



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

ANDRÉIA SILVEIRA TEIXEIRA

INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA EQUIPE DE ENSINO-SERVIÇO

Porto Alegre

2019

ANDRÉIA SILVEIRA TEIXEIRA

INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA EQUIPE DE ENSINO-SERVIÇO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof(a) Dra. Denise Bueno

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Teixeira, Andréia Silveira
Interprofissionalidade em uma equipe de
ensino-serviço / Andréia Silveira Teixeira. -- 2019.
111 f.
Orientadora: Denise Bueno.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Educação Interprofissional. 2. Equipe. 3.
Colaboração. 4. Processo de trabalho. I. Bueno,
Denise, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Andréia Silveira Teixeira

INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA EQUIPE DE ENSINO-SERVIÇO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 16 de Março de 2019.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Denise Bueno – PPGENSAU/UFRGS
Orientadora

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi – PPGENSAU/UFRGS
Examinadora

Profa. Dra. Carmen Lúcia Bezerra Machado PPGENSAU/UFRGS
Examinadora

Profa. Dra. Maria Rita Macedo Cuervo - PUCRS
Examinadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas inúmeras bênçãos nesta trajetória (os amigos que fiz, os aprendizados, as trocas e etc) que começou no ingresso a este mestrado e à conclusão deste estudo.

À minha família pelo incentivo e apoio constantes em todos os meus projetos pessoais e profissionais – amor recíproco!

À minha orientadora, Prof. (a) Denise Bueno, pois sem seu constante apoio e atenção não teria concluído esta construção e caminhada! À prof (a) Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, que ao me convidar para o grupo de estudo estimulou ainda mais o meu interesse ao tema deste estudo.

Ao Dr José Francisco Bergamaschi, que na época da coleta de dados, dirigia o Centro de Extensão Universitária (CEUVF), pelo irrestrito apoio à realização deste Mestrado. Aos professores e colegas de trabalho que dispuseram seu tempo e conhecimento na entrevista e grupo focal.

À Enfa Eveline Rodrigues, colega de gerência de saúde e ex-aluna do PPGENSAU por me fazer conhecedora deste Mestrado.

À bibliotecária Marta de Oliveira, pelo auxílio e revisão deste trabalho.

Aos professores da banca por se disponibilizarem à minha avaliação e contribuírem para o aperfeiçoamento deste estudo.

A todos os amigos e parentes que torcem e vibram com as minhas conquistas e cujas palavras de apoio foram muito importantes.

“Ninguém vale pelo que sabe, mas pelo que faz com aquilo que sabe.”

Leonardo Boff

RESUMO

A reordenação da formação, tanto na graduação como na pós-graduação, tem mobilizado reflexões sobre a necessidade do trabalho em equipe, de práticas colaborativas e da educação interprofissional (EIP). É neste contexto que se insere o trabalho em equipe do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF). Que mescla ensino-serviço. Buscou-se compreender a percepção de funcionários e professores sobre a colaboração em serviço e a interprofissionalidade nesta equipe. A metodologia empregada foi de caráter exploratório-descritivo e utilizou para coleta de dados uma oficina e entrevista. Diante da análise de dados foi possível perceber a percepção deste grupo sobre o que para eles é trabalho em equipe, as divergências quanto ao conceito colaboração e a necessidade de um espaço regular de encontro para aprender a trabalhar a partir dos princípios da educação interprofissional, através da construção de comportamentos que conduzam a mudanças de atitudes profissionais e efetiva prática colaborativa neste processo de trabalho.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Equipe. Colaboração. Processo de trabalho.

ABSTRACT

The reordering of training, post-graduation teaching, reflections on the implementation of teamwork, collaborative practices and interprofessional education (EIP). It is in this context that the teamwork of the Vila Fátima University Extension Center (CEUVF) is inserted. That mixes teaching-service. We sought the perception of employees and a collaboration in service and an interprofessionality in this team.

The methodology used was exploratory and descriptive for the collection of data as focal group techniques and interview. In the face of the data analysis, it was possible to better understand the group about what is most important to work in a team, such as the differences in relation to the interprofessional work group, through the behavior of the pilot is a change of attitudes personnel and necessary practices collaborativa in the process of work.

Keywords: Interprofessional Education. Team. Collaboration. Work process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa da localização do complexo Bom Jesus.....	33
Figura 2 –	Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF).....	34
Quadro 1 –	Temas e categorias emergentes da análise.....	40
Quadro 2 –	Respostas dos participantes nas 2 etapas da oficina.....	78
Figura 3 –	Perguntas aplicadas.....	79
Figura 4 –	Respostas individuais de cada participante – pergunta 1.....	80
Figura 5 –	Respostas individuais de cada participante – pergunta 2.....	81
Figura 6 –	Respostas individuais de cada participante – pergunta 3.....	81
Figura 7 –	Respostas individuais de cada participante – pergunta 4.....	82

