas da saúde e, assim, cria uma base comum que possibilita o diálogo entre diversas categorias profissionais. Campos (2000, p. 220) compreende que a “institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos”.

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (...) à noção de núcleo parte da necessidade, e da inevitabilidade de se constituírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber (...) sugere a possibilidade de que essa institucionalização pode acontecer de modo flexível e aberto (CAMPOS, 2000, p. 220-221).

Andrade et al. (2004) compreendem que para que a ESF possa contribuir com a reorientação do modelo de atenção, a partir de uma concepção abrangente de saúde

tendo como enfoque a promoção da saúde, faz necessário uma atuação interprofissional, que se configura mediante a constituição de um campo comum de conhecimento pelo fato dos profissionais atuarem, embora com papéis diferenciados, em um mesmo território a partir de um processo de trabalho único, construído coletivamente em prol do desenvolvimento da saúde da população.

Percebemos, também, em outros relatórios, uma confusão entre os conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade. Em alguns casos, após a descrição das atividades, nota-se que os termos são utilizados como sinônimos. No trecho abaixo, o autor do relatório descreve atividades que possuem características de educação interprofissional, mesmo que se utilize do termo multiprofissional.

Todas as atividades realizadas no nosso PET-Saúde foram multiprofissionais, ou seja, as ações de planejamento, elaboração dos Planos de Trabalho, as atividades de assistência (palestras, grupos educativos, visitas domiciliares, supervisão, reuniões de avaliação) e as atividades de pesquisa (coleta de dados, e discussão dos resultados preliminares), foram realizadas envolvendo alunos, preceptores e tutores das diversas áreas da saúde que compõem o nosso PET-Saúde (Biomedicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Medicina, Odontologia, Farmácia) (NORTE – 4)

A distribuição dos monitores do PET-Saúde segue a lógica multiprofissional, na qual 1 tutor fica responsável por preceptores e monitores de diferentes categorias profissionais. Ademais, há integração com a Residência de Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde nas atividades realizadas na comunidade com foco na Promoção da Saúde (NORDESTE – 14)

[...] desde seu início em 2009, em grupos tutoriais de composição mista, de modo que o maior número possível de cursos estivesse envolvido com o trabalho em uma mesma UBS. O mesmo pode se dizer da participação dos preceptores. Esta talvez tenha sido a maior riqueza e a maior herança deixada pelo PET-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde: demonstrou a viabilidade e o potencial do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Foram inúmeras as experiências criadas a partir deste contato entre atores de profissões tão variadas (SUDESTE – 15)

Em outras situações confunde-se, claramente, atividades de cunho multiprofissional com atividades interprofissionais, pois em ambos os casos estão presentes estudantes de pelo menos dois cursos diferentes, mas para se configurar como educação interprofissional é preciso assegurar a interação entre os estudantes de diferentes áreas através de metodologias apropriadas para promover o desenvolvimento das competências necessárias ao trabalho colaborativo. Discussão conjunta de casos,

elaboração interprofissional de projetos terapêuticos/atuação, intervenções em equipe são alguns exemplos de atividades nas quais estudantes de diversos cursos são mobilizados a se confrontar com diversos saberes e campos de prática, construir elos de diálogos entre as áreas para alcançar objetivos comuns, compartilhar de uma mesma plataforma de trabalho, estabelecer linguagens comuns entre as diversas áreas, enfim, desenvolver uma prática interprofissional e colaborativa.

No extrato do relatório PET/SF Norte 5, desenvolvido em um estado da região norte do país, o relator classifica algumas atividades como interprofissionais, pontuando, inclusive, o desenvolvimento de algumas atitudes necessárias para colaboração entre profissões. No entanto, nos extratos de relatórios seguintes, ao descrever as atividades, os relatos ficam restritos a palestras que estudantes ministraram uns para os outros, o que não configura, necessariamente, atividades interprofissionais. É importante ressaltar que neste relatório em particular não identificamos a descrição de nenhuma atividade com características necessárias em iniciativas de educação interprofissional. O Programa PET/SF Sudeste 29 também descreve atividades que não nos sugere interação e diálogo entre diversas profissões.

Foi possível observar uma interação inter e multiprofissional entre alunos x aluno dos diferentes cursos, aluno x equipe do ESF e entre equipe multiprofissional dos funcionários da ESF, alunos e usuários do SUS (comunidade) sendo percebido no desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde e entre os próprios alunos com suas participações nos projetos de pesquisa com troca de experiência e valorização do aprendizado grupal e individual. De um modo geral todas as equipes nas quais os alunos estavam inseridos tiveram trocas de experiência o que contribuiu de maneira satisfatória para o respeito entre as profissões e desenvolvimento da ética profissional (NORTE – 5)

No momento das palestras, por exemplo, enquanto os alunos da medicina palestram sobre diversas enfermidades, os da enfermagem falam sobre cuidados gerais e de prevenção, os técnicos de enfermagem aferem pressão arterial, glicemia capilar, entre outros, os agentes comunitários de saúde organizam a comunidade (NORTE – 5)

No decorrer do desenvolvimento do PET-Saúde, houve a articulação de diversos cursos da saúde com atividades que oportunizaram atuação multiprofissional. Mensalmente, eram realizadas atividades que congregavam acadêmicos (bolsistas e voluntários), preceptores e tutores do programa, para a participação de cursos e palestras promovidos pela direção do Programa e ministrada por profissionais de diversas áreas da saúde (Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e outros) (NORTE – 3)

Foram realizadas palestras com as enfermeiras e fisioterapeutas para o desenvolvimento do projeto de intervenção sobre pé-diabético. Palestras com nutricionistas, médicos e educadores físicos foram ministradas visando alertar sobre o bom condicionamento físico e a saúde. (SUDESTE - 29)

Em alguns relatórios, o relator se restringe a abordar a temática da interprofissionalidade ao responder a seguinte questão “17) Houve desenvolvimento de atividades interprofissionais/multiprofissionais? Quais?”, o que nos sugere pouca relevância dada a temática por abordá-la de forma muito superficial.

Ocorrem atividades multiprofissionais por meio da parceria estabelecida entre a Universidade de Brasília, a Universidade Católica e a Secretaria de Saúde o que possibilita a troca de experiências entre docentes, discentes e profissionais da rede em diferentes áreas dos cursos da saúde (CENTRO-OESTE - 3)

Ainda analisando o aspecto relativo à conceitualização das atividades enquanto experiências de aprendizagem interprofissionais, os estudiosos do campo afirmam que para assegurar a qualidade das interações entre os diversos cursos é importante que o planejamento do programa já aconteça de forma interprofissional, minimizando, assim, as chances de conflitos e crises que impossibilitem os trabalhos coletivos. Em um extrato do PET/SF Nordeste 1, percebe-se que o autor apresenta um posicionamento claro pela opção de trabalhar a interprofissionalidade, assumindo, desde o planejamento, estratégias que viabilizam e fortalecem o trabalho conjunto entre diferentes cursos de graduação.

[...] o primeiro movimento consistiu na consolidação do diálogo entre os tutores das diferentes áreas envolvidas com o Programa. Movimento este que foi anterior à chegada dos alunos e preceptores uma vez que estava se formando um grupo tutorial mais ampliado, incluindo novos cursos (Nutrição e Serviço Social). A constituição de uma identidade pelo trabalho resultou no pacto singelo de reunir esforços para trabalhar conjuntamente. Para isso, refutamos conceitos prontos/fechados, que estereotipam as relações entre os tutores e entre os membros que iriam compor os grupos. Inicialmente estabelecemos um espaço de exercício interdisciplinar entre as áreas envolvidas, amadurecendo o diálogo, produzindo posicionamentos ético-políticos e teórico-metodológicos à medida que se reduziam as ansiedades e preocupações sobre o trabalho que estava por vir [...] O primeiro dos pactos foi o desejo de trabalharmos conjuntamente e as implicações daí decorrentes: tempo, prioridades e disponibilidades. (NORDESTE -

1)

[...] reunião de equipe entre os participantes dos cursos de Enfermagem e de Medicina, e entre estes e membros das equipes de saúde e da comunidade. Além disso, atividades conjuntas com as equipes do NASF fomentaram também a ampliação do diálogo e práticas multiprofissionais. As atividades desenvolvidas priorizaram o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão (SUDESTE - 17)

No caso destes projetos, podemos afirmar que houve, por parte dos atores envolvidos, a decisão consciente de incorporar a educação interprofissional como princípio pedagógico das atividades desenvolvidas. Além disso, houve uma pactuação prévia sobre os princípios que norteariam todas as atividades, isto é fundamental para reduzir os desentendimentos que podem acarretar o comprometimento dos objetivos de fortalecer a colaboração entre as profissões. Barr (2002) faz a seguinte reflexão:

[...] O trabalho em equipe pode ser frustrado pela rivalidade e falhas de comunicação ou pode tornar-se uma experiência de aprendizagem mútua através da qual cada profissão pode compreender melhor as contribuições de cada um dentro de um espírito de confiança e apoio mútuo.

Outro aspecto identificado nos extratos de alguns relatórios foi o papel propulsor do PET-Saúde/SF para construir a percepção por parte dos profissionais do serviço e dos estudantes sobre importância do trabalho interprofissional na qualificação do processo de trabalho na atenção primária à saúde e o cuidado integral aos usuários.

No dia-a-dia da minha atividade de tutoria de um grupo de alunos do 3º. Ano do IUSC, foi possível ter um contato muito bom com os outros profissionais médicos, técnicos e enfermeiros da Unidade de Saúde que atuei. Este contato possibilitou discussões de muitos casos, com contribuição de ambos os lados, certamente com crescimento dos profissionais e qualificação do cuidado aos pacientes (SUDESTE – 3)

Maior compreensão da importância do trabalho em equipe para prestar assistência à saúde da população (NORTE – 3)

O PET me levou a refletir a importância de transmitir o nosso conhecimento de nutrição aos profissionais de outras áreas assim como receber o conhecimento de profissionais de outras áreas, a troca de conhecimento e experiência é importante para oferecer um atendimento integral e eficaz para população (SUL – 9)

Em cada unidade havia alunos de no mínimo dois cursos, para propiciar o exercício da interdisciplinaridade no dia a dia do serviço.

Os preceptores eram médicos ou enfermeiros, o que também se constituiu num desafio. Como enfermeiros e médicos iriam lidar com acadêmicos de Ed. Física, Nutrição e Serviço Social? No início foram longas discussões a respeito. Depois de uns meses a unanimidade reinou quanto a importância destes novos profissionais apoiando as ações já existentes e implementando outras com o foco na Promoção à Saúde (CENTRO-OESTE – 12)

Nos portfólios há ampla discussão e relato da importância atribuída pelos alunos à experiência no PET-saúde valorizando: os cenários de prática, a experiência interdisciplinar, o desenvolvimento de competências de escuta e diálogo e o trabalho em equipe (SUL – 18)

O diálogo com outras áreas do conhecimento gerou um novo olhar por parte da equipe, para questões que ultrapassam a concepção de saúde-doença, no sentido de ampliar o significado da saúde para um cotidiano institucional fragilizado e disperso da real proposta das ESFs (CENTRO-OESTE – 12)

A experiência mostrou várias dimensões do problema da integração entre ensino-serviço-gestor-usuário, pois ficou patente que muita construção coletiva ainda precisa ser desenvolvida. No entanto, o saldo é absolutamente positivo, na medida em que vimos a transformação de uma grupalidade em grupo, portanto uma possibilidade concreta de integração. A relevância das atividades pode ser dimensionada pelos contatos dos alunos com as comunidades, as vivências multiprofissionais e o reconhecimento da rede de cuidado construída pelas pessoas. (SUDESTE – 11)

Esta relação entre o trabalho em equipe, a qualificação dos profissionais e melhorias na assistência aos usuários também foram encontradas por nós na literatura pesquisada, como fica explicitado no trecho abaixo:

A prática profissional colaborativa viabiliza a construção de uma visão mais holística sobre as necessidades dos usuários, promovendo atenção usuário-centrado, onde “o paciente/usuário é o centro da atuação profissional, demandando cuidados que estão além das habilidades e do escopo de apenas uma profissão isoladamente (GILBERT; BRAINBRIDGE, 2009).

O extrato PET/SF Nordeste – 3 faz relação direta entre algumas melhorias observadas e a atuação em grupos multiprofissionais, o que corrobora com Barr (2009) quando o autor afirma que estudantes de diferentes profissões da saúde devem aprender juntos durante um certo período de tempo de sua graduação para desenvolver as habilidades necessárias para solucionar os problemas de saúde prioritários dos indivíduos e das comunidades, o que, em geral, exige o trabalho em equipe interprofissional.

[...] ao longo deste período de inserção do PET-Saúde nos serviços, pudemos evidenciar algumas mudanças: melhorias na relação entre os trabalhadores da unidade, especialmente do médico com os demais, valorização do diálogo e do trabalho em equipe; valorização do trabalho dos ACS. Discussões esta que certamente só foi possível com a atuação dos grupos tutoriais multiprofissionais (NORDESTE – 3)

Além dos impactos positivos identificados nos serviços, também pudemos extrair dos relatórios indícios do fortalecimento da educação interprofissional nas instituições de ensino e nos cursos de graduação. Em resposta à pergunta “Houve avaliação do grupo sobre o processo de trabalho? O grupo fez propostas para superação das dificuldades?” do relatório, encontra-se os seguintes registros:

Maior integração entre os cursos no planejamento e desenvolvimento de atividades práticas e estágios; qualificação da formação na área de saúde mediante processos de adequação curricular; maior aderência dos currículos dos cursos da área de saúde às diretrizes curriculares nacionais. Adequação do perfil do egresso às reais necessidades do SUS; Aperfeiçoamento da gestão acadêmica (NORDESTE – 2)

[...] este quesito ainda representa um desafio, em função da fragmentação intra e interinstitucional das áreas-profissões, porém muito se tem evoluído nesse campo. Assim, há vários exemplos instigantes. A interdisciplinaridade ocorreu, por exemplo, em meio à discussão de atenção à saúde em temas de interesse comum (SUL - 8)

O PET-Saúde/SF é uma iniciativa do Governo Federal que compõe o rol de estratégias que objetivam impulsionar as transformações necessárias nos cursos de graduação da área da saúde, de forma que se faz necessário criar mecanismos que promovam mudanças organizacionais nas instituições envolvidas para assegurar a sustentabilidade das iniciativas de educação interprofissional para além da “vida útil” dos programas, visto que a ausência de suporte institucional pode comprometer todos os esforços empreendidos pelos atores envolvidos com a construção dos projetos ao longo dos anos.

No formulário respondido pelos coordenadores dos programas, busca-se conhecimento sobre a ocorrência de alterações na matriz curricular / conteúdos / organização dos conteúdos no sentido da integração de disciplinas e cursos em decorrência do PET-Saúde, isto seria um indicativo de mudanças organizacionais nas instituições. O que vimos é que na grande maioria das instituições envolvidas as alterações restringiram-se às matrizes curriculares específicas dos cursos de graduação

como, por exemplo: mudanças nos conteúdos de disciplinas, inclusão e/ou integração entre disciplinas de um mesmo curso, aumento do tempo dedicado para atividades práticas, inclusão de temas de saúde pública, o que certamente é um avanço, pois as reformulações aconteceram em sintonia com as diretrizes curriculares nacionais, como podemos ver nos trechos extraídos de alguns relatórios.

[...] alguns cursos passaram por reformulação na Matriz Curricular e a experiência do PET influenciou na necessidade de deixar mais tempo livre para os alunos exercerem atividades práticas [...] o Curso de Farmácia, foi modificada a matriz curricular do curso, agora na versão 2011, com acréscimo de saúde pública, na disciplina “saúde, sociedade e políticas de saúde (NORTE – 2)

[...] o curso de Fonoaudiologia, as disciplinas de Epidemiologia, Saúde do Trabalhador e Estágio em Fonoaudiologia Comunitária I, II, III e IV já foram alteradas em função dos resultados do PET. Houve uma maior integração da disciplina de Epidemiologia com outras disciplinas. Na disciplina teórica de Saúde do Trabalhador houve a inserção da apresentação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Vigilância (SV2) (SUDESTE – 11)

PPC está sendo reestruturado, considerando a necessidade de articulação entre as diferentes áreas do conhecimento e a valorização da inserção dos alunos precocemente nos serviços, como ocorreu no PET. A aprovação recente do Pró-Saúde é visto como potencializador do processo de mudança. Certamente que o PET foi importante para a compreensão e sensibilização do corpo docente quanto a necessidade do desenvolvimento de projetos dessa natureza (CENTRO-OESTE - 12).

Alguns relatórios nos sugerem que, mesmo com alguns avanços registrados, a potência do programa PET-Saúde/SF em promover o aprimoramento da formação em saúde em sintonia com as necessidades do SUS ainda se restringe aos estudantes, tutores e preceptores envolvidos diretamente com os grupos PET. Esta constatação, destacada no extrato do relatório PET/SF Sudeste 11 e Sudeste 15, faz com que a criação de estratégias para ampliar o alcance das transformações desejadas para o campo do ensino de graduação em saúde se apresente como um desafio.

O PET ajudou a aprofundar as reformas já realizadas e a integração ensino-serviço existente. A capacitação dos preceptores colaborou com o fortalecimento do ensino em outras disciplinas, que também levavam o estudante a atuar nos campos de prática desses preceptores. Registramos, porém, que esse movimento ficou restrito aos

participantes do PET, sendo necessário ampliá-lo para outras disciplinas dos cursos (SUDESTE – 11)

A influência do PET-Saúde na matriz curricular e/ou projeto pedagógico dos cursos envolvidos foi variável, de acordo com o grau de envolvimento dos docentes com o processo de reforma curricular, e da etapa da revisão curricular em que os cursos se encontram (SUDESTE - 15)

Consideramos importante ressaltar que a necessária articulação entre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), prevista pelo Edital de Convocação nº 24, de 15 de dezembro de 2011, já se configura como uma estratégia para potencializar o impacto dos Programas nas transformações do ensino de graduação em saúde. A implantação das comissões de gestão e acompanhamento local e o reconhecimento das mesmas como espaço efetivo de articulação entre a instituição de ensino e os gestores dos serviços de saúde são as principais inovações promovidas pelo PRÓ-Saúde, sendo um espaço estratégico para potencializar as ações do PET-Saúde (BRASIL, 2007). Abaixo, apresentamos os eixos e os vetores do PRÓ-Saúde, nos quais podemos identificar vários pontos convergência com o PET-Saúde/SF.

Quadro 5 – Eixos e vetores do Pró-Saúde (FÔNSECA, 2012)

Eixos	Vetores
Orientação teórica	Determinantes de saúde e doença; Pesquisa ajustada a realidade local; Educação permanente;
Cenários de prática	Integração ensino-serviço; Utilização dos diversos níveis de atenção; Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde;
Orientação pedagógica	Integração básico-clínica; Análise crítica dos serviços; Aprendizagem ativa;

Algumas pontuações feitas nos relatórios, entretanto, nos indicam que a integração curricular efetiva entre os diversos cursos de graduação em saúde ainda é vislumbrada como desafio futuro. Esta constatação nos permite supor que as estruturas organizacionais das instituições estão sofrendo mudanças processuais e que para ocorrer a integração curricular entre as diversas graduações da área da saúde algumas transformações prévias precisam acontecer. Buring et al. (2005) afirmam que apesar da

educação interprofissional ter sido reconhecida internacionalmente por volta da década de 1980, as instituições que adotam esta abordagem integrada aos currículos desde os estágios iniciais da formação ainda são exceções. Esta constatação expressa bem a realidade encontrada através da leitura dos relatórios, pouquíssima são as instituições que promoveram a integração curricular de diferentes cursos de graduação em saúde, como podemos observar nos extratos dos relatórios abaixo:

No geral, ocorreram ao longo do processo alterações de conteúdos e, conseqüentemente, reorganização de conteúdos no interior de disciplinas orientadas para a saúde. Ainda não avançamos na integração de disciplinas entre os distintos cursos. É o desafio para este ano [...] Ainda é desafiador propor disciplinas integradoras que permitam a interação de professores e alunos de diferentes unidades de ensino/cursos. (NORDESTE – 1)

[...] na estrutura curricular dos cursos já há inserção do aluno na unidade de saúde desde o primeiro período, o que houve foi um desejo de unificação desta estadia na unidade, já em forma de grupos multiprofissional, entretanto a carga horária dos cursos diferem muito (NORTE – 7)

A experiência mais marcante é a da institucionalização do processo de educação interprofissional entre os cursos de Medicina e de Enfermagem. Estes dois cursos, estruturados em uma matriz curricular modular, possuem ambos, o Módulo de Atenção Básica à Saúde, cujo tema, no segundo semestre curricular dos dois cursos é Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Nesse módulo dos dois cursos há educação interprofissional, com integração entre docentes e alunos de graduação dos dois cursos, que realizam juntos as atividades didáticas do módulo, inspirados na filosofia do PET-Saúde. Está em curso a integração dos módulos dos primeiros semestres curriculares dos dois cursos (NORDESTE - 14)

Poucas foram as experiências que avançaram para a integração curricular, envolvendo todos os estudantes de diferentes cursos de graduação.

Integração entre as disciplinas dos cursos de graduação, que utilizam como cenários de práticas as USF e os alunos do PET Saúde da Família possibilitando vivências multidisciplinares para um maior número de discentes. Faz-se necessário destacar a grande integração que ocorre com os alunos do PET e alunos das disciplinas de estágio supervisionado dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Nutrição e da disciplina de Práticas Integradas em Saúde Coletiva do Curso de Medicina (NORDESTE – 8)

Todos os cursos participam na Disciplina Integradora, coordenada pela Coordenadoria da Área de Saúde (CoorSaúde) da UFRGS.

Denominada PRÁTICAS INTEGRADAS EM SAÚDE - I Esta disciplina propõe estudos e vivências multiprofissionais e interdisciplinares em cenários de práticas no Sistema Único de Saúde-SUS, Conhecimento e análise do território e dos serviços de saúde. Propõe ações compartilhadas em saúde a partir das necessidades identificadas na e pela comunidade (SUL - 9)

Ainda com relação às mudanças curriculares, percebemos que as instituições e os cursos envolvidos com o PET-Saúde, ao reformularem seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), promoveram uma aproximação com o campo da saúde pública, em especial, com a atenção primária a saúde.

No novo PPP de Biomedicina haverá mudança no nome das disciplinas que abrigam o conteúdo de saúde pública, tornando mais óbvio o conteúdo das mesmas, bem como o PET proporcionou que algumas práticas do curso sejam realizadas junto à Atenção Básica (NORTE – 4)

[...] o Projeto Político Pedagógico do curso de medicina consolidou sua concepção em uma missão acadêmica e educacional de aproximação da formação de graduação em saúde no país e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Primária, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família. Com o desenvolvimento do PET-Saúde as atividades curriculares já integradas aos serviços municipais de saúde receberam um valioso estímulo e o impacto foi logo percebido pelos estudantes ao serem recebidos pelos preceptores e demais profissionais dos serviços e também pela população (SUDESTE – 19)

[...] todos os cursos estão em processo de re-estruturação ou implantação de currículos na perspectiva das DCN. A contribuição do PET-Saúde foi no sentido de subsidiar este processo com a inclusão e valorização da atenção primária [...]. A experiência do PET- Saúde 2010/2011 tem desencadeado uma discussão interna mais consistente no sentido de inclusão do Programa nos Projetos Pedagógicos dos cursos, a princípio visando garantir horários verdes que oportunizem a participação efetiva dos alunos no programa (CENTRO-OESTE - 4)

A potência do PET-Saúde/SF em impulsionar mudanças nas estruturas curriculares dos cursos é visível, praticamente, todos os relatórios pontuam a importância do programa neste processo. Reafirmamos que, do ponto de vista da articulação interprofissional, através da integração de diversos cursos da área da saúde, não identificamos muitos avanços, apenas a mobilização do desejo de mudanças, o que já sinaliza positivamente no sentido de promover esta integração, como podemos observar nos extratos abaixo:

Existe um Termo de convênio 12/2010, a ser renovado ainda esse ano com prazo de duração de 2 anos, que rege não só os estágios na rede mas também as práticas assistenciais disciplinares, visitas técnicas e outras atividades. Avança-se agora para a articulação multiprofissional e interdisciplinar ao interior da UFBA, resultado ainda incipiente nas práticas disciplinares mas alcançado no PET [...] O Pet fortaleceu o vínculo entre os diversos docentes de diferentes Unidades universitárias que desenvolviam práticas similares, a difusão das atividades realizadas em cada unidade universitária e na própria UFBA nas instâncias de pesquisa e extensão (NORDESTE – 6)

Quanto à integração entre os cursos, a experiência do Pet-Saúde permitiu visualizar a possibilidade de métodos de trabalho que atendam ao princípio da formação interprofissional na graduação, reforçando a necessidade da institucionalização de instância de articulação e gestão dessas iniciativas na UFMG (SUDESTE – 15)

Houve fortalecimento da APS/Estratégia Saúde da Família na medida que verifica-se uma expansão de cenários de prática com inserção em todas as 19 unidades de APS do município. Ainda, temos cenários diversificados e ampla aceitação para visitas e levantamento de dados no nível central da secretaria municipal, no hospital, UPA ou Policlínica. Houve também maior integração com a Secretaria Municipal de Educação com o trabalho em escolas da área de abrangência da APS. Não houve grandes avanços em disciplinas integradoras, mas estamos com uma proposta de uma disciplina eletiva integradora denominada de Gestão de Projetos (SUDESTE – 19)

Houve influência em graus diferentes em todos os cursos. Nos cursos de medicina, enfermagem, farmácia e odontologia, que já trabalhavam com a atenção básica e os determinantes não biológicos da saúde desde as séries iniciais, o PET qualificou e consolidou a importância da rede na formação profissional. No curso de fisioterapia, onde os estudantes só iam até a rede básica na quinta série, iniciaram-se discussões internas para que a saúde coletiva fosse inserida no currículo desde o primeiro ano. Como resultado do PET Saúde da Família 2010-2011, os cinco cursos da área da saúde programaram no Projeto Pro-Saúde III a criação de uma disciplina multiprofissional integradora, envolvendo a interação ensino-serviço comunidade. (SUL -4)

Cada curso envolvido (Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Serviço Social) mobilizaram os PPC naquilo que foi possível avançar. Reconhecemos a necessidade de institucionalizar e integrar o maior número de disciplinas, na perspectiva da interdisciplinaridade, como reza as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde (CENTRO-OESTE - 12)

Algumas estratégias para iniciar a integração entre cursos são utilizadas, como

fica bem expresso nos trechos abaixo:

Os Núcleos Temáticos são uma aposta importante das matrizes curriculares da Univasf, promovendo articulação entre docentes e discentes de diferentes cursos. Construimos a compreensão de que os Grupos PET-Saúde são como Núcleos Temáticos e estamos em busca de valorizar essa relação. Também a garantia de vagas em disciplinas para estudantes de outros cursos (disciplinas eletivas) constituem mecanismo fértil de intercâmbio e exercício interdisciplinar. Reconhece-se a necessidade de maior ousadia nas experimentações de integração de disciplinas entre diferentes cursos. (NORDESTE – 8)

A integração entre os cinco cursos da área da saúde construída com o PET SF será consolidada por meio do Projeto Pro-Saúde III, que incluiu a construção de uma disciplina integradora comum envolvendo a integração ensino, serviço e comunidade e a atenção básica em todos os cinco cursos da área da saúde e o fornecimento de equipamento e infraestrutura para as UBS que forem cenários de prática do ensino de graduação da IES (SUL – 2)

Em decorrência das atividades do PET-Saúde nas USFs, os grupos interdisciplinares do PET-Saúde foram inseridos nas atividades curriculares das disciplinas de diversos cursos que estivessem realizando atividades nas unidades de saúde. Essa interação proporcionou à formação dos estudantes das disciplinas novas e diferentes perspectivas no planejamento, execução e avaliação das ações em saúde na APS, proporcionando a construção de conhecimentos de forma coletiva, inovadora e multidisciplinar. Assim, o PET-Saúde possibilitou também uma maior integração entre os docentes e discentes.

Dentro da CGAL foi montada uma comissão com docentes de onze cursos para viabilizar uma disciplina conjunta para o semestre 2012.2. Esta disciplina abordará a determinação social do processo saúde-doença e a organização das Redes de Atenção à Saúde, com atividades práticas nas Unidades de Saúde da Família (NORDESTE – 18)

As mudanças curriculares dos cursos da área da saúde que iniciaram com as Diretrizes Curriculares (DC) tem se consolidado com os PRÓ/PET-Saúde A inclusão das Unidades de Saúde como cenários de prática, a discussão sobre as práticas pedagógicas, a ampliação da participação dos alunos na rede, a adoção de estratégias multi/interdisciplinares da atenção em saúde têm favorecido este processo. Os alunos têm a oportunidade de conhecer e refletir sobre as políticas públicas bem como aplicar na prática a teoria estudada em sala de aula. O acesso ao conhecimento e a atualização dos profissionais da rede tornaram-se mais efetivos com estes projetos. Destaca-se também a maior integração entre as áreas da saúde a partir de projetos e ações integradas [...] A IES incluiu no seu Planejamento Estratégico a criação de uma disciplina comum e obrigatória para todos os cursos da Saúde, buscando assim, uma maior integração entre os alunos de diferentes cursos. A disciplina prevista é a de Saúde

Coletiva que já consta nos currículos da Área da Saúde, mas não de forma integrada. (SUL – 9)

Algumas ações do PET como o CINE-PET, PET calouro, as semanas acadêmicas possibilitam a participação e discussão da APS, de forma integrada com docentes e alunos de diferentes cursos, bem como com profissionais dos campos de estágio. Houve integração da disciplina de Epidemiologia (existente em todos os cursos) que agora é ajustada de forma interdisciplinar, sendo comum para os diferentes cursos. Foi criada pela Unidade do Centro de Ciências da Saúde uma disciplina eletiva integrativa focando na Atenção Básica, comum aos diferentes cursos da área da saúde que aguarda posicionamento institucional para ser implementada (SUL – 11)

O conjunto de 6 disciplinas, do departamento de Saúde Coletiva que foram modificadas de horário, é chamado de Seminário Integrador. No turno em comum à todos os Cursos envolvidos, os 120 alunos não bolsistas do PET Saúde, são divididos em grupos mistos (alunos de vários cursos diferentes) para atuarem durante um semestre numa Unidade de Saúde. Eles aprendem na prática a trabalhar em equipe e a desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças através da metodologia da problematização (SUL - 14)

Mesmo com todas as dificuldades apontadas para promover a integração curricular, encontramos nos relatórios exemplos de instituições que conseguiram avançar para além da integração nas atividades extracurriculares.