LISTA DE ABEVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEUVF	Centro de Extensão Universitária Vila Fátima
CI	Colaboração interprofissional
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutrição
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DCN's	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina da PUCRS
HSL	Hospital São Lucas da PUCRS
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ORGs	Organizações Não-Governamentais
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	APRESENTAÇÃO	15
1.2	JUSTIFICATIVA.....	17
1.3	QUESTÃO DE PESQUISA	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	O TRABALHO EM EQUIPE NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	19
2.2	FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	21
2.3	EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E A PRÁTICA COLABORATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	25
3	OBJETIVOS	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	29
4.2	OFICINA	30
4.3	ENTREVISTA	31
5	CENTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VILA FÁTIMA SUA CONSTRUÇÃO TEMPORAL.....	33
6	DADOS EMERGENTES DO GRUPO PESQUISADO	40
6.1	ENTENDIMENTO DE QUE SAÚDE COLETIVA TRABALHA COM VULNERABILIDADE SOCIAL	41
6.2	COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS ENVOLVIDOS NESTE CONTEXTO DE TERRITÓRIO.....	43
6.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORMA DE INCLUSÃO DESTA GRUPO DE PROFISSIONAIS E CONSTANTES ATUALIZAÇÕES.....	44
6.4	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E MEDICINA DE FAMÍLIA	47
6.5	IMPACTO DA UNIVERSIDADE NA PRODUÇÃO DO SABER NA REALIDADE VIVENCIADA.....	49
6.6	TRABALHO EM EQUIPE	52
6.7	MOTIVAÇÃO	60
6.8	UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	63

6.9	NÚCLEOS PROFISSIONAIS RECONHECIDOS	64
6.10	AUSÊNCIA DE UM ESPAÇO COMUM A TODOS	66
6.11	AUSÊNCIA DE UMA LINHA DE CUIDADO E DE TROCA DE SABERES...	68
7	O PRODUTO	71
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXO A – PARECER CEP UFRGS	105
	ANEXO B – PARECER CEP PUCRS	106
	ANEXO C – TCLE	109

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, desde os anos 1970, foram desenvolvidas propostas indutoras em direção à integração ensino-serviço e ao trabalho em equipe. Em 2001, foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) da Lei 8080/90. As DCNs representam um marco legal da articulação entre a saúde e educação e preconizam a formação para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade e da qualidade da comunicação entre a equipe e usuários/famílias/comunidade (SILVA *et al.*, 2015).

As mudanças de perfil epidemiológico, com o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde que requerem acompanhamento prolongado, trazem a necessidade de uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde de usuários e população (FRENK, *et al.*, 2010). Apontando a Educação Interprofissional (EIP) e Prática Interprofissional (PI) como componentes importantes ao trabalho em equipe a partir de uma ampla reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde (OMS, 2010). Isso torna a qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, fundamental e crítica para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde (ZWAREBSTEIN *et al.*, 2009).

Mesmo o SUS e as DCN enfocando o trabalho em equipe, o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde ainda é uni profissional. Caracteriza-se pelo foco em disciplinas e tem como desdobramento a fragmentação do cuidado, saberes e práticas, o corporativismo profissional e reforça a prática biomédica hegemônica com o isolamento profissional (SILVA *et al.*, 2015). Essa trajetória permitiu formular propostas inovadoras de desenvolvimento do trabalho em equipe centrado nas necessidades das pessoas no âmbito individual e coletivo.

A história da EPI mostra seu surgimento como estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde a partir do efetivo trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa. Essa forma de fazer efetiva processos de formação capazes de estabelecer relações mais colaborativas entre os profissionais da saúde, assegurando maior segurança ao paciente, redução de erros dos profissionais de saúde e de custos do sistema de saúde (COSTA, 2016).

De acordo com o Marco para a Ação em EIP (OMS, 2010), a EIP ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde. Profissional é um termo abrangente que inclui indivíduos com conhecimento e/ou habilidades para contribuir com o bem-estar físico, mental e social de uma comunidade. Já a prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando os profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. Prática inclui o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária.

A Educação Interprofissional (EIP) visa promover que estudantes dos diferentes cursos de graduação em saúde e profissionais inseridos nos serviços “aprendam a trabalhar juntos de forma colaborativa” (PEDUZZI *et al.*, 2013). Assim, se reconhece na proposta de EIP a relação recíproca de mútua influência entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde. Nesse sentido é que o SUS é interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação (PEDUZZI, 2016).

A interprofissionalidade, se coloca num contexto de profissionais com realidades diversas e multifacetadas que, ao invés de se apresentar como alternativa para a substituição de um jeito de produzir e transmitir conhecimento, se propõe a ampliar as visões de mundo, de nós mesmos e da realidade, com o propósito de superar a visão disciplinar.

Compreendendo que a saúde e a doença formam um contínuo, em que se relacionam, é necessário integrar aspectos econômicos e socioculturais, a experiência pessoal e estilos de vida do ser humano. Portanto, uma vez que um profissional, isoladamente, não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado, são necessárias intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde, fazendo-se necessário o reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano (FORTE *et al.*, 2016).