[...] na medida em que o PET estimulou a integração entre os dois cursos de medicina e de enfermagem, muitas modificações foram feitas em relação aos conteúdos abordados nas disciplinas IUSC, pois o ensino passou a ser interprofissional e nesse sentido muitas adaptações foram realizadas para se abordar os temas de forma interprofissional (SUDESTE – 3)

As DCNs para área da saúde propuseram a organização dos currículos integrados como uma estratégia para reduzir problemas de um currículo repleto de críticas por não propiciar aos alunos perceber as relações entre as diferentes disciplinas e entre prática/cotidiano profissional (DANIELSKI; MENEGHEL, 2011). O PET-Saúde, ao estimular a integração entre docentes e discentes de diferentes áreas e de diferentes cursos cria um ambiente propício para iniciar um processo de integração curricular.

Nos relatórios, também foi possível identificar alguns obstáculos para o desenvolvimento de atividades interprofissionais, bem como estratégias para sua

superação:

a) Obstáculos referentes as matrizes curriculares dos cursos

Nesta dimensão, surgiram aspectos referentes às discrepâncias entre as matrizes curriculares dos cursos, a rigidez, a ausências de horários livres para atividades extracurriculares e também ausência de horários onde fosse possível organizar atividades de educação interprofissional. Sintonizar o “tempo e espaço” dos diversos cursos de graduação em saúde apresenta-se como indispensável, uma vez que todos terão que compartilhar de um tempo e processo de aprendizagem em comum. Barr e Low (2012) abordam a complexidade deste processo. Nas palavras dos autores:

Concordar quando, onde e como introduzir a educação interprofissional entre dois ou mais cursos profissionais é um processo complexo. Os cursos diferem em duração, raciocínio e estrutura, incluindo os padrões e prazos das atividades práticas. Os professores diferem em sua experiências, práticas, orientação teórica e métodos de ensino e aprendizagem preferido. A reconciliação não pode ser apressada (BARR; LOW, 2012, p. 09).

Situações semelhantes às descritas por Barr e Low (2012) foram identificadas. Nos extratos dos relatórios abaixo, ficam bem explicitadas as dificuldades para promover atividades em equipes interprofissionais em decorrência da rigidez e discrepância das matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde.

Cursos com matrizes curriculares diferentes e alunos de diferentes períodos tendo como consequência a dificuldade de integração e cumprimento da carga horária estabelecida; [...] Indisponibilidade de horários comuns, inviabilizando que os alunos desenvolvessem as atividades na UBS de forma articulada (NORTE -2)

Outro nó crítico refere-se a que parte dos cursos envolvidos no PET tem matrizes curriculares ainda muito fechadas e com poucas horas livre dificultando a permanência do estudante na unidade de saúde. (SUDESTE – 15)

Trabalho multiprofissional poderia ser maior, ainda existem dificuldades para encontrar uma agenda comum para que os grupos multiprofissionais possam desenvolver todas as atividades juntos (incompatibilidade de horários/janelas entre os diferentes cursos que participaram do PET-Saúde) e também temos falta de preceptores de algumas áreas, por exemplo, farmácia e fisioterapia (SUL – 2)

Horário de trabalho bastante diferente dos estudantes de dois diferentes cursos, dificultando consenso em datas de reuniões (CENTRO-OESTE – 1)

As fragilidades/nós críticos encontrados ainda são os mesmos relacionados às matrizes curriculares e particularidades dos cursos. Dentre elas estão as diferenças dos currículos ao abordarem a APS nos diferentes cursos, no que diz respeito à inserção dos estudantes na rede, a abordagem dos conteúdos teóricos e as atividades práticas. Persistem ainda as diferenças e dificuldades de horários compatíveis entre os cursos para as atividades, onde a interdisciplinaridade proposta pelo projeto é confrontada com a dificuldade de encaixar estudantes de diferentes cursos em um mesmo horário nas USFs (NORDESTE – 18)

A integração multiprofissional é desejada por toda equipe PETSaúde (docentes, estudantes e preceptores), ações multiprofissionais foram iniciadas, mas ainda é muito incipiente e de difícil consecução e sustentação devido a estruturação dos cursos e horários dos alunos. O diálogo foi iniciado, mas é necessário um envolvimento institucional maior (CENTRO-OESTE - 8)

b) Estratégia para superar a rigidez das matrizes curriculares

Algumas instituições desenvolveram algumas estratégias para superar estas fragilidades das diferenças e da rigidez curricular entre os cursos de graduação. Entendemos que este é o primeiro passo para avançar no sentido da integração curricular, pois inicia um processo de sensibilização e envolvimento de todos os atores (professores, acadêmicos e gestores) na construção de um projeto que deve ser, necessariamente, coletivo.

O grupo misto e o planejamento coletivo foram estratégias importantes na obtenção de melhores resultados para as ações realizadas, compreendidas por meio do “O planejamento coletivo propiciou horários comuns entre os alunos de diferentes cursos para que as ações do grupo misto fossem realizadas. A inserção de novas áreas nas UBS's (como Psicologia, Nutrição, Serviço Social) permitiu ampliar o atendimento integral dos usuários e a articulação intersetorial de políticas públicas específicas (NORDESTE – 1)

Regionalização das ações com a instituição de tutorias mistas facilitou a interdisciplinaridade [...] instituiu a Coordenação dos Cursos da Área da Saúde – CoorSaúde que está avançando na proposição de atividades que consolidem o trabalho iniciado pelo PET-Saúde nos distritos (SUL - 9)

A percepção das disparidades entre os cursos em relação à formação para a APS permitiu ao Núcleo de Excelência Clínica/CGAL a

discussão sobre possibilidades de aproximação de conteúdos e proposição de disciplinas comuns a todos os cursos. Esse movimento, embora incipiente, envolve diversos atores, inclusive dos cursos não envolvidos com o projeto em espaços como o Núcleo de Excelência Clínica e a CGAL, vislumbrando também a inserção de todos os cursos no projeto PET-Saúde (NORDESTE - 18)

No trecho do relatório PET/SF Sul 2 surgiram algumas propostas do grupo para superação das dificuldades em relação à participação e à integração dos estudantes dos diversos cursos da saúde. A emergência destas questões é, para nós, um indicativo da potência de afetação do programa em provocar deslocamentos que possibilitem uma quebra dos modos habituais como o ensino em saúde se processa.

Integração do grupo: melhorar a compatibilidade de horários entre os participantes, principalmente dos diferentes cursos; participação de alunos de outras áreas/cursos; realização de atividades/dinâmicas que proporcionem mais interação/integração entre os participantes; necessidade de colaboração e contribuição de todos; trabalhar com os alunos a responsabilidade de participar do projeto; estabelecer que todos tenham responsabilidade independente de curso, agenda, disponibilidade; participação dos alunos em todas as atividades, mesmo os não bolsistas; realização das atividades com integração dos cursos (não deve ter grupo só com um curso); alunos de alguns cursos precisam ter mais comprometimento com as atividades e participar mais; preceptor deveria integrar mais os participantes dos diferentes cursos (SUL-2).

c) Obstáculos referentes a infra-estrutura e/ou logística

Nos relatórios foram identificados registros de limitações da infra-estrutura física das unidades de saúde e entraves burocráticos das instituições.

Algumas Unidades sem espaço físico para o desenvolvimento de atividades como reuniões e acomodar tutor, preceptor e alunos (NORTE - 2)

Os maiores problemas foram de infra-estrutura, uma vez que a unidade é carente em espaço para reuniões da equipe. A distância geográfica que separa a unidade de saúde do centro urbano também dificultou a alocação e a permanência dos estudantes, principalmente voluntários. (SUDESTE - 15)

Na maioria das vezes, as exigências/condicionalidades burocráticas para o acesso aos recursos extrapolaram as competências docentes (considerando que a Universidade possui quadro técnico que deve envolver-se nesses trâmites) e aprofundaram os desencontros acerca dos procedimentos/trâmites, pois a cada reunião as regras mudavam; as informações eram dúbias e o fluxo de informações fragmentado,

gerando a culpabilização do corpo docente pela morosidade na execução do Programa, por não saber cumprir as rotinas burocráticas exigidas (NORDESTE -1)

As unidades de ESF apresentam problemas de espaço físico para receber os alunos pois são unidades pequenas. As dificuldades com preceptores se referem a transferências de servidores e pouco tempo para o envolvimento em estudos para desenvolver os projetos de pesquisa (SUL - 18)

d) Obstáculos referentes a cultura e ao perfil dos profissionais

D'Amour e Oandasan (2005) ressaltam o papel fundamental exercido pelos educadores/profissionais ao longo das experiências em educação interprofissionais. As autoras afirmam que estes atores podem assumir uma postura facilitadora ou impeditiva no desenvolvimento de competência colaborativas. Nos relatórios, encontramos registros de dificuldades de alinhamento com a proposta do programa, tanto por parte dos professores (tutores), como também dos preceptores e dos próprios estudantes.

Para os bolsistas e preceptores no início não foi muito simples atuar de forma interprofissionais / multiprofissionais, pois havia uma certa resistência dos preceptores, contudo com o desenvolvimento das atividades todos perceberam que os ganhos foram bem maiores para a comunidade assistida quando o planejamento era realizado considerando as propostas apresentadas por todos os profissionais que participavam do PET (NORDESTE – 5)

Vivenciamos um outro problema com os alunos que foi a resistência de alguns alunos, principalmente do curso de medicina, em realizarem a vivência com outros profissionais de saúde que não fossem médicos. Mantivemos o posicionamento que grande objetivo do PET era romper com este modelo Biomédico e individualizado de formação e com o decorrer do projeto, os alunos foram compreendendo a dinâmica proposta e atualmente consideramos que o grupo consegue trabalhar de forma multiprofissional e respeitosa. Infelizmente esta visão de supremacia da função do médico dentro da equipe, também era comungada por um tutor do curso de medicina, que ao ser questionado sobre a necessidade de seu maior envolvimento com o PET, teve o posicionamento de questionar a capacidade de um Nutricionista em coordenar um grupo de médicos e que realmente o médico não teria tempo de se envolver com estas coisas de grupo como os demais (NORDESTE – 7)

[...] alguns problemas foram encontrados na relação com alguns preceptores, como a frágil adaptação das práticas para o recebimento do monitor; a precária adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; e a pouca dedicação e interesse na organização e execução do projeto. (SUDESTE – 30)

Ausência de formação de tutores e preceptores na atenção básica (SUL – 5)

Aos preceptores, todos se mostraram muito entusiasmados com o programa, mas tivemos dificuldades com alguns em relação a sua participação ativa nas ações realizadas pelos alunos, devido a falta de perfil para a ESF principalmente. Alguns problemas relacionados a inter-relação pessoal nas equipes que vieram a tona devido ao caráter interdisciplinar das atividades (SUL - 10)

Fonsêca (2012), em pesquisa avaliativa sobre o PET-Saúde, exprime a fala trazida pelos profissionais sobre a falta de capacitação para assumir o papel da preceptoria.

Os preceptores manifestaram que não se sentem devidamente qualificados para se colocarem no papel de educadores. Apesar da obrigatoriedade do SUS compartilhar seus espaços com os cursos de graduação em saúde, segundo os preceptores, não aconteceu nenhum tipo de preparação específica para qualificá-los a receber e orientar os alunos em serviço (FONSÊCA, 2012, p. 151).

Consideramos importante registrar que a continuidade do financiamento do PET-Saúde deveria estar atrelada à criação por parte das IES integrantes dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica, constituídos por alunos de graduação, profissionais dos serviço e professores que compõem o Programa, representantes da direção da faculdade, professores e pesquisadores vinculados aos cursos de graduação, outros alunos e residentes de medicina de família e comunidade e/ou residência multiprofissional em saúde da família (BRASIL, 2008). Faz parte do rol de responsabilidade dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica, dentre outras atribuições (BRASIL, 2008, p. 27):

[...] desenvolver ações para a capacitação dos preceptores de serviço vinculados à ESF; coordenar a revisão de diretrizes clínicas da atenção básica, em consonância com as necessidades do SUS; e incentivar e capacitar tutores acadêmicos vinculados à universidade para a orientação docente de ensino e pesquisa voltada para a Atenção Básica.

O papel destes Núcleos é estratégico para superar obstáculos referentes ao perfil dos profissionais, pois prevê a realização de ações de capacitação tanto para tutores como para preceptores do Programa, no entanto, o próprio formulário não confere muita relevância para as atividades desenvolvidas por este órgão. A seguinte pergunta: “Como

a coordenação do PET-Saúde/Núcleo de Excelência Clínica Aplica a Atenção Básica se articulou com: Comissão de Gestão e Acompanhamento do Pró-Saúde (quando houver), com Colegiado dos cursos, com Pró-Reitorias de Graduação, Pesquisa e Extensão?” é a única que se refere aos Núcleos com respostas evasivas ou que não permitem avaliar o alcance de suas atribuições. O extrato PET/SF Sul 8 exemplifica bem o conteúdo trazido pelas IES neste item do formulário.

Os trabalhos produzidos no contexto do PET-Saúde têm sido regularmente apresentados nos Encontros de Extensão e Cultura (ENEC) da UFPR, uma primeira aproximação com a Pró-Reitoria de Extensão e Cultura. A Pró-Reitoria de Graduação assina regularmente os certificados do PET-Saúde. Ainda não temos uma integração específica do projeto com a Pró-Reitoria de Pesquisa, fato que deverá se consolidar a partir do início do Pró-Saúde (SUL – 8)

ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

O Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 198/GM/MS, de 13/02/2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A aprendizagem no trabalho é o eixo central desta estratégia, na qual “o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos serviços de saúde, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações”.

A inter-relação entre trabalho e educação no setor saúde torna-se uma estratégia central para qualificar a formação dos profissionais de saúde em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS através da construção de “cenários realistas” de ensino, prestação de serviço e pesquisa. Além disso, os problemas e as necessidades sociais de saúde dos mais variados contextos nos quais os estudantes estarão inseridos transformar-se-ão em objeto de análise e sistematização por parte dos atores envolvidos, o que certamente contribuirá para a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas também no processo de trabalho em saúde (BARRETO et al., 2007).

Esta discussão no âmbito das instituições de ensino e dos serviços saúde apresenta como estratégia para sua viabilização a parceria docente-assistencial, através da articulação entre ensino e serviço. O PET-Saúde instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação com vistas a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na ESF é

uma ação direcionada ao fortalecimento da APS como fio condutor da interação ensino-serviço-comunidade, considerado eixo básico para reorientar a educação na área da saúde (BRASIL, 2009a).

A participação no PET-Saúde constrói uma relação de ensino/aprendizado pautada na atenção à saúde da população e oferece ao estudante a possibilidade de verificar uma situação real vivenciada por uma equipe de saúde em um serviço público (FONSÊCA, 2012). Outro aspecto importante é a compreensão de que a inserção precoce de estudantes nos serviços de saúde é uma das estratégias pedagógicas para propiciar uma vivência interprofissional/interdisciplinar no processo de formação, pois, como constata Fonsêca (2012) durante a graduação, predominam as práticas individualizadas, sendo o trabalho coletivo abordado nas atividades teóricas, o que gera dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe quando esses profissionais assumirem um serviço em que seja necessário interagir com saberes e ações.

De acordo com Andrade et al. (2004, p. 21), o pressuposto básico de um sistema de saúde-escola é “a ideia que o espaço do serviço, território da saúde da família, é o locus privilegiado para a aprendizagem a partir da desconstrução e construção de novos conhecimentos, processos de trabalho e prática”. E este pressuposto se alimenta da necessidade de disparar processos de educação permanente para os trabalhadores do SUS com vistas a contribuir com a reorientação do modelo de atenção à saúde. Entendemos por integração ensino-serviço:

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/ satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008, p. 357).

Ao nos debruçarmos sobre os relatórios dos programas PET-Saúde/SF, identificamos que praticamente todas as instituições apresentam algum grau de articulação com serviços de saúde. Até mesmo porque a adesão ao PET-Saúde impõe que a instituição de ensino e a secretaria municipal de saúde firmem um convênio para que a proposta do programa possa ser enviada ao Ministério da Saúde para apreciação, como podemos observar nos extratos dos relatórios do PET/SF Nordeste 1 e PET/SF Sul 5.

A articulação Ensino-Serviço ocorreu por meio, primeiramente, de instrumento jurídico legal entre a UFAL e a Secretaria de Saúde de Maceió que foi firmado quando da apresentação da proposta do Programa junto ao Comitê de Integração Ensino-Serviço e a Comissão Intergestora Bipartite.

A agenda de atividades foi composta, fundamentalmente, pelo processo Planejamento Participativo – Avaliação – Replanejamento. Todo o processo foi construído conjuntamente entre todos os atores envolvidos: coordenação, gestores da Secretaria Municipal de Saúde, tutores, preceptores e estudantes (NORDESTE – 1)

Existe assinatura de convenio da IES com a Secretaria Municipal de Saúde para a realização dos estágios curriculares, a agenda foi construída em conjunto e as alterações quando necessárias eram, discutidas nas reuniões do Gepet que contava com a participação de representantes dos preceptores e da SMSM (SUL – 5)

Há convênio entre a Universidade Federal, a Universidade Estadual e a Secretaria da Saúde e Ação Social. A construção do projeto foi efetuada com a Coordenação do PET-Saúde local, representantes das IES, juntamente com a Coordenação de Atenção Básica à Saúde da Secretaria da Saúde e Ação Social do município. Houve uma intensa articulação entre as IES e a secretaria de saúde desde a elaboração do projeto a ser enviado ao ministério da saúde até a criação de edital próprio para a seleção de preceptores e monitores. A escolha dos Centros de Saúde da Família que abrigariam os participantes do PET foi feita levando-se em conta as necessidades do sistema de saúde-escola do município (NORDESTE - 14)

Entretanto, pode-se supor, a partir das narrativas nos relatórios, que existem diferentes níveis de integração entre as instituições de ensino e os serviços, desde articulações mais superficiais até processos com encontros de planejamento e avaliação mais sistemáticos, o que nos faz supor a necessidade de aprimoramento das relações interinstitucionais. Em alguns casos, identificamos a existência de espaços coletivos de discussão e pactuação acerca das parcerias; em outros relatórios apenas a existência de mecanismos formais de parcerias, como por exemplo, os termos de convênio, o que não assegura a real integração entre as instituições e, principalmente, não garante uma boa qualidade nas relações estabelecidas entre acadêmicos e profissionais.

O PET/SF Norte 1 encontra-se em estágio de elaboração do termo de convênio, enquanto no PET/SF Nordeste 4 e PET/SF Sul 11 já é possível observar outro estágio de integração com a existência de fóruns e espaços coletivos de planejamento das atividades.

Estamos em fase de elaboração de termo de cooperação entre a secretaria municipal de saúde e a universidade federal. Reforçada pela recente aprovação no PRO-Saúde III (NORTE -1).

O Pró-Saúde II com o apoio dos PET-Saúde/SF e SM, realizam fórum semestral com os docentes, discentes e servidores dos Centros de Saúde da Família (CSF), onde as práticas/estágios são alocados, a fim de planejar as atividades que serão desenvolvidas no semestre seguinte; a inserção precoce dos alunos de graduação nos serviços; discutir as práticas realizadas nos serviços; o relacionamento e os interesses das equipes; o impacto das mudanças na formação dos profissionais e na assistência prestada pelos profissionais de saúde (NORDESTE – 9)

Existe uma instância da SMS denominada NEPS- Núcleo de Educação Permanente em Saúde responsável por todo o ordenamento, monitoramento e avaliação das atividades de ensino e de pesquisa junto aos serviços da Secretaria. Existem fluxos de trabalho instituídos desde 2005 (ver fluxograma anexo), bem como, semestralmente, é construído junto aos gestores e docentes acadêmicos e gestores e profissionais dos serviços um mapeamento das atividades de aprendizagem necessárias e definição de serviços adequados à formação profissional dos alunos (SUL - 11)

No relatório PET/SF Sudeste 15 identifica-se que uma das dificuldades vivenciadas na execução do programa foi em decorrência da falta de apoio por parte da secretaria de saúde, o que aponta para a necessária interconectividade das atividades desenvolvidas.

Além das dificuldades citadas a seguir pelos grupos tutoriais, podemos dizer que a execução deste projeto careceu, especialmente em seu último ano, do apoio institucional e financeiro da secretaria municipal de saúde do município, que passou por reformulação de seu quadro de pessoal relacionado às ações de educação em saúde, trazendo grandes dificuldades à condução do projeto (SUDESTE – 15)

Um grave problema refere-se ao não reconhecimento da Reitoria da UNESP do PET-SAÚDE como critério para a progressão horizontal docente e estão sendo feitos esforços para se rever este critério de progressão da carreira docente (SUDESTE – 3)

problemas de instabilidade de gestão, dificultando a continuidade das ações. Falta de verba para os deslocamentos dos alunos para os cenários de prática, falta de apoio financeiro para materiais, publicação e participação em eventos e congressos (CENTRO-OESTE – 3)

No período ocorreram muitas mudanças de Secretários Municipais da Saúde, o que dificultou um pouco a relação (CENTRO-OESTE - 12)

D'Amour et al. (2008) apontam como uma das dimensões para avaliação da colaboração interprofissional e interinstitucional a governança, ou seja, o direcionamento e apoio dados aos profissionais para a implementação de inovações dada aos profissionais para implementação de inovações relacionadas as práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais. Entre os indicadores da governança, destacamos a conectividade entre os indivíduos e as oportunidades de diálogo e participação que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional (D'AMOUR et al., 2008), portanto, a realização sistemática de reuniões de planejamento e avaliação das ações entre profissionais do serviço, preceptores, estudantes e professores são fundamentais para fortalecer a integração e a colaboração entre os mesmos.

Este envolvimento coletivo ganha uma dimensão ainda maior quando se compreende que a viabilização e o desenvolvimento de iniciativas em educação interprofissional, constituí-se, desde o princípio, em uma tarefa coletiva, pois desde a sua concepção, necessariamente, envolve muitas instituições e muitos atores que precisarão estar sintonizados entre si e estabelecer uma base comum sobre os princípios e processos educacionais (FREETH\ REEVES, 2004), como fica bem expresso no relatório PET/SF Nordeste 13.

Essa articulação não pode ser compreendida como um processo que acontece naturalmente mais resultantes de muitos empreendimentos de gestão, políticos-ideológicos e também pedagógicos na criação ou recriação de dispositivos para consolidação e institucionalização dos processos de integração ensino-serviço-comunidade (NORDESTE - 13)

Encontramos indícios da capacidade do PET-Saúde/SF estimular e fortalecer a integração entre ensino e serviço, como podemos observar nos extratos de alguns relatórios.

Todo o trabalho desenvolvido foi construído conjuntamente com a participação e aprovação da comissão interinstitucional que coordena o PRÓ-SAUDE e que é composta por representação da universidade, SMSB e representantes da comunidade e Conselho Municipal de Saúde de Botucatu. Todas as unidades básicas de saúde do município são consideradas (com instrumento legal) como unidades de ensino e a universidade têm convenio formal com a SMSB que envolve diferentes ações e atividades (SUDESTE – 3)

Os grupos PET-Saúde, bem como o Pró-Saúde UEFS, promoveram significativo avanço no processo de integração entre a Instituição de Ensino Superior e a Secretaria Municipal de Saúde. Surgiram vários espaços de negociação, discussão, planejamento e estratégias de melhoria para a atuação conjunta da universidade e serviço junto à comunidade. promove o processo de aprendizagem com base na troca de experiências através de estreita articulação educação-trabalho-comunidade (NORDESTE – 2)

A Universidade Federal instituição estratégica para o desenvolvimento do Estado torna-se parceira em todos os programas e projetos lançados e apoiados por esta secretaria que de forma resumida abre caminhos para a parceria que implica obrigatoriamente em inserção e integração cada vez maior com o SUS local e regional. Reputamos a iniciativa de articulação com o pró-saúde, como forte aliada para o surgimento de uma renovada postura e disposição institucional e profissional no compromisso que integra ensino, serviço, comunidade (NORDESTE – 13)

O primeiro passo para integrarmos as iniciativas foi a participação do coordenador do PET-Saúde da Família nas reuniões da Comissão Gestora Local. Com isso foi constituída uma agenda conjunta, onde a primeira iniciativa foi a formação pedagógica de preceptores: através da problematização, discutimos situações vivenciadas pelos profissionais que ajudaram a estimular processos de co-gestão e planejamento compartilhado entre unidades de saúde e a universidade. Com isso institucionalizamos na Universidade Federal a Comissão Gestora Ampliada Local, com a presença de representação dos onze cursos envolvidos na mudança da formação, secretarias municipais e estadual de saúde, preceptores, estudantes, conselho municipal de saúde e quatro pró-reitorias (graduação, extensão, pesquisa e assistência estudantil). Um bom reflexo desse movimento é o projeto que apresentamos para a continuidade das atividades do Pró-Saúde no ano de 2012. Desde o início planejamos de forma integrada, com ampla representação dos segmentos envolvidos e consolidando uma proposta única que reflete o pensamento de vários atores envolvidos com a mudança na formação em saúde (NORDESTE – 18)

O projeto do PET Saúde da Família foi elaborado com a Gerência Sanitária dos Distritos Leste e Nordeste e aprovado nos Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde. Além disso, as atividades eram discutidas mensalmente nas reuniões do Núcleo de Excelência Clínica, com a presença do coordenador, tutores, preceptores, gestores, docentes, representantes discentes e representantes do PET SM e PET VS. Certamente os programas Pró-Saúde e PET-Saúde promoveram uma maior aproximação ensino-serviço (SUL – 9).

Percebe-se pelos extratos acima, principalmente o PET/SF Sudeste 3, a importância da articulação de gestores das instituições de ensino superior e dos serviços de saúde para garantir apoio político e administrativo ao PET-Saúde/SF. Neste sentido, a criação de comissões interinstitucionais pelo PRÓ-Saúde e sua co-responsabilização

pelo o PET-Saúde/SF foi uma medida acertada. Barr (2002) é enfático ao afirmar que o suporte institucional é fundamental na criação de uma atmosfera cooperativa e na criação de expectativas positivas com relação a educação interprofissional.

No sentido do fortalecimento da integração entre ensino e serviços, outro aspecto destacado nos relatórios foi a importância da preceptoria do PET-Saúde/SF como apoio efetivo para a realização dos estágios curriculares dos estudantes na atenção básica.

Houve consolidação da integração ensino/serviço dentro da matriz curricular do curso de medicina graças ao PET. Somente desta forma foi possível contar com um corpo de preceptores da rede consistente e constante, para receber e orientar o estudante, garantindo efetividade para o estágio curricular em atenção básica (SUDESTE-30)

A articulação ensino-serviço na perspectiva do aprender fazendo foi conquistada devido ao entrosamento entre alunos e preceptores que trabalham lado a lado tanto na execução das diretrizes de trabalho planejadas quanto na resolução das dificuldades vividas no cotidiano institucional de trabalho (NORDESTE – 1)

O papel do preceptor adquire uma importância fundamental na medida em que este participa, concreta e diretamente, com os estudantes, do processo de construção e reconstrução de conhecimentos e práticas. Neste processo o preceptor na sua ação educativa e com sua experiência profissional, pode assumir um papel chave na organização do serviço de saúde no qual o seu estudante está atuando. A importância estratégica do preceptor para transformações no processo de trabalho da equipe é também uma dimensão trazida nos relatórios, como podemos observar abaixo:

Nesses casos os resultados podem servir de subsídio para a melhoria da assistência, em especial em relação ao preceptor, que, ao acumular as funções de pesquisador, coordenador de um grupo de estudantes e profissional de equipe, torna-se mais crítico, o que lhe permite modificar sua atitude frente ao próprio processo de trabalho [...] O PET contribuiu para a qualificação dos profissionais, principalmente os preceptores, muitos dos quais, sem uma sólida formação acadêmica e traquejo com métodos de pesquisas. (CENTRO-OESTE – 1)

Destaca-se o vínculo preceptor-aluno, vínculo tutor-preceptor, orientações tutor/preceptor para os alunos via reuniões e e-mails. Cria-se desta forma, um processo de educação em serviço quando surgem necessidades a fim de superar as dificuldades na rotina do serviço. O preceptor juntamente com o aluno inicia uma discussão sobre o problema identificado e busca-se uma ação para o

enfrentamento/minimização do problema. Exemplo: dificuldade no acolhimento. Ação: Oficina de 4h, com todos os componentes da equipe, criada e conduzida pelos alunos do PET-Saúde e favoreceu a reflexão e melhorias no processo de acolhimento (CENTRO-OESTE - 4)

Há indícios, também, da valorização destas articulações por parte dos acadêmicos e dos profissionais, por meio da identificação dos benefícios trazidos pelo programa. Podemos perceber também registros que a partir das pesquisas desenvolvidas foi possível implementar ações nos serviços.

Nos relatos os estudantes citaram como pontos positivos: aproximação com atenção básica e desmitificação de que a atenção básica não é eficaz; a importância das ações que aproximaram saúde e educação, no caso das creches e UMEI, para a formação dos profissionais de saúde; possibilidade de participar de um projeto de pesquisa desde o planejamento até a redação dos artigos científicos; vivência da interprofissionalidade.