Segundo McNair (2005), aprender junto sobre o trabalho em saúde implica num fazer junto no cotidiano do cuidado em saúde. Ao adotar uma postura de

cooperação/colaboração em detrimento à competição e concorrência, os profissionais se tornam aliados e desenvolvem entre si uma relação de respeito mútuo.

Foram feitas importantes contribuições teóricas no Brasil relativas às especificidades do trabalho em equipe na saúde. No entanto, as políticas relativas à reorientação da formação dos profissionais da saúde que buscaram alinhar a educação com os princípios do SUS nem sempre foram capazes de impulsionar a formação por meio do trabalho em equipe (DIAS *et al.*, 2013).

A EIP se compromete com uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isto, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais (BATISTA, 2012).

O Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (OMS, 2010) promove a EIP como potente estratégia para o trabalho colaborativo em saúde repercutindo sobre as práticas colaborativas nos cuidados de saúde e suas semelhanças e diferenças entre as abordagens tradicionais para o trabalho em equipe.

A colaboração interprofissional é interpretada como um movimento a partir do “uni/multiprofissional” para o “interprofissional”, e da cooperação (trabalho cooperativo estruturado em torno da divisão do trabalho e de objetivos comuns) para a colaboração, que envolve a determinação e busca para alcançar um mesmo objetivo, com benefício mútuo de usuários e profissionais (THISTLEWAITE *et al.*, 2013).

A colaboração é uma forma de trabalhar, organizar e operar dentro de um grupo de prática ou de rede utilizando eficazmente os recursos para fornecer cuidados de saúde primários, melhor atender às necessidades práticas específicas da população. A colaboração bem-sucedida beneficia pacientes e profissionais de saúde (OMS, 2010).

O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação entre duas dimensões complementares – trabalho e interação humana. Portanto, configura-se na relação

recíproca – de dupla mão –, entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Nesse processo, a comunicação tem um papel central e, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001). Outra abordagem concebe o trabalho em equipe como as relações que o grupo de trabalhadores constrói no cotidiano do trabalho e propõe o reconhecimento e a compreensão dos processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe. O trabalho em equipe constitui uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar (FORTUNA *et al.*, 2005).

Os principais atributos do trabalho em equipe efetivo, que produz bons resultados para os pacientes, são: compartilhamento de objetivos comuns, suporte organizacional para estimular o trabalho colaborativo interdependente, liderança que contribua para integração da equipe e reflexividade, isto é, equipe com capacidade de reflexão sobre sua prática, co-responsabilização e monitoramento compartilhado das ações realizadas pelos colegas da equipe. Interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade são os principais atributos do trabalho em equipe efetivo (PEDUZZI *et al.*, 2016). Formar profissionais de saúde e aprimorar as atividades desenvolvidas por profissionais de atenção primária em saúde pressupõe a prática de atividades colaborativas e EIP.

Dentro deste escopo de estudo, esta pesquisa objetivou compreender como o trabalho em equipe do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF), a partir dos princípios da EPI, contribui no processo formativo pensando que a construção interprofissional busca o trabalho colaborativo e que este olhar diferencia a formação profissional.

1.1 APRESENTAÇÃO

A motivação para a realização desta pesquisa perpassa o fato de estar envolvida pessoal e profissionalmente com o contexto do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e com a formação em Nutrição, uma vez que sou Nutricionista em atenção primária e supervisora de estágio curricular de Nutrição, além de interagir com alunos do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande

do Sul (PUCRS). Esse universo que mescla minha prática diária com o ato de ser educadora no serviço, acirrou meu desejo em cursar o mestrado profissional em Ensino na Saúde.

Diante do exposto, a justificativa desta pesquisa se processa em duas direções: a primeira diz respeito ao meu cotidiano de trabalho, aos objetivos deste programa de pós-graduação; a segunda, por perceber que o trabalho em equipe na atenção primária requer mudanças no modelo de assistência executado onde não se dá atenção aos pressupostos de Educação Interprofissional (EIP) e a necessidade de integração assume ponto de destaque. Integração entendida numa perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, possibilitando-se, com isso, a cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo favorecendo o saber múltiplo e integrado, uma vez que o local em que trabalho é um Centro de Extensão Universitária que além de atender a população, preza pela educação em serviço de alunos e residentes na área da saúde.

Percebi a importância do tema quando cursei em 2015, o curso de especialização em Educação Permanente em Saúde (EPS) em Movimento do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, desta universidade, cujo tema do meu trabalho de conclusão: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Um desafio de aprendizagem e atuação em atenção básica**, foi explorar como educação permanente em saúde poderia melhorar e até transformar o ambiente em que trabalho no sentido de mais qualidade no trabalho oferecido e crescimento profissional. Até a matrícula neste curso pouco sabia sobre EPS, pois o processo de trabalho em que me situo não apresenta nenhuma situação em equipe que estimule a educação seja permanente ou interprofissional como uma rotina nas nossas práticas profissionais.