Os preceptores citaram como pontos positivos: a construção coletiva do processo de tutoria; a aproximação do ensino e do serviço de forma mais efetiva; a participação na construção de artigos científicos; vivência da interprofissionalidade. (SUDESTE – 15)

Várias atividades de qualificação foram realizadas nos territórios, tendo como principal público os agentes comunitários. Em muitos locais, a atuação do PET-Saúde, possibilitou a ampliação das atividades educativas realizadas nas Unidades. O PET-Saúde também potencializou ações intersetoriais nos territórios, em alguns destes territórios, houve uma boa integração com ações do PSE (NORDESTE - 18)

A participação dos cursos da área de saúde trouxeram sem dúvidas algumas grandes contribuições para o modelo de atenção básica em saúde, merecendo destaque as contribuições dos cursos de nutrição – com elaboração de banco de dados e orientações científicas de interesse para a área (...) A partir do Projeto “Estratégias de IEC utilizadas na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família para promoção da saúde na adolescência e na família no Itapoã-DF” foi possível implantação de grupo de aconselhamento de pré-natal com (50%) adolescentes e não-adolescentes (03 encontros) e grupos de mulheres: “Conhecendo seu corpo; Seu corpo se transformando e Seu corpo...” (CENTRO-OESTE – 2)

Dentre as atividades abaixo descritas, desenvolvidas por alunos, bolsistas, residentes, professores, trabalhadores dos serviços de saúde

nos diferentes Programas, destacam-se: Realização de rodas de conversa interdisciplinares no Campus/Hospital Universitário/ Rede de Atenção Primária; Formação e capacitação de equipes matriciais nas diferentes Áreas da Saúde; Realização de oficinas/grupos em temas específicos atendendo demandas dos serviços; Elaboração de material informativo à comunidade e atividades em sala de espera; Realização da aula inaugural, incluindo residentes da Medicina e da Multiprofissional em Saúde; Realização de feiras de saúde itinerantes com atividades multiprofissionais; Realização de mostras itinerantes com exposição de pôsteres para divulgação dos trabalhos científicos; Integração de atividades de docência de graduação e pós-graduação que permitam a fundamentação de práticas em saúde na rede de serviços do SUS e no Hospital Universitário; Realização da Mostra Pró-Saúde, PET-Saúde e PREMUS realizada na PUCRS, com 57 trabalhos apresentados, expressando a articulação entre os Programas; Realização de grupos de promoção da saúde, tendo como público alvo adolescentes, adultos e idosos; Desenvolvimento de atividades de Educação Permanente envolvendo os profissionais de saúde. Essas ações têm possibilitado a inserção de um expressivo número de estudantes, residentes, docentes e pesquisadores dos cursos da Área da Saúde da PUCRS em diferentes atividades que são promovidas por estes Programas. Essas ações, em conjunto com as equipes de saúde, atendem não somente ao aspecto de atenção à saúde, mas também à geração de conhecimentos que proporcionam a melhoria da oferta de serviços, a qualidade da assistência e o exercício da cidadania (SUL - 9)

Barreto et al. (2007) fortalecem a potência da criação de grupos multiprofissionais compostos por profissionais de saúde, professores e estudantes para a discussão de linhas de cuidado para serem implementadas em determinado âmbito do sistema de saúde enquanto uma iniciativa que fortalece as redes assistenciais, uma vez que as discussões na perspectiva da interdisciplinaridade provocam o vínculo com os (as) usuários (as), otimiza trabalho e otimiza os recursos. Além do que, esta integração tenciona uma mudança sobre o papel das Instituições de Ensino na sociedade, no sentido de fortalecer a relação com os serviços públicos e com a população a partir da compreensão de que esta é nesta inter-relação que está o alicerce sobre o qual devem estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde, mesmo sabendo que este ainda é um desafio para promover uma integração pautada em relações horizontais e de cooperação e solidariedade mútua.

[...] um dos entraves para a interação ensino-serviço, a metodologia baseada na transmissão de conhecimentos, com maior ênfase no ensino do que na aprendizagem, ou seja, reforçando a ideia de que a universidade não tem outro papel e/ou compromisso com a sociedade

a não ser o de criar, preservar ou transmitir o saber, deixando de lado a missão de atuar na produção de serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 357-358).

O extrato do PET/SF Norte 4 vai ao encontro das reflexões trazidas por Albuquerque et al. (2008), que abordam uma questão importante que nos remete a uma discussão ampla sobre a necessária (re)significação dos espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes ao processo de produção de serviços, sem descaracterizar a natureza dos cenários de prática. Outro ponto que queremos destacar é a tensão gerada pelo contato direto com a realidade no sentido de provocar estudantes e professores a superarem a fragmentação do saber visando à construção de abordagens que sejam capazes de traduzir o mundo real em toda sua complexidade.

Por se tratar de um programa que, da constituição da equipe de tutores aos preceptores e bolsistas, prima pela atuação interdisciplinar, podemos identificar no programa o desenvolvimento de práticas que superam a condição em que, via de regra, o conhecimento é pensado na Universidade, qual seja, o de um modo fragmentado de abordar a realidade. Isto quer dizer que as atividades de assistência desenvolvidas pelo programa não se organizaram em torno de “áreas de conhecimento”, mas sim em temas emergentes nas realidades territoriais em que as equipes se inseriram. Diante disto, coube aos docentes envolvidos posicionarem-se como facilitadores de interlocuções entre distintos tipos de conhecimento e abordagens sobre os vários temas trabalhados, e não um especialista num determinado fenômeno ou aspecto da realidade. A referência para estas ações, portanto, foi a da realidade tomada como dado complexo e multifacetado, e não a tradicional divisão e especialização moderna dos saberes (NORTE -4)

No extrato do relatório PET/SF Sudeste 19, podemos observar que a integração entre estudantes e profissionais de saúde já se configura em alguma medida, mas a população ainda não encontra um lugar nestas parcerias, tendo suas necessidades expressas a partir da compreensão dos trabalhadores do serviço. No trecho PET/SF Sul 1, as atividades são discutidas com autoridades sanitárias e, apenas, apresentadas aos conselhos locais, o que nos sugere uma falta de envolvimento protagonista das lideranças no processo de construção das ações.

[...] os alunos desenvolvem um projeto de intervenção que engloba, na grande maioria, uma pesquisa. Dessa forma, o projeto nasce de uma integração com a equipe assistencial da Atenção Primária à Saúde, a qual responde pelas necessidades da população (SUDESTE -19)

O envolvimento se deu de forma integrada, havendo participação da IES e SMS, ainda que com pouca ou quase nenhum envolvimento com o CMS. Os representantes dos conselhos não participaram das nossas atividades (SUDESTE - 7)

A escolha das atividades que seriam desenvolvidas pelos grupos do PET se deu em conjunto com as equipes das US e a partir de discussões com as Autoridades Sanitárias Locais de acordo com as necessidades das Unidades de Saúde naqueles momentos. As atividades que seriam desenvolvidas pelo PET Saúde foram apresentadas pelos grupos de alunos nas reuniões dos conselhos locais e lideranças das unidades de saúde onde estavam inseridas para melhor conhecerem os objetivos do PET Saúde (SUL - 1).

Identificamos nos relatos que alguns programas conseguiam constituir grupos integrados entre os profissionais do serviço e os professores das instituições de ensino, o que, como mostra a literatura, não se constitui em uma tarefa simples (ROCHA, 2013). No trecho do PET/SF Sul 1 e PET/SF SUL 11 registram sinais de parceria entre estes atores. O PET/SF Centro-Oeste 3 também nos sugere uma boa integração ao relatar uma série de atividades desenvolvidas pelos estudantes nos serviços.

[...] também ocorreu o fato que alguns preceptores foram auxiliares de docentes da faculdade ajudando com aulas na graduação, despertando uma nova vocação, oportunizando assim a participação na docência. Por meio de negociação e articulação local, cada preceptor procurou colocar os alunos nas atividades combinadas com a Autoridade Sanitária Local e demais integrantes da equipe da Unidade de Saúde (SUL - 1)

Quanto à agenda de atividades do projeto, esta foi totalmente construída com os preceptores, representantes da SMS, gestores acadêmicos e alunos, denominada de Planejamento Pet saúde 2010-2011 (SUL - 11)

Os estudantes participam de todas as fases da pesquisa desde a elaboração, planejamento, coleta de dados até discussão dos resultados. Desenvolvem também atividades de promoção, prevenção, atendimento clínico a depender do seu posicionamento no itinerário dos cursos. Os alunos participaram de Atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde com as seguintes temáticas: Diabetes e Hipertensão; Dislipidemia e Tireóide; Aleitamento materno; Prevenção do uso de drogas; Violência contra mulher; Prevenção de risco de queda em idosos entre outras (CENTRO-OESTE - 3)

O PET/SF Sudeste 30 e PET/SF Sul 5 nos sugerem um processo de fortalecimento desta integração, pois, mesmo em processos ainda não consolidados, percebemos que já existem experiências onde, de fato, professores e profissionais dos

serviços pactuam os percursos da aprendizagem em serviço que os estudantes devem percorrer.

A partir da seleção dos preceptores, os estudantes foram vinculados a um preceptor de forma negociada, sendo discutidas as atividades a serem contempladas e a metodologia de ensino mais adequada ao escopo do projeto. Regularmente eram feitas reuniões com os preceptores e estudantes para avaliação da inserção dos monitores nas atividades das equipes de saúde. Houve integração dos docentes com os profissionais dos serviços, permitindo o intercâmbio de conceitos e experiências. (SUDESTE – 30)

Os docentes que se envolveram de início no PET já vinham atuando em algumas UBS, mas não de forma integrada, com o projeto estreitaram laços com os trabalhadores das UBS e da SMSM ampliando atividades e locais de assistência (SUL – 5)

Conforme convênio da Rede Escola, mesmo que o docente não tenha vinculação direta com a SMS, ele participa do cuidado dos usuários junto das equipes, inclusive na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, matriciando muitas vezes os profissionais no processo de produção do cuidado. Entendemos assim que os docentes têm um papel fundamental no apoio pedagógico e nas ações de educação permanente das Unidades de Saúde da Família, construindo novas práticas. Para exemplificar: ao construir a cartografia do território-processo junto das equipes os docentes ajudaram a aprofundar a análise dos indicadores da USF, contribuindo para o aperfeiçoamento que agora estão sendo utilizadas para a PMAQ, cuja avaliação externa está sendo realizada pela UFPB no estado da Paraíba (NORDESTE - 18)

A integração entre docentes e profissionais dos serviços propiciando intercâmbio de conceitos e experiências foi um relato muito positivo identificado em alguns programas. A criação destes vínculos é que possibilita o aprimoramento dos serviços e do ensino na saúde. Entretanto, a maioria dos relatórios não menciona a existência destas trocas entre professores (tutores) e profissionais (preceptores), o que precisa ser abordado de forma mais direta pelos relatórios por ser um aspecto central na indução de mudanças tanto nas IES como nos serviços de saúde.

Existem menções na literatura sobre mudanças positivas para o ensino e para qualidade da assistência a partir de processos de integração ensino-serviço. Akerman e Moraes (2012) organizaram uma publicação sobre a experiência do PET-Saúde no município de Santo André-SP, neste livro são citados como resultados positivos: a melhoria da qualidade nas ações de saúde, o aprimoramento técnico-científico dos profissionais, a integração dos acadêmicos com a equipe multiprofissional,

fortalecimento da parceria interinstitucional, estímulo e incentivo aos trabalhadores, dentre outros. E, mesmo com uma gama de potências, os autores situam como um desafio permanente a reflexão sobre os encontros e desencontros desta

[...] atribulada relação ensino-serviço-comunidade, na direção de indicar caminhos, explicitar tensões e buscar convergências possíveis e necessárias para que a formação dos profissionais de saúde seja cada vez mais voltada para um encontro genuíno com o que deve ser feito para melhorar a saúde das populações, e menos com interesses mercantis e corporativos (AKERMAN; MORAIS, 2012, p. 10).

Em estudo que investigou o nível de colaboração entre IES e os Serviços de Saúde, Torres (2012) identificou que os gestores da saúde reconhecem que os serviços quando realizados com a participação de docentes e estudantes tem maior garantia da qualidade da atenção, bem como contribui para o processo de formação e para a educação permanente dos profissionais que já estão em serviço. Além da demonstração do sentimento de compromisso com o processo de integração, colocando-se como corresponsáveis no processo de formação dos futuros profissionais de saúde.

Fonsêca (2012), em pesquisa avaliativa sobre o PET-Saúde da USP, identificou que os sujeitos (preceptores, tutores e estudantes) reconhecem que a aproximação com os cenários de prática e com a comunidade, particularmente realizada por intermédio do PET-Saúde, é capaz de auxiliar no processo formativo, oferecendo benefícios na esfera profissional propriamente dita e no âmbito da cidadania e da humanização

No julgamento trazido em alguns relatórios, encontramos relatos dos benefícios trazidos aos serviços pelas transformações impulsionadas pelas atividades do PET-Saúde/SF, como é possível observar nos extratos abaixo.

Todos os que se envolveram com o PET-Saúde nesses últimos 3 anos não têm dúvida de que a contrapartida principal para o município, além dos efeitos dos processos pedagógicos nas atividades assistenciais, foi um certo grau de mudança de práticas de saúde nas unidades [...] salientamos as ações educativas integradas junto a profissionais de saúde do município parceiro, tais como dois cursos realizados para profissionais de todas unidades de saúde do município (primeiro saúde da família e depois básicas convencionais, unidade de saúde da mulher, CAPS-II, CAPS-AD e CEO) (SUL -8)

[...] o PET Saúde tem sido muito importante para despertar o interesse dos alunos para a possibilidade de atuar em atenção primária em saúde principalmente em áreas nas quais os profissionais historicamente não eram tão atuantes, como educação física e nutrição. Para os docentes

que atuam como tutores, amplia-se o campo de atuação na Universidade. Para os trabalhadores, o fato de terem sido preceptores é valorizado em seu currículo, tanto para sua vida profissional, quanto para a progressão funcional, permitindo que mudem de nível na carreira na SMS (SUL - 9)

O que corrobora com os achados de Fonsêca (2012, p. 90) sobre a percepção dos preceptores da importância da interação deles com os estudantes através das atividades do Programa.

A participação no PET-Saúde, sobretudo devido ao contato dos profissionais com os alunos de graduação, como admitido pelos preceptores, agrega conhecimentos que esmeram as práticas profissionais exercidas no serviço, colaborando com o aperfeiçoamento da APS. Segundo os preceptores, a vivência com os alunos induz e estimula a busca por conhecimento, uma vez que no processo de aprendizagem em serviço eles se tornam o maior referencial.

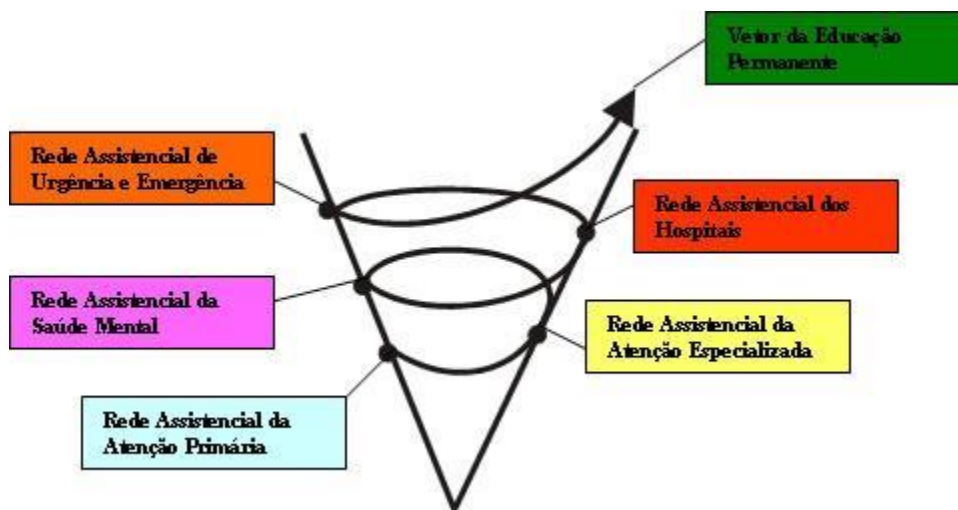
A integração entre ensino-serviço precisa ser incorporada como parte da rotina das instituições de ensino e dos serviços de saúde. Algumas estratégias têm sido desenvolvidas no Brasil para organizar esta parceria como, por exemplo, a proposta do Sistema Saúde-Escola compreendido enquanto uma

[...] estratégia de educação permanente em parceria com as instituições de ensino, organizações não-governamentais e movimentos populares, transformando toda a rede de serviços de saúde existente em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional (BARRETO et al., 2007, p. 06).