Ao discutir minha proposta de projeto de pesquisa com minha orientadora, percebo que o que almejo conhecer e estudar como as práticas colaborativas, podem produzir mudanças necessárias na organização das práticas, com transformações dos saberes e do processo de trabalho. Este entendimento se efetivou pelos encontros quinzenais do grupo de estudo intitulado Pesquisa Qualitativa no SUS: uma proposta de integração ensino-serviço, cujas discussões me levaram a acreditar que a minha pesquisa não apenas me capacitará no

exercício diário, como Nutricionista, com noções de EPI, como pode conduzir a propagação deste aprendizado à minha equipe de trabalho. Isso ocorreu quando realizamos dentro deste estudo um grupo focal e entrevistas com os trabalhadores da unidade de saúde e será corroborado pelo conteúdo proposto no produto desta pesquisa, oferecendo material para a tomada de atitudes e mudança de comportamento, para o agir no cenário destes trabalhadores na saúde.

Para refletir sobre essas questões, a dissertação está organizada em sete capítulos: No primeiro capítulo consiste na introdução ao tema. O segundo capítulo aborda a construção da hipótese e objetivos deste estudo. O terceiro capítulo trata do referencial teórico que embasou a construção da pesquisa, contextualizando os princípios da EIP. No quarto capítulo abordam-se as intencionalidades, os objetivos e o cenário da prática. O quinto capítulo analisa a construção temporal do CEUVF. O sexto capítulo analisa a forma de construção de formação/assistência em saúde a partir do resultado alcançado no grupo focal e nas entrevistas aos profissionais do CEUVF.

1.2 JUSTIFICATIVA

A EIP se compromete com uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isto, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças, num movimento onde a busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais (BATISTA, 2012).

Neste contexto, compreender a forma como o trabalho em equipe do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF) funciona e se segue os princípios da EPI, pode contribuir na qualificação da formação realizada neste local.

1.3 QUESTÃO DE PESQUISA

A experiência de estágio em serviço no CEUVF tem aproximação com a EIP em Saúde? Nessa atividade, a equipe do CEUVF tem potencial para trabalho colaborativo?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO EM EQUIPE NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. O Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado e proposto no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde e em 2006 teve o nome alterado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) com objetivo estabelecer vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2007).

As ações desenvolvidas no âmbito da ESF são executadas por trabalhadores que compõem as equipes nas unidades, constituindo-se em premissa relevante. Dando prosseguimento a isso, cabe refletir sobre o trabalho em equipe, principalmente porque o atendimento do CEUVF, embora não seja uma ESF, trabalha na mesma lógica de assistência à saúde e nessa pesquisa o foco recai sobre como a equipe se constitui e sua formação influi na assistência oferecida.

Além dos profissionais da equipe de ESF (Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem e agente comunitário de saúde), pode-se contar também, com a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, como os da equipe de saúde bucal e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (MATUDA *et al.*, 2013).

No Brasil, a ideia de trabalho em equipe surgiu respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, em meados de 1970, a partir de debates em torno das políticas de saúde da população brasileira. Assim, reconheceu-se que a formação especializada e curativa dos profissionais de saúde não era suficiente para responder às necessidades de saúde da população, sendo necessário incentivar métodos que estimulassem a atuação multiprofissional (PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009).

O movimento na direção de construir, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, o trabalho em equipe não tem sido um esforço exclusivo da ESF. Há necessidade de uma abertura por parte dos profissionais para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Para a construção de um projeto que leve em conta os aspectos citados, é necessário que a equipe construa o mesmo e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementem. Sem dúvida este movimento passa a exigir um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois como assinala Campos (1997), há uma carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos “que possam imediatamente responder” a este desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um "olhar vigilante e uma ação cuidadora" sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde.

A partir da noção integral à saúde, o trabalho em equipe é percebido como uma estratégia de reorganizar o trabalho para aumentar a qualidade dos serviços, reduzir a duplicação de ações, definir prioridades e reduzir custos. Além disso, por

meio do trabalho em equipe, os profissionais tendem a promover a integração entre disciplinas e profissões, o que é essencial para o desenvolvimento das práticas de saúde com base na concepção do processo saúde-doença na perspectiva da integralidade da saúde (PINHO, 2006). Nesse contexto, a colaboração interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho, e contribuir para elevar a efetividade dos sistemas de saúde (OMS, 2010).

Colaboração interprofissional (CI) é um termo utilizado para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente. Está relacionada ao cuidado integral, se aproxima de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes, contrapondo-se as relações tradicionais hierarquizadas. Envolve um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com o usuário e a comunidade (FEELEY *et al.*, 2005).

Embora condição importante, uma maior variedade de profissionais compondo equipes de saúde não assegura per si a qualificação da assistência e a mudança organizacional da atenção (SHAW *et al.*, 2005).

Para este fim, novas configurações de trabalho vêm sendo propostas, propiciando a reflexão sobre as características do processo de interação entre os profissionais das equipes e aspectos que interferem no trabalho cooperado. Esta compreensão é importante para fornecer subsídios no campo do planejamento e gestão dos serviços de saúde (OANDANSAN, 2004).

2.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

O ensino superior em saúde, notadamente o ensino médico, tem sido alvo de profundas críticas quanto à sua capacidade de cumprir as finalidades gerais de seus programas, de desenvolver no estudante o potencial intelectual, o julgamento, a avaliação crítica, a abordagem criativa de análise e o raciocínio crítico (COSTA, 2007).