Para conceitualizar a proposta, os autores propuseram o “Espiral da Complexidade do Sistema Municipal de Saúde Escola” (Figura 6).

A Estratégia de Educação Permanente em Saúde seria como um conjunto de agulha e linha (vetor), que iria articulando e tracionando o tecido, composto pelas redes assistenciais e instituições de ensino, tecendo os princípios do SUS na espiral complexa do Sistema Municipal de Saúde-Escola (BARRETO; ANDRADE; LOIOLA, 2006).

Figura 6 – Espiral da complexidade do Sistema Municipal de Saúde-Escola e o matriciamento das redes assistenciais



Fonte: ANDRADE; BEZERRA; BARRETO (2006).

No trecho do programa PET/SF Nordeste 13, o relato apresenta os avanços logrados com a instituição de um Sistema de Saúde-Escola, pontuando também os desafios e o empenho dos atores para consolidar esta iniciativa.

O Fórum do Sistema Municipal de Saúde Escola na prática de articulação concreta demonstrou ser um espaço que além do debate interinstitucional de planejamento, acompanhamento e avaliação da formação e reorientação da formação em saúde de ensino superior e técnico em toda a Rede de Atenção Básica do Município deflagrou um processo político e pedagógico que reuniu todas as instituições de ensino de saúde sediadas em Fortaleza visando normatizar os processos de inserção dos estudantes na rede de saúde, participação das Instituições de ensino quanto à responsabilização sanitária e inserção de alunos na Rede de Atenção, conforme lei federal nº 11.788/2008. Esse processo demandou muitos investimentos dos profissionais do Sistema Municipal de saúde Escola de Fortaleza para avançar em um processo que historicamente era resolvido por relações muito mais pessoais entre professores e pessoal de serviços que por modelos de gestão institucional dos processos formativos (NORDESTE - 13)

O trecho do relatório PET/SF Sudeste 25 e Sudeste 30 situa a consolidação deste sistema saúde-escola ainda como um desafio, como podemos observar.

Consideramos como desafios a consolidação da rede de serviço como cenário de ensino permanente, independente de mudanças políticas partidárias municipais, a ampliação das mudanças curriculares propostas no PRÓ-Saúde pela IES e a incorporação, pela rede, das mudanças propostas nos estudos desenvolvidos no PET-Saúde. (SUDESTE – 25)

A sustentabilidade da integração ensino-serviço é uma de nossas principais preocupações, principalmente no que se refere às bolsas que, embora não seja o único fator, é talvez o principal motivo de fixação do preceptor. O que buscamos fazer é manter diálogo constante com a gestão do município, estimulando debates sobre a valorização do preceptor (p.ex.: inserção da preceptoría como um dos pontos de avaliação do profissional em sua progressão funcional; inserção da preceptoría como um dos pontos de avaliação do PMAQ; destinação de carga horária para estudo ou planejamento das ações com os estudantes). Outro ponto é a manutenção das reuniões nos serviços de saúde, mesmo após o fim do projeto, de forma a não perder a integração construída ao longo de dois anos. (SUDESTE – 30)

Ainda não é possível perceber fortes mecanismos institucionalizados, mas é perceptível que o PET em seus três anos mobilizou distintos atores institucionais, quer nos serviços de saúde, quer na academia e que entre os alunos participantes foi verificado um maior interesse pelo SUS e pela atenção básica, após o ingresso no projeto (SUL – 5).

Como destaca Rocha (2013), o processo de colaboração entre organizações de saúde não é simples e requer infraestrutura adequada; o emprego de diversas tecnologias, como linhas de cuidado; sistemas de informação inteligentes; estrutura logística, entre outras. Citaríamos também o necessários envolvimento e integração entre as instituições que precisam criar espaços de discussão coletiva envolvendo todos os atores para construir planos de trabalho, estabelecer objetivos comuns e configurar uma estrutura de governança através de acordos conjunto e regras definidas que permitam sintonizar o tempo e a atribuição de cada órgão e instituição no processo de integração ensino-serviço.

O SUS, desde sua concepção, prevê o papel do Estado na transformação dos processos de formação dos trabalhadores da saúde, o ensino deve ser condizente com os seus princípios, através da formação de perfis profissionais voltados à promoção da saúde, ajustado à evolução epidemiológica de cada localidade, centrado em uma perspectiva universalista, abordando, além disso, a esfera técnico-científica (FONSÊCA, 2012). Nesse sentido, após a leitura dos relatórios finais enviados ao Ministério da Saúde por todos os Programas PET-Saúde/Saúde da Família desenvolvidos ao longo dos anos de 2010 e 2011, acreditamos ser fundamental a incorporação deste Programa como estratégia permanente para viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos professores, profissionais e estudantes da área da

saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Pois mesmo com algumas necessidades de aperfeiçoamento

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Abordamos em nosso referencial teórico que a educação interprofissional tenciona um rompimento com o modelo pedagógico tradicional de ensino-aprendizagem, vinculando-se aos pressupostos da educação transdisciplinar.

De acordo com Barnett (1999 apud BARR, 2002), os objetivos da educação transdisciplinar podem ser organizados em seis dimensões: *educacional*, na busca de oferecer uma visão ampliada através da integração de elementos e do desenvolvimento de relações entre a aprendizagem e situações da vida real; *epistemológico*, contrastando marcos conceituais, critérios de verdade, nível de objetividade e metodologias, propiciando um contexto para o surgimento de novas forma de pensamento; *pedagógico*, através do estímulo para trocas e interações entre as diversas disciplinas e da exposição dos estudantes a uma ampla gama de estratégias de ensino; *normativo*, por considerar a educação como um veículo que coloca o conhecimento a serviço das reformas políticas e sociais; *racionalidade*, promove a unificação das reflexões em torno de um tema particular com o intuito de criar uma supra-racionalidade; e crítico, busca desenvolver a capacidade de desafiar suposições centrais e o interesse em compreender a estrutura de uma disciplina em particular.

Como vimos, a realidade do ensino contemporâneo é marcada pela compartimentalização do conhecimento, fenômeno que promove e valoriza a especialização dos saberes e das práticas. Vimos também que a educação interprofissional, em decorrência de seus pressupostos e objetivos, se filia a uma vertente que se contrapõe a esta trajetória da construção histórica dos conhecimentos científicos, com o intuito de constituir um novo campo teórico e operacional que possibilite a “integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada [...] tendo sua coordenação assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder” (ALMEIDA FILHO, 1997).

Barreto, Andrade e Loiola (2006) dissertam sobre a necessidade da adoção de uma concepção do processo ensino-aprendizagem voltada para a necessidade de formar

trabalhadores (as) da saúde capazes de responder a questões contextualizadas, ou seja, uma prática profissional sensível aos problemas reais da saúde do homem na sociedade atual. Além disso, a interação, o diálogo e a integração são dimensões indispensáveis para assegurar que uma experiência se configure como uma iniciativa em educação interprofissional.

Estas reflexões iniciais nos permitem situar as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como ferramentas educacionais necessárias para a reestruturação ou transformação dos modelos político-pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde.

Sena et al. (2003, p. 80), nos últimos anos, têm se debruçado sobre a análise dos processos de ensino-aprendizagem, contribuindo para a construção de um novo paradigma que defende centralmente que a educação deve se

[...] sustentar no conteúdo principal da vida humana, de suas transformações e das potencialidades dos sujeitos em construir uma nova história. Defendem a ideia de que a educação deve se desenvolver em estreito vínculo com as necessidades concretas de vida.

Para reorganizar as práticas de atenção em saúde, é necessário um novo perfil de trabalho e trabalhadores (ALBUQUERQUE, 2008). A Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB) traz no Art. 43 que a educação superior tem por finalidade: I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo (BRASIL, 1996). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da Saúde têm como perfil do formando egresso um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001a).

De forma claramente explícita, as DCN delineiam competências que dizem respeito à inserção do futuro trabalhador da saúde em uma sociedade complexa e multifacetada – na qual os processos de diagnóstico e tratamento são permeados por determinados contextos socioeconômicos – e, para tal, faz-se necessária uma abordagem pedagógica que contemple essas necessidades (ZILBOVÍCIUS, 2007, p. 76).

Neste contexto, o ensino pode contribuir para a promoção de autonomia dos estudantes como para a manutenção de comportamentos de controle sobre os mesmos (BERBEL, 2011). A reflexão trazida pela autora estabelece relação entre a promoção de autonomia nos sujeitos e o potencial da pedagogia através do uso de metodologias ativas para a obtenção de resultados na mesma direção.

As metodologias ativas têm o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem elementos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor. Quando acatadas e analisadas as contribuições dos alunos, valorizando-as, são estimulados os sentimentos de engajamento, percepção de competência e de pertencimento, além da persistência nos estudos, entre outras (BERBEL, 2011, p. 28)

A utilização de metodologias ativas emerge como princípio pedagógico das Instituições de Ensino Superior (IES), no entanto, não é possível, pelas limitações do documento, aprofundar sobre a temática. Por exemplo, no extrato PET/SF Centro-Oeste 1, sugere a adoção destas estratégias de ensino-aprendizagem, mas, ao longo do relatório não surgem outros indícios que possam fundamentar estas colocações.

A ESCS é sustentada por dois princípios pedagógicos: metodologias ativas de ensino-aprendizagem e Integração Ensino - Serviços. As metodologias ativas implicam em: o estudante sujeito ativo da aprendizagem; a aprendizagem significativa articulando dimensões cognitivas, psicológicas, sociais e biológicas; o currículo integrado nos diversos componentes privilegiando abordagem interdisciplinar; as noções de competências e de habilidades que consideram os determinantes históricos e socioculturais; e a integração entre ensino, serviços e comunidade que orienta os procedimentos pedagógicos e a produção do conhecimento (CENTRO-OESTE - 1)

O PET/SF Nordeste 13 e outros três programas trazem reflexões que nos sugere a importância do Programa em produzir tensões necessárias para transformar as práticas tradicionais de ensino que ainda predominam em muitas IES.

Desse processo e a partir dele se organizou um exercício desafiante de qualificação docente/profissional para operar em processos pedagógicos (...) através da construção da identidade sócio política das IES, cursos, metodologias, profissões, que coexistem nas práticas formativas da graduação em saúde como desestabilizadoras dos processos formativos que integram o conhecimento técnico- científico, aprendizagem e desenvolvimento da competência e autonomia do estudante para se movimentar no mundo do trabalho respeitando a

cidadania, os princípios do SUS, vida em uma sociedade democrática (NORDESTE – 13)

Capacitação em Mudança Metodológica: Novas práticas de ensino-aprendizagem e processos de avaliação para docentes e trabalhadores da rede, propiciando a adoção de estratégias multi/interdisciplinares da atenção em saúde e favorecendo novas abordagens nas oficinas em Educação para a Saúde (SUL - 9)

Como a coordenadora e duas tutoras do PET Saúde da Família pertencem ao Programa Educacional Interação Ensino Serviços e Comunidade na Medicina e uma tutora da Enfermagem pertence ao HPE - Habilidades Profissionais em Enfermagem, a vivência no PET fortaleceu essas unidades de ensino e com o resultado das pesquisas influenciaram decisões de mudanças importantes na programação 2012 da 3ª série do curso de medicina no sentido de enfrentar as fragilidades identificadas pelas pesquisas realizadas nos cenários, que incluiu as Práticas Educativas promotoras de autonomia dos sujeitos e o Acolhimento nas atividades dos estudantes nos cenários, estimulando a reflexão com os profissionais de saúde (CENTRO-OESTE – 1)

Foram desenvolvidas ações conjuntas com os profissionais da rede incluindo atividades de planejamento, atenção à comunidade e avaliação periódica [...] ex2: Cursos de metodologias ativas, envolvendo trabalhadores da saúde participantes do Pró-Saúde/Pet-Saúde e docentes das faculdades da UFG participantes do Pró-Saúde/Pet-Saúde (CENTRO-OESTE - 8)

Dentre as novas práticas docentes decorrentes das atividades assistenciais desenvolvidas é imprescindível salientar a incorporação nos planos de aprendizagem o ensino de tecnologias de cuidado, tais como: acolhimento, avaliação de risco, projetos terapêuticos singulares (PTI), a construção de linhas de cuidado e de redes de atenção e o apoio matricial das equipes. Além disso, as ações educativas em saúde realizadas propiciaram a utilização de novas estratégias pedagógicas na formação profissional, como o teatro, mapa conceitual e fluxogramas analisadores e organizadores dos processos de trabalho (SUL - 11)

O PET/SF Centro-Oeste 1 nos sugere que “ser tutor” do programa interferiu na condução das demais atividades da IES, neste sentido queremos ressaltar a adoção de “práticas educativas promotoras de autonomia dos sujeitos”, que entendemos que compõe o rol das metodologias ativas, e a “reflexão com os profissionais de saúde”, que nos sugere um grau importante de integração entre a docência e serviço. E o PET/SF Sul 11 ressalta a importância das atividades assistenciais vivenciadas pelos tutores na incorporação de novas estratégias pedagógicas.

Os pesquisadores da área sistematizam algumas metodologias de ensino-

aprendizagem que promovem a interação desejada entre os participantes, muitas experiências dão preferência ao trabalho em pequenos grupos, pois, como citado por Freeth et al (2005, p. 83), “é necessário criar oportunidades para os participantes ouvirem, refletirem, falarem e serem ouvidos”, o que é facilitado em grupos com poucos participantes. Alguns exemplos de metodologias são aprendizagem baseada na troca, na observação, na ação e na simulação, como: debates, seminários, sessões de estudo de caso e resolução de problemas, atendimento conjunto aos usuários, entrevistas com profissionais sobre o trabalho com colocações práticas para os alunos, pesquisa colaborativa, aprendizagem baseada em problemas, desenvolvimento de projetos comunitários, jogo de papéis, grupo de trabalho experiencial, dramatizações.

Várias atividades foram desenvolvidas em conjunto com profissionais de diferentes áreas como: Mutirão “Promoção de Saúde do Idoso”; Qualificação da assistência prestada aos usuários portadores de doenças crônicas; “O dia Delas”; Grupo de caminhada e promoção de hábitos saudáveis de vida; Grupo de gestantes; Grupo de Promoção do Parto Natural; etc. Em relação ao adolescente, destacaram-se o “Mutirão para a Saúde”, as Oficinas de Educação e o Grupo Operativo com deficientes auditivos. (SUDESTE - 15)

Foi possível notar que as atividades desenvolvidas com profissionais da UBS e usuários - como oficinas, salas de espera, bem como o acompanhamento pelos alunos das atividades dos diferentes profissionais - revelaram para os integrantes do PET a importância de distintas profissões e saberes para a efetivação das práticas voltadas aos modos saudáveis de vida e integralização do cuidado ao usuário. (SUDESTE – 15)

Algumas atividades são: Sessões clínicas, com discussões multidisciplinares de casos clínicos, com estudantes das diferentes áreas e preceptores, Salas de espera visando a discussão de vários temas, com caráter de participação multidisciplinar. Feiras de saúde foram realizadas também com o intuito de desenvolver práticas multiprofissionais. Interconsultas: estudantes de enfermagem, farmácia, medicina e nutrição têm a oportunidade de acompanhar e auxiliar consultas com preceptora médica, farmacêutico e enfermeiras, assim como visitas domiciliares. Os grupos temáticos, atividades educativas em campanhas de vacinação e em sala de espera são planejados em conjunto nas reuniões do PET (NORDESTE - 7)

De acordo com Barr (2002), estas metodologias encorajam os participantes a expressar suas visões, trocar experiências, expor seus preconceitos, comparar suas perspectivas e percepções sobre um mesmo fenômeno, criando oportunidades para explorar as diferenças entre as profissões; também permitem aos estudantes de diversas

profissões combinar suas expertises para investigar questões, propor soluções e efetivar mudanças. As simulações, por exemplo, permitem aos estudantes vivenciar os relacionamentos em uma situação prática e explorar como os participantes, ao longo do processo, assumem diferentes papéis colaborando/competindo para cumprir os objetivos estabelecidos. Barbel (2011, p. 29) salienta que

[...] podemos entender que as Metodologias Ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos.

Paulo Freire (1996) assume uma postura de defesa das metodologias ativas, com sua afirmação de que na educação de adultos, o que impulsiona a aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos. Alguns autores (FREETH; REEVES, 2004; FREETH et al., 2005; BARR, 2009; WHO, 2010; MC LANEY et al., 2010) também são enfáticos ao afirmarem que as iniciativas de educação interprofissional são mais efetivas quando construídas respeitando os princípios da aprendizagem de adultos, utilizando a abordagens interativas e metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

O formulário do relatório final, preenchido pelos coordenadores dos Programas PET-Saúde/SF, não possui uma pergunta específica sobre as abordagens pedagógicas e as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas no âmbito das atividades desenvolvidas nos grupos, consideramos necessário incluir questões que abordem estas temáticas por serem fundamentais para assegurar a coerência e a consistência das propostas desenvolvidas. Mesmo assim, foi possível localizar registros sobre a importância do PET-Saúde no estímulo da incorporação de metodologias ativas.

[...] há expectativas de debates futuros e de mudanças acerca da matriz curricular e da integração de disciplinas em conformidade ao perfil de formação esperado para o SUS, como produto também das práticas vivenciadas no PET-Saúde. Está em tramitação no Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade o novo Projeto Acadêmico Curricular do curso de Enfermagem, baseado em metodologias ativas de ensino aprendizagem e inserção de estudantes desde o início do curso em cenários da atenção básica (NORDESTE – 3)

[...] o Pet-Saúde saúde da família foi fundamental para a consolidação da necessidade de modificação da estrutura curricular dos cursos de saúde da IES, assim como da implementação de novas metodologias de ensino e aprendizagem o que veio ajudar a fortalecer a política de integração ensino-serviço com as secretarias municipais de saúde parceiras [...] Foi perceptível o desenvolvimento da interação dos alunos com os serviços de saúde [...] no momento que o aprendizado ultrapassou os muros da sala de aula e passou a acontecer também nas unidades de saúde, na comunidade, proporcionou uma visão verdadeira do serviço de saúde ainda enquanto acadêmicos (NORTE – 5)

A partir da integração com as equipes das unidades e reconhecimento/ relatos dos principais problemas da comunidade ocorrem os projetos de educação em saúde. São desenvolvidas diferentes abordagens, dinâmicas (filmes, palestras, dinâmicas de grupos, e formulação de folhetos elaboradas pelo grupo PET Saúde e Secretaria Municipal da Saúde). (SUL -1).

As atividades do PET-saúde permitiram a preparação da implantação da disciplina Cuidado de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente no Enfoque da Atenção Primária à Saúde, no currículo novo do Curso de graduação em Enfermagem, nas quais foram desenvolvidas discussões conceituais sobre as metodologias ativas e propostas pedagógica nesta vertente do ensino para atender às diretrizes curriculares. Neste sentido a participação dos monitores e dos preceptores contribuiu para uma revisão nestas práticas. (SUL – 8)

Nas ações educativas os petianos protagonizam mudanças, pois trazem tecnologias de aprendizagem assimiladas e trabalhadas nas disciplinas/módulos dos cursos e extrapola a prática de “palestrinhas” para metodologias ativas de aprendizagem (CENTRO-OESTE – 4)

Sem dúvidas o PETSaúde atuou com indutor de mudanças na matriz curricular e projeto pedagógico dos cursos envolvidos (...) o curso de Medicina tem vivenciado nos últimos três anos e, especialmente no ultimo ano, um intenso processo de discussão e reestruturação do projeto político-pedagógico do curso que envolve desde propostas de metodologia ativas de ensino até mudanças significativas da matriz curricular e cenários de prática (CENTRO-OESTE - 8)

Berbel (2011, p. 35) faz uma síntese importante sobre a potência das metodologias ativas em estimular e ativar o desenvolvimento de profissionais críticos e reflexivos capazes de responder, com níveis cada vez mais ampliados de consciência, aos desafios postos em sua prática de trabalho cotidiana.

[...] as metodologias ativas [...] colocam o aluno diante de problemas e/ou desafios que mobilizam o seu potencial intelectual, enquanto

estuda para compreendê-los e ou superá-los. Os estudantes necessitam de informações, mas são especialmente estimulados a trabalhar com elas, elaborá-las e reelaborá-las em função do que precisam responder ou equacionar. Nesse caminho, é possível que ocorra, gradativamente, o desenvolvimento do espírito científico, do pensamento crítico, do pensamento reflexivo, de valores éticos, entre outras conquistas dessa natureza, por meio da educação, nos diferentes níveis, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia na formação do ser humano e de futuros profissionais.

E, em consonância com os princípios e objetivos da educação interprofissional “(...) em nenhum dos exemplos de *metodologias ativas* (...) a preocupação maior está na competição entre alunos ou nas notas como forma de controle externo, mas no tipo de aprendizado e no desenvolvimento dos alunos que se preparam para ser profissionais” (p. 37), aspecto bastante valorizado por Paulo Freire, que centra o foco do processo educativo no diálogo, ao afirma que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” e na necessária valorização da alteridade “não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes”.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após apresentar as principais reflexões extraídas da análise do material pesquisado iremos agora resgatar as principais questões que orientaram nosso estudo para termos as considerações finais a partir das inquietações que nos mobilizaram no início deste percurso. Quais cursos de graduação participam de experiências interprofissionais nos Programas PET-Saúde/Saúde da Família? Como as experiências desenvolvidas pelo Programa PET-Saúde/Saúde da Família se propõem a estimular o trabalho em equipe interprofissional/multiprofissional entre estudantes de diversos cursos de graduação da saúde, configurando-se como uma experiência de educação interprofissional? As atividades realizadas têm potência para estimular o trabalho interprofissional na saúde? Utilizam metodologias ativas de aprendizagem? Existe interação entre as diversas categorias profissionais nestas atividades? Há registros de mudanças institucionais favoráveis a interprofissionalidade na saúde ocorridas a partir das experiências de PET-Saúde/Saúde da Família?

Após a apreciação dos relatórios, identificamos que apenas três experiências em todo o Brasil envolveram apenas a graduação de medicina, o que nos sugere uma sensibilização dos demais cursos da área da saúde para o engajamento em iniciativas como o PET-Saúde/SF que envolvessem diversos cursos de graduação em saúde. Os cursos envolvidos nesta edição do programa foram: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia, psicologia, serviço social, medicina veterinária, biomedicina, ciências biológicas, fisioterapia, fonoaudiologia, educação física e terapia ocupacional.

De todo modo, queremos ressaltar nossa concordância com a alteração feita a partir do Edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011 que determinou que cada instituição deveria apresentar uma única proposta por campus, prevendo a participação integrada dos cursos de graduação da área da saúde tendo como critérios preferenciais propostas quem contemplassem a participação integrada de 2 (dois) ou mais cursos da área da saúde e propostas que apresentassem caráter multiprofissional e interdisciplinar, com projeto ou implantação de disciplinas curriculares ou eletivas que envolvessem 2 (dois) ou mais cursos, o que impossibilitou a aprovação de projetos envolvendo apenas o curso de medicina, como era possível nos editais anteriores. Estas alterações são indicativas do desejo de fortalecer a educação interprofissional como estratégia pedagógica

necessária para as graduações em saúde.

Segundo as narrativas encontradas nos relatórios, o PET-Saúde/SF se configura como um programa que potencializa o trabalho em equipe interprofissional por meio de atividades realizadas em conjunto por estudantes das diversas profissões, o que sugere que, em alguns programas, trabalha-se na perspectiva da educação interprofissional. Identificamos diferentes níveis de integração entre os estudantes dos cursos da área da saúde. A partir dos relatos trazidos pelos coordenadores dos programas foi possível inferir que em alguns casos há uma maior apropriação por parte dos atores envolvidos sobre os conceitos, as estratégias e a importância da educação interprofissional para a formação dos profissionais de saúde, havendo uma disposição claramente expressa nos relatórios de fortalecer a integração entre os diferentes cursos de graduação. Em outros relatos, identificamos que existem atividades envolvendo estudantes das diferentes categorias, mas, ainda não há tanta clareza sobre estas estratégias, o que foi percebido, por exemplo, na identificação de uma confusão no emprego dos conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade. Muitos relatórios são bastante sucintos, isto dificultou a apreensão da realidade nos contextos estudados, consideramos importante que o MEC potencialize estes documentos como estratégia de monitoramento e avaliação dos grupos PET-Saúde/SF.

Identificamos a potência do PET-Saúde/SF em sensibilizar profissionais, estudantes e professores sobre a importância da atuação conjunta entre profissionais das diferentes áreas para assegurar a integralidade do cuidado e qualificar as ações desenvolvidas nos serviços de saúde. A identificação da obtenção de melhores resultados, em muitos relatos, é vinculada a organização do trabalho por meio de equipes multiprofissionais, o que além de possibilitar melhorias efetivas nas condições de saúde da população, também aumenta a satisfação dos profissionais com o trabalho.

Com relação às mudanças institucionais favoráveis à interprofissionalidade, registramos que os projetos PET-Saúde/SF impulsionaram algumas transformações importantes, tanto no âmbito das IES, como na relação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Nas IES, os principais registros são as mudanças curriculares. Neste aspecto, ressaltamos em nosso estudo que os graus de integração curricular ainda são muito diversos, poucas foram as instituições que conseguiram promover uma integração entre os currículos dos diferentes cursos, mesmo assim, vários relatos

trouxeram esta articulação como desafio futuro, pontuando inclusive algumas estratégias para iniciá-la. Como já afirmamos acima, o Edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011 também traz mudanças que irão fortalecer a integração entre os currículos dos diferentes cursos, uma vez que considera como critério preferencial as propostas que apresentem projetos de disciplinas curriculares ou eletivas que envolvam 2 (dois) ou mais cursos.

É importante registrar que praticamente todas as IES identificam o PET-Saúde como fundamental para consolidar as reformulações dos currículos dos cursos em consonância com as DCNs, promovendo uma forte aproximação com a APS e com a saúde pública de uma forma geral, estimulando a diversificação dos cenários de prática e promovendo maior aproximação entre as instituições de ensino e a comunidade. Nesse sentido, iniciativas como esta ajudam a fortalecer o processo disparado pela publicação das DCN que, nas palavras de Fônseca (2012), inauguram a organização dos currículos ajustados ao sistema de saúde, pois, antes disso, “havia ênfase nos princípios flexnerianos, na média e na alta complexidade, abstendo-se de discussões teóricas aprofundadas ou de uma imersão prática no contexto da APS” (p. 74). As DNCs também prevêm a capacidade dos egressos dos cursos da área de saúde em atuar em equipes multiprofissionais na perspectiva da integralidade da assistência, o que, como vimos nas discussões dos resultados, também é uma dimensão potencializada por meio da constituição dos grupos PET-Saúde/SF e da inserção precoce dos estudantes em cenários reais de prática.

Em decorrência da grande diversidade encontrada nos relatórios, acreditamos ser muito potente a criação de espaços permanentes para troca de experiências entre as IES envolvidas com os Programas dos Ministérios da Saúde e Educação voltados para a transformação da formação profissional. Desta forma, os caminhos e desafios vivenciados por algumas instituições podem servir de aprendizado para as demais por meio do compartilhamento solidário das estratégias e mecanismos utilizados.

Alguns obstáculos para promover a integração entre estudantes dos diferentes cursos de graduação foram citados pelos coordenadores dos programas, que sistematizamos em três tipos: obstáculos referentes as matrizes curriculares dos cursos, referentes a infra-estrutura e/ou logística e referentes a cultura e ao perfil dos profissionais. Os relatórios não exploram muito as divergências existentes entre os

estudantes dos diferentes cursos, as disputas, os estereótipos, identificar essas divergências são fundamentais para problematizá-las, portanto sugerimos que o formulário induza essas reflexões entre tutores, preceptores e estudantes.

No que diz respeito à articulação ensino-serviço, o PET-Saúde/SF também se configurou como uma estratégia importante para consolidar esta importante integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Diversificar os cenários de práticas, aproximar os cursos de graduação da APS, promover maior articulação entre teoria e prática, estabelecer diálogos entre universidade, serviço e comunidade articulando a produção do conhecimento com as necessidades dos serviços e das populações, são potencialidades do Programa identificadas pelos coordenadores. E, ao mesmo tempo, são dimensões consideradas fundamentais para as experiências em educação interprofissional, uma vez que extrapola o espaço da sala de aula e dos conteúdos disciplinares, impulsionando o contato e a reflexão sobre a complexidade da vida, o que impõe a articulação entre diversos os saberes e problematiza os limites dos campos profissionais na resolução dos desafios que surgem cotidianamente nos espaços dos serviços.

Outra dimensão bastante ressaltada nos relatórios são os benefícios da presença dos estudantes nos serviços. Não apenas por aumentar o “quantitativo de profissionais” ampliando o número de ações e atividades desenvolvidas, mas, principalmente, por instaurar outra dinâmica aos serviços potencializando processos de reflexão e de criação cotidiana sobre o processo de trabalho. A função de preceptoria assumida por alguns trabalhadores tenciona estes profissionais a saírem de sua “zona de conforto”, o que os colocam em movimento constante de refletir suas práticas a partir das formações e das discussões feitas com os estudantes e os professores.

Uma pontuação feita com relação à docência em serviço (preceptoria) é a necessidade de qualificar os trabalhadores para assumirem esta função, já que muitos deles nunca tiveram experiências com atividades pedagógicas. Neste sentido, a consolidação dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica pode contribuir bastante na promoção de capacitações tanto para os docentes (tutores) como para os trabalhadores (preceptores).

O relato sobre a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem foi raramente identificado nos relatórios, indicando que estas devam ser mais difundidas

nas IES. Acreditamos ser fundamental que os formulários possam explorar mais profundamente a concepção pedagógica que orienta os programas e as reformulações curriculares. Do ponto de vista da educação interprofissional a pedagogia tradicional inviabiliza o desenvolvimento das competências necessárias para a prática colaborativa e o trabalho em equipe.

Em pesquisa realizada pela OMS sobre as iniciativas de educação interprofissional, a partir das 396 respostas obtidas de 42 países, foi possível constatar que os cursos promovidos são, em geral, de curta duração e as atividades em educação interprofissional não são sistematicamente ofertadas. Além disso, não existe uma prática frequente de avaliação do impacto destas iniciativas nos índices de saúde da população e na melhoria da qualidade dos serviços. Estes resultados são importantes para alertar sobre a necessidade de consolidação destas iniciativas para além de programas e projetos pontuais, mas sim como uma política de Estado para impulsionar as transformações necessárias nas IES, na formação dos profissionais de saúde e nos serviços de saúde, possibilitando que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde.