Ao longo dos últimos anos, a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996),

configurou-se como um importante evento inserido no contexto de mudança da formação e educação em saúde, uma vez que trouxe maior flexibilidade na organização dos cursos e carreiras, proporcionou a valorização da articulação entre instituições formadoras e serviços, definiu o ensino com base no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais e estabeleceu grandes perspectivas para a formação de nível médio e superior (MARSIGLIA, 2004).

No âmbito federal, além da LDB, as DCNs, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, a partir de 2001, definiram os parâmetros de organização, de desenvolvimento e de avaliação dos projetos pedagógicos de cada curso das Instituições de Ensino Superior (IES), produzindo mudanças nos princípios, fundamentos e procedimentos na formação dos profissionais (BRASIL, 2001).

Ceccim e Feuerwerker (2004) corroboram a ideia de que as instituições de ensino, devem contribuir com as mudanças no campo das práticas e da formação profissional no sentido de efetuar transformações no sistema de ensino, instaurando um movimento social de modificação na educação dos profissionais de saúde. Tal proposta colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde, agregando o desenvolvimento individual e institucional, os serviços, a atenção à saúde e o controle social.

Na área da saúde, as resoluções para o exercício da profissão incluíram os cursos de graduação em enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, odontologia, terapia ocupacional, biomedicina, educação física e psicologia. Para formação do profissional em cada um desses cursos, espera-se, então, que seja assegurado um conjunto de competências gerais, além de uma série de habilidades extras, específicas de cada profissão. Entre os conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais, podemos destacar: atenção à saúde (prática integrada e contínua no nível individual e coletivo); tomada de decisões (uso apropriado, eficácia e custo-efetividade dos materiais, instrumentos e da força de trabalho); comunicação (interação com outros profissionais e com o público geral, além do domínio de tecnologias de comunicação e informação); liderança (responsabilidade, empatia e habilidade para tomar decisões); administração e gerenciamento (aptidão para o gerenciamento e administração da força de trabalho e dos recursos físicos e materiais); educação

permanente (capacidade de aprender continuamente e de formar redes de cooperação) (ITO *et al.*, 2006).

Em referência à formação, esta proposta busca mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (problematizadora das práticas e dos saberes), incentivando a produção de conhecimento nos serviços (FERREIRA, *et al.*, 2010)

Em meio a este cenário destaca-se a necessidade de mudança nos currículos dos cursos da área de saúde com conceitos e práticas relacionados ao planejamento, à promoção de saúde e à prevenção de doenças com a utilização de tecnologias eficazes e de metodologias de ensino-aprendizagem que vão além dos espaços acadêmicos e cheguem às realidades da população. Surge, logo, a necessidade de novos currículos nas práticas dos sujeitos (PIANCASTELLI, 2001).

Algumas iniciativas têm impulsionado mudanças no ensino médico brasileiro, tais como as DNC o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). O Lançamento em 2009, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inicialmente como PET-Saúde da Família tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão. É uma inovação pedagógica que pressupõe a educação interprofissional, onde estudantes de diferentes formações e que estão em diversos períodos em suas graduações, mediados por professores de várias formações e profissionais dos serviços, aprendem e interagem em conjunto visando à melhoria da qualidade no cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades. Valoriza o trabalho em equipe, a integração e as especificidades de cada profissão (BRASIL, 2013).

Tais iniciativas apontam uma concepção diferenciada de educação, organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais que ao longo da vida seriam, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: “aprender a conhecer”, que leva em conta as rápidas alterações provocadas pelo progresso científico e as novas formas de atividade econômica e social; “aprender a fazer”, a fim de adquirir não somente uma qualificação profissional, mas, de maneira mais ampla, competências que tornem o sujeito apto a enfrentar as diferentes situações; “aprender a ser”, para melhor desenvolver sua personalidade com autonomia, discernimento e

responsabilidade pessoal: “[...] aprender a viver juntos”, de forma a desenvolver o conhecimento acerca dos outros e, a partir daí, criar um espírito novo que conduza à realização de projetos comuns” (DELORS *et al.*, 2000).

A diversificação dos cenários é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima os estudantes da vida cotidiana da população e desenvolve um olhar crítico, possibilitando cuidar dos reais problemas da sociedade (COSTA; MIRANDA, 2008). Neste sentido, o CEUVF se insere como um espaço de ensino-integração, além de instigar na equipe a necessidade de interprofissionalidade, pois há componentes da equipe também são professores ou estão em formação.

Os cenários de aprendizagem não devem se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais meramente preestabelecidas; devem, sim, representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas, abrindo caminhos para a criatividade e as transformações; e possibilitar incorporar o estudante a um processo enriquecedor de produção do serviço, favorecendo fecundas construções em sua formação profissional (FEURWERKER *et al.*, 2000)

Uma das opções é a aprendizagem em serviço baseada na Atenção Básica em Saúde (ABS), na qual, segundo Campos (2005), a inserção do estudante desde o início do curso em atividades práticas propicia um campo potencial e necessário, condizente com a realidade vivenciada pela grande massa populacional brasileira, possibilitando ao estudante uma clínica ampliada dos saberes, a aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva e a vivência do acolhimento à demanda, com avaliação da vulnerabilidade das pessoas e comunidades. Diferentemente dos processos de formação que envolvem breves estágios em centros de saúde-escola, este tipo de educação requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade, gerando reflexões sobre esta, a qual embasa a construção de sua aprendizagem. Tais processos educacionais requerem, naturalmente, um papel docente diferenciado para a melhor condução dessa formação (FANEMA, 2007).

A formação profissional dos estudantes da área da saúde necessita de uma estrutura que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática. Neste contexto, os docentes devem ser mediadores fundamentais nesta relação, orientando e facilitando o processo de ensino-aprendizagem (CAMPOS, 2005). Neste processo, a

participação dos serviços de saúde, com seus profissionais desempenhando o papel de preceptores e supervisores de estudantes, contribui para a definição e organização das práticas dos estudantes e para o desenvolvimento conjunto de suas atividades. A função do docente dá sustentação às atividades educativas que se iniciam com a familiarização do estudante com o novo processo pedagógico que passa a vivenciar. Esta prática educativa estimula o estudante a expor suas ideias, dúvidas, sentimentos, conhecimentos e valores, sem medo de ser ridicularizado, punido ou sofrer outras consequências tão comuns no ensino tradicional (FANEMA, 2007). Assim, o trabalho pedagógico deve fluir numa trajetória estimulante, que possibilite a construção de significados, o desenvolvimento de capacidades para o trabalho em saúde, o reconhecimento das próprias dificuldades e a elaboração de propostas para a superação destas (FERREIRA *et al.*, 2010).

2.3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E A PRÁTICA COLABORATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a integralidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde pautada na identificação dos determinantes e condicionantes sociais de saúde da população ,nas práticas intersubjetivas e na articulação entre os serviços da rede de atenção (BRASIL, 1990). A crescente complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, as mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade com o envelhecimento e aumento das doenças crônicas aponta para um novo perfil profissional caracterizado pela colaboração interprofissional (ZWAREBSTEIN *et al.*, 2009; FRENK *et al.*, 2010).

No âmbito do SUS, a Atenção Primária em Saúde (APS) é o espaço/lócus de coordenação dos cuidados na rede de atenção à saúde. A APS está organizada segundo a ESF que tem como uma das diretrizes operacionais o trabalho em equipe (BRASIL, 2010).

No Brasil, desde os anos 1970 são desenvolvidas propostas indutoras em direção à integração ensino-serviço e ao trabalho em equipe. Em 2001, foram implementadas as DCN dos Cursos de Graduação em Saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS da Lei 8080/90. As DCN representam um marco legal da articulação entre a saúde e educação e preconizam a formação para o trabalho

em equipe na perspectiva da integralidade e da qualidade da comunicação entre a equipe e usuários/famílias/comunidade (FEURWERKER; CAPAZZOLO, 2013).

Embora o SUS e as DCN enfoquem o trabalho em equipe, o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde ainda é uniprofissional (SILVA *et al.*, 2015).

Caracteriza-se pelo foco em disciplinas e tem como desdobramento a fragmentação do cuidado, saberes e práticas, o corporativismo profissional e reforça a prática biomédica hegemônica com o isolamento profissional (FRENK *et al.*, 2010; FEURWERKER; CAPAZZOLO, 2013).

O trabalho em equipe apresenta conexão de diferentes processos de trabalho, consiste em uma reunião de profissionais que permite grandes relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde. Essa equipe engloba a união de diferentes saberes e a integração do trabalho (MARQUES *et al.*, 2007). Como estratégia em equipe, FEELEY (*et al.*, 2005) coloca que colaboração interprofissional aproxima estes profissionais de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais da saúde.

A colaboração interprofissional (IPC) é o processo pelo qual diferentes grupos profissionais de saúde e assistência social trabalham em conjunto para impactar positivamente o cuidado. A IPC envolve negociação regular e interação entre profissionais, o que valoriza a expertise e as contribuições que vários profissionais da saúde trazem para o paciente cuidado (REEVES *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, e como foco central desta pesquisa, a EIP é considerada um estilo de educação que favorece 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 (SILVA *et al.*, 2015), As especificidades estão diretamente relacionadas à CI.

A CI é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como um construto polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Bonaldi *et al.* (2007) consideram que as hipóteses e intenções de trabalhar em equipe ultrapassam a atuação de diversas categorias profissionais no mesmo espaço, ou no mesmo “objeto” ou alvo de intervenção, buscando costurar um saber-fazer comum, um fazer com.

A prática colaborativa envolve uma contínua interação de dois ou mais profissionais, organizada em prol de um objetivo comum. Estudos demonstram que equipes que cooperam entre si, estarão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população/comunidade, desenvolver novas tecnologias de atenção produzindo respostas a demandas de saúde (OANDANSAN *et al.*, 2004).