Podemos extrair destas considerações a importância de que todas as partes envolvidas no desenvolvimento e na implementação das iniciativas em educação interprofissional estejam sensibilizados e tornem-se defensores e atores na concretização destas transformações. Corpo docente, estudantes, administradores, profissionais e gestores, cada qual em sua esfera, exercem papéis fundamentais na garantia da promoção e da sustentabilidade destas iniciativas.

O Programa PET-Saúde/SF, segundo nossos achados, tem se constituído como uma ferramenta fundamental para impulsionar as transformações necessárias na formação superior dos profissionais de saúde. Fonsêca (2012) corrobora com a ideia de que o programa é um potente indutor de melhorias nos serviços de saúde com a inserção futura de profissionais mais bem preparados para responder às demandas da população em coerência com os princípios do SUS. De acordo com a autora “o conhecimento da prática no serviço público de saúde, incita e desperta os alunos para as possibilidades de exercício futuro da profissão no SUS” (FONSÊCA, 2012, p. 86). Alguns relatórios registram este benefício trazido pelo programa. Consideramos importante fortalecer a potência do Programa para intervir para além dos atores diretamente envolvidos com as

atividades.

Outra dimensão importante, fortalecida pelo envolvimento com o PET-Saúde/SF, é a ampliação da compreensão dos estudantes sobre o processo saúde/doença, entendendo-o em sua complexidade, agregando conhecimentos vindos das várias áreas que compõe o campo da saúde, construindo uma visão integral do fenômeno. O contato entre estudantes, professores e profissionais das áreas diversas, somados com a inserção em cenários reais de atuação, são as principais estratégias para promover esta ampliação do olhar dos acadêmicos, pois além do encontro com a diferença, faz-se um exercício de articular o conhecimento teórico e a prática em saúde, em permanente reflexão sobre o contexto social e econômico e sua inter-relação com o processo de saúde-doença-intervenção.

Não podemos negar que as mudanças estão acontecendo de forma gradativa. E as iniciativas do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e os governos municipais, contribuem para impulsionar estas transformações tão necessárias. Os resultados mostram que há indícios que o PET-Saúde/SF constitui-se como estratégia que induz a utilização da educação interprofissional enquanto estratégia pedagógica para fomentar uma prática colaborativa entre profissionais de diferentes categorias. O PET-Saúde, neste sentido, parece ter sido uma iniciativa acertada, uma vez que procura desenvolver nos futuros trabalhadores da saúde as competências necessárias para enfrentar os desafios do sistema de saúde e a sensibilidade necessária para fortalecer o compromisso com a saúde da população.

Este estudo, como todos, tinha um objeto bem definido: investigar o PET-Saúde/SF a luz das teorias sobre a Educação Interprofissional em saúde e a partir deste recorte esperamos contribuir para o fortalecimento de uma iniciativa do Estado em induzir mudanças importantes na formação superior dos profissionais da área da saúde. Fizemos esta escolha por acreditarmos, inspiradas pelas reflexões de autores como Paulo Freire, Vigotski, Martin-Baró, Rovere, Gastão Wagner, Odorico Monteiro, Ceccim, Cezar Wagner, que precisamos fortalecer o compromisso da ciência com a vida e, neste sentido, defendemos a centralidade das discussões sobre o perfil dos profissionais e o seu impacto sobre a qualidade do cuidado em saúde. Vivemos em um tempo de distanciamentos, a força do consumo atinge não apenas a relação do humano com os objetos, mas transforma o próprio humano em objeto, o que faz com que se crie

a ilusão da independência dos caminhos, a ilusão de que não precisamos uns dos outros, a ilusão de que a ciência é neutra. E mesmo com as limitações deste estudo de se restringir a documentos, identificamos no PET-Saúde/SF a possibilidade de despertar nos estudantes, nos professores e nos trabalhadores um desejo mais amplo do que unicamente construir sua trajetória pessoal de sucesso, despertar nestes sujeitos o sentimento de compromisso prioritário com a vida e de interconexão entre nossos fazeres a partir da interação uns com os outros e, principalmente, a partir da imersão no cotidiano de vida do povo brasileiro. Alguns elementos nos sugerem que esta iniciativa tenciona para promover uma inversão nos valores apregoados pela cultura do consumo, da superespecialização, do corporativismo em prol de valores humanos, de solidariedade e compromisso, sem perdermos de vista que muitas coisas ainda precisam mudar, que ainda temos muito desafios pela frente, esperamos com este estudo contribuir para avançarmos um pouco mais.

As últimas palavras deste estudo deixamos a cargo de Álvaro de Campos que em seu poema intitulado *Passagem das Horas* expressa sinteticamente, melhor do que seríamos capazes de fazer, o processo de construção dos (des)-sentidos trazidos neste texto.

Trago dentro do meu coração,
Como num cofre que se não pode fechar de cheio,
Todos os lugares onde estive,
[Todas as pessoas com quem encontrei],
Todos os portos a que cheguei,
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias,
Ou de tombadilhos, sonhando,
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo H.; SCAPIN, Luciana T.; BATISTA, Nildo A. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011

AGUIAR, DAYSE S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública sub-área de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Rio de Janeiro Dezembro, 1998.

AKERMEN M, Morais CK, organizadores. PET-Saúde Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: resultados de projetos aplicados: Faculdade de Medicina do ABC. 2. ed. Santo André: Mídia Alternativa Comunicação e Editora; 2012.

ANDRADE, Marcia R.S; BAGNATO, Maria H.S. Orientação pedagógica: formação docente e mudanças curriculares na saúde. IN: ANDRADE, Márcia, R.S; SILVA, Cláudia R.L.D; SILVA, Andréa; FINCO, Marinês. Formação em Saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica. Blumenau: Edifurb, 2011.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia de Saúde da Família. In: **Fundamentos e práticas da atenção primária a saúde: medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 783-836, 2008.

ANDRADE, L. O. M et al. Estratégia saúde da família em Sobral. SANARE: **Revista de Políticas Públicas**, Ano V, v. 1; p.9-20, 2004.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I.C.H.C; MARTINS, T.J. A Estratégia saúde da família no Brasil e a superação de medicina familiar. SANARE: Revista de Políticas Públicas. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/sausedefamilia/index2.html>. Acesso em: 15 jul. 2003.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C.; BARRETO, I. C. H. C. B. In: CAMPOS, G. W. S. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ANDRADE, L. O. M. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de

Sabóia – Sobral (CE): uma resposta municipal para a educação permanente no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p 15-25, março, 2004.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (3): 356–362; 2008.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (½), 1997.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARBIERI, F. B. **A Rede Unida e o Movimento de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde**. 2006. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal**, n. 34, Jun. Rio de Janeiro, 2006.

_____. Estratégias e ferramentas pedagógicas para a qualificação das equipes de saúde da família. **Tempus – Actas de Saude Coletiva**, v.1, n.1, 2007.

BARRETO, I. et al. O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo de caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, nº 36. Jan/Mar, 2011.

BARRETO, I. et al. Gestão participativa no SUS: integração ensino, serviço e comunidade. Experiência da liga saúde da família em Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 21, p. 80-93, 2012.

BARRETO, I. C. H.; LOIOLA, F.; ANDRADE, L. O. M. Development of

interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare. **Interface** (UNI/UNESP. Online), v. 15, p. 727-239, 2011.

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, 12 (2), p. 181-188, 1998.

_____. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow – A review. **Occasional paper nº 1**. The learning and teaching support network for health sciences and practice, London, 2002.

_____. Unpacking interprofessional education. In: **Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care**. Edited by Leathard, A. Routledge: London and New York, 2009.

BARR, H.; LOW, H. **Interprofessional Education in Pre-registration Courses**. A CAIPE Guide for Commissioners and Regulators of Education. CAIPE, January, 2012.

BARROS, F. B. M. Ensinar e Aprender com sentido: metodologias ativas de ensino e aprendizagem. CEFET-RJ Uned Nova Friburgo, 2011. Disponível em: <http://www.slideshare.net/FabioBatalhaMBarros/ensinar-e-aprender-com-sentido-metodologias-ativas-de-ensino-aprendizagem>; acesso: 09 de agosto de 2013.

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

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSI, Maria Lúcia M; PAIM, Jairnilson S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15 - no.4. Rio de Janeiro, julho, 2010.

BURING, S. M. et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 73 (4), article 59, 2009.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 03 de abril de 2012.

_____. **Lei nº 9.394**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, 20 de dezembro de 1996.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: <www.mec.gov.br/cne>. Acesso em 2 de abril de 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001a. Seção 1, p. 37. Disponível em: <www.mec.gov.br/cne>. Acesso em 2 de abril de 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 4, de 7 de novembro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001b. Seção 1, p. 38. Disponível em: <www.mec.gov.br/cne>. Acesso em 2 de abril de 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 8, de 7 de maio de 2004a**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de maio de 2004a, Seção 1, p. 16. Disponível em: <www.mec.gov.br/cne>. Acesso em 2 de abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Aprender SUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 1.ª edição – 2004c.

_____. Ministério da 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.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial.** Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2007. 87 p. Série C.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital no 18, de 16 de setembro de 2009. **Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE.** Diário Oficial da União. 17 set. 2009a: Sec. 3:90.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009.** Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 17 de setembro de 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

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

_____. **Decreto Federal Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamentação da Lei 8080/90.

CAIPE. **Interprofessional education** – a definition. 2002. Disponível em: www.caipe.org.uk. Acesso 19 de abril de 1997.

_____. **Principles of interprofessional education.** 2011. Disponível em: www.caipe.org.uk. Acesso 19 de abril de 2012.

CAMPOS, FE; AGUIAR,RAT; BELISARIO, SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella, L. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

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

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

CARVALHO, Y. M. **Formação e Educação em Saúde**: Aprendizados com a Saúde Coletiva. Tratado de Saúde Coletiva. H.-. Fiocruz. São Paulo - Rio de Janeiro, 2006. p. 149 – 182.

CECCIM, Ricardo B . Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde! O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface (Botucatu)** vol.11 no.22 Botucatu May/Aug. 2007

CECCIM, Ricardo B; FEUERWRKER; Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis [online]**. 2004, vol.14, n.1, pp.41-65.

CECCIM, Ricardo B; FEUERWRKER; Laura C.M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(5): 1567-1578, 2008.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3. ed.

Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 295-316.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, suplement 1:8-20, may, 2005.

D'AMOUR, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse pour le doctorat en Santé publique, Médecine, Montréal, GRIS, Université de Montréal, 399p, 1997.

D'AMOUR, D. et al. A Model of Collaboration Among Professionals in Healthcare Organizations. **BMC Health Services Research**, 8, 188-202, 2008.

DAL POZ, M; VARELLA, T. C. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Política e Problemas. **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Abrasco: Rio de Janeiro, p. 193 – 208, 1994.

FEUERWERKER, L. C. Educação dos profissionais de saúde: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, v. 3, n.º 1, p. 24-27, 2003. Disponível em: <www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Caderno de Currículo e Ensino**, Rio de Janeiro, v. 2, n.º 4, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C. M.; ALMEIDA, M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FREETH, D. et al. **Interprofessional Education: development, delivery & evaluation**.

Blackwell Publishing: CAIPE, London, 2005.

FREETH, D.; REEVES, S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. **Journal of Interprofessional Care**, v. 18, nº 01, february, 2004.

FRENK, J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **A Global Independent Commission**. The Lancet December 4 2010. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em 19 de abril de 2012.

FONSÊCA, G. S. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo**. 2012. (Dissertação mestrado em Odontologia Social) - Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2012.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, nº 22, p. 239-55, mai/ago, 2007.

_____. Arranjos institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 01, jan-abr. 2009.

GILBERT, J.; BAINBRIDGE, L. **Canada – interprofessional education and collaboration: theoretical challenges, practical solutions**. In: *Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care*. Edited by Leathard, A. Routledge: London and New York, 2009.

GÓIS, C. W. L. **Saúde Comunitária - Pensar e Fazer**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 nº 3, p. 757-762, 2010.

PROMED, Informe Saúde. Ano VI – Nº158. Abril, 2002.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, v. 9, nº 12, p. 369-79, mar/ago, 2005.

MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Martín-Baró, Ignacio. Hacia una psicología de la liberación. Departamento de Psicología Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" (UCA) San Salvador, El Salvador. Boletín de Psicología, UCA Editores, No. 22, 219-231, 1986.

McLANEY, E. et al. An interprofessional education approach to teaching collaborative documentation practice: exploring development, delivery and outcomes using the presage, process, product (3P) model. **Journal of Interprofessional Care**, v. 24, nº 04, july, 2010.

MELLO, Ana Lúcia S.F.; MOYSÉS, Simone T.; MOYSÉS, Samuel J. A Universidade Promotora de Saúde e as Mudanças na Formação Profissional. **Interface: Comunicação Saúde Educação**. v.14, n.34, p.683-92, jul./set. 2010

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro**. 2ª ed. Brasília: UNESCO, 2010.

OANDASAN I, REEVES S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. **J Interprof Care**. 2005 May;19 Suppl 1:21-38.

PAGLIOSA, Fernando L; DA ROS, Marco A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103-9.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde e, organizadores. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9.

ROCHA, F. A. A. **Colaboração Interprofissional entre docentes de ensino superior e profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família em Juazeiro do Norte: estudo de caso.** 2013. Dissertação – Mestrado em Saúde da Família - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Sobra, Ceará, 2013.

ROVERO, Mario R. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.* Washington, D.C: OPS, 1993, 232p.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, n. 1, 2009.

SENA, R. S.; LEITE, J. C. A.; SILVA, K. L.; COSTA, F. M. Projeto Uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da Enfermagem, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.13, p.79-90, 2003.

SILVA, R. H. A; SACAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, nº1, p. 167-184, mar. 2011.

SILVA, Rinaldo H.A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Fanema). **Educar em Revista**. Editora: UFPR, Curitiba, Brasil, nº 39, p. 159-175, jan/abr 2011.

SILVA, Gilberto T. R; BATISTA, Nildo A; BATISTA, Sylvia H. S. S. **Formação Interprofissional em Saúde: reflexões...** Disponível em:

<http://votiscxs1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE1297-1.pdf>. Acesso 04 de maio de 2012.

SILVEIRA, J. L. G. C. et al. A Formação na área da saúde para além da profissionalização. In: ANDRADE, Márcia, R.S; SILVA, Cláudia R.L.D; SILVA, Andréa; FINCO, Marinês. **Formação em Saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica**. Blumenau: Edifurb, 2011.

TREMBLAY, Michel, CHÊNEVERT, Denis, HÉBERT, Audrey; «Le rôle des conditions de travail dans la satisfaction et la loyauté des infirmières d'agence au Québec», Relations industrielles-Industrial Relations - U. Laval, Vol. 67, no 3, 2012, p. 477-504

WEIGERT, Célia; VILLANI, Alberto; FREITAS, Denise. A Interdisciplinaridade e o trabalho coletivo: análise de um planejamento interdisciplinar. *Ciência & Educação*, v. 11, n. 1, p. 145-164, 2005.

WILLUMSEN; BREIVIK. Welfare and education policy: how do these factors influence interprofessional education? The Norwegian case. In: **Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care**. Edited by Leathard, A. Routledge: London and New York, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. **The Team Approach Technical Report Series 769**. Geneva: WHO, 1988.

_____. **World Health Report 2006: Working Together for Health**. Geneva: WHO, 2006.

_____. 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.

ZILBOVICIUS, Celso. Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: odontologia social) - Faculdade de Odontologia de São Paulo - São Paulo, 2007.