D’Amour (*et al.*, 2005) explica que uma simples reunião/agrupamento de profissionais em equipes de saúde não leva necessariamente à colaboração. Para que realmente aconteça o desenvolvimento de processos colaborativos, estas equipes têm de trabalhar dinâmicas relacionais e sua relação com os demais determinantes.

Corroborando com o autor, observo que as manifestações expressas pelos participantes desta pesquisa provaram isso, seja pelo conteúdo dos momentos em conjunto da equipe não estimularem a interprofissionalidade, ou então, o fato de não haver estímulo a encontros com vistas à EIP.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como o trabalho em equipe contribui na atenção à saúde e conseqüentemente na formação em saúde do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar a construção temporal do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima e de sua equipe de saúde (CEUVF);
- b) Analisar a forma de construção de formação/assistência em saúde.

4 METODOLOGIA

Este estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo, utilizou para a produção de dados uma oficina e entrevista individual como forma de aprofundar os dados coletados no grupo focal. O local de escolha para o estudo foi o CEUVF vinculado à PUCRS.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010), permite que a fala revele as condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos que podem ser usados para transformações, como construções humanas significativas.

Para concretizar esta investigação, o percurso metodológico envolveu duas etapas: a oficina, que utilizou a técnica de o grupo focal e a entrevista. As duas técnicas utilizadas, serão em momentos separados. O resultado da entrevista individual foi útil para qualificação das questões usadas na oficina, o qual será realizada primeiro. A amostra das duas técnicas será por conveniência e podem diferir entre si, sendo facultado a todos a participação em ambas ou apenas em uma dela.

A primeira etapa do estudo foi a realização de uma oficina com os trabalhadores do CEUVF e a segunda, entrevistas com estes mesmos profissionais. As duas etapas do estudo foram realizadas em maio de 2018.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética (CEP) da PUC (CAAE 79593817.0.0000.5336 (ANEXO B), atendendo às exigências da Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Os seis participantes deste estudo são trabalhadores do CEUVF divididos entre a equipe que trabalha 40h semanais e os professores que comparecem à unidade com os alunos para ministrar disciplinas. Todos têm mais de cinco anos de casa, exceção para a enfermeira que foi admitida em março de 2018. A idade deles varia entre 29 anos e 74 anos. Em relação ao sexo, dez mulheres e dois homens.

4.2 OFICINA

A oficina foi utilizada como técnica principal para produção dos dados por considerar que ela permitiria o aprofundamento sobre os dados obtidos numa situação de interação grupal. Ela permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno. Trata-se de desenvolver um processo que visa à compreensão das experiências dos participantes do grupo, do seu próprio ponto de vista. Além de possibilitar a apreensão não somente "do que" pensam os participantes, mas também "porque" eles pensam de determinada forma, essa interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos, evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (WESTPHAL *et al.*, 1996).

A oficina ocorreu à tarde, em uma sala do CEUVF. As pesquisadoras conduziram a metodologia que foi aplicada. Kitzinger (1994) relata que o pesquisador não pode ser uma figura passiva durante as sessões do grupo, mas deve promover uma máxima interação entre os participantes.

Os participantes da oficina foram o dirigente do CEUVF, o Dentista, a Enfermeira, a Assistente Social e duas professoras (Medicina de Família e Odontologia) totalizando seis pessoas. Após eles ingressarem na sala, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A oficina dividiu-se em duas etapas, a primeira começou a partir da exposição de quatro perguntas expostas em quadro branco e distribuição de folhas coloridas e canetas para os participantes. A cor da folha correspondia ao número de cada pergunta. As perguntas foram expostas uma a uma para que as respostas fossem sendo emitidas de forma separada evitando agrupamento de respostas. A cada pergunta respondida a resposta era recolhida pelos pesquisadores e diferenciada por cores.

As perguntas foram aplicadas na seguinte ordem:

- 1 - Como você descreve o processo de trabalho e sua equipe?
- 2 - Você considera que trabalha em equipe? Explique.
- 3 - Como você se descreve (sua função) dentro desta equipe de trabalho?

4 - Você realiza um trabalho colaborativo? Explique.

Na segunda etapa da oficina foi aplicada a técnica de grupos exploratórios quando houve a participação ativa do pesquisador, a partir da instigação de cada participante para que expressasse em uma palavra a resposta a cada pergunta realizada anteriormente. A partir da escolha destas palavras, o grupo formulou uma única frase que pudesse responder as questões formuladas na etapa anterior. As frases foram registradas no quadro branco para que ao final desta etapa todos pudessem observar o processo de construção coletiva. As etapas 1 e 2 foram realizadas em um tempo de 2 horas de duração.

Após leitura detalhada e cuidadosa das respostas às perguntas da oficina, o material foi transcrito na sua integralidade. Adotamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), a fim de destacar os conteúdos evocados. Procedeu-se a organização deste material por categorias, para identificar as que mais contribuem para uma melhor compreensão da percepção destes trabalhadores sobre o tema deste estudo, o que gerou temas emergentes.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta técnica visa iniciar um investigador iniciante na tarefa seguinte: o jogo entre as hipóteses, entre a ou as técnicas e a interpretação. “Isto porque a análise de conteúdo se faz pela prática”.

4.3 ENTREVISTA

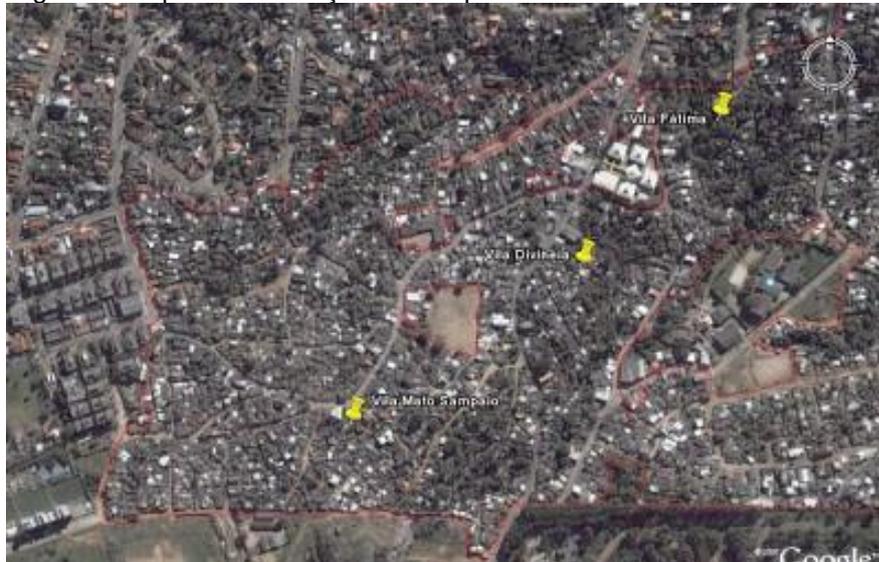
Os participantes foram entrevistados individualmente, separados e em salas reservadas. O critério de escolha dos participantes foi o mesmo utilizado no grupo focal. As respostas foram gravadas e o conteúdo transcrito integralmente pela pesquisadora. Foram entrevistados dois médicos, dois Dentistas, uma Enfermeira, e uma Assistente Social, totalizando as seis pessoas que compuseram o grupo focal. Os participantes desta pesquisa foram entrevistados individualmente e as respostas gravadas e transcritas na sua integralidade pela pesquisadora. As perguntas foram aplicadas na seguinte ordem:

- 1 - Como você chegou aqui para trabalhar no CEUVF?
- 2 - Quais eram tuas expectativas ao iniciar o teu trabalho aqui no CEUVF/
- 3 - O que você acha de trabalhar com alunos?
- 4 - Você trabalhou com alunos antes de trabalhar aqui?
- 5 - Você reconhece trabalho colaborativo aqui?
- 6 - Para você o que é interprofissionalidade?
- 7 - Como você vê neste momento aquelas expectativas criadas lá no início da implantação deste local de saúde?

5 CENTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VILA FÁTIMA SUA CONSTRUÇÃO TEMPORAL

O CEUVF destaca-se na comunidade do bairro Bom Jesus pelo atendimento prestado e constitui-se num importante marco na saúde destes moradores. Atende aproximadamente de 8.000 pessoas e pertence ao sétimo distrito de saúde do município, com as características dos habitantes das periferias das grandes cidades brasileiras: baixa renda e baixa escolaridade, sub-habitações, saneamento precário, violência.

Figura1 - Mapa da localização do complexo Bom Jesus



Fonte: Google Maps, 2018

Figura 2 - Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF)



Fonte: Google Maps, 2018.

O CEUVF funciona como uma unidade básica de saúde, além do médico de família e comunidade, existem outras especialidades médicas, enfermeiro, assistente social, nutricionista, dentista. Várias outras formações são realizadas na forma de estágio curricular ou na pós-graduação de Fisioterapia, Psicologia e Psicopedagogia.

A inserção destas especialidades se explica pela própria constituição deste serviço de saúde. Em 1980, o então diretor José Francisco Bergamaschi, médico e professor da Faculdade de Medicina da PUCRS (FAMED), após visitar a comunidade da Vila Fátima, propõe, através de um projeto, a atuação desta faculdade lá prestando atendimento médico e de ensino para os estudantes de Medicina. A pró-reitora de extensão viu um campo fértil para as demais profissões da saúde e expande o projeto.

A partir desta história oral viva foram escolhidos sujeitos da pesquisa que vivenciaram a construção desta unidade de saúde e que realizam a formação neste cotidiano de saúde. Participaram deste estudo o Diretor do CEUVF que é médico, o dentista, a enfermeira, a médica de Família e Comunidade, a professora de odontologia e a assistente social, totalizando seis pessoas, todos atuam na unidade.

Quando perguntados como chegaram para trabalhar no CEUVF foi observado que os respondentes reconhecem este espaço como um local de fazer em saúde e onde a residência multiprofissional foi reconhecida como uma possibilidade de intervenção na vulnerabilidade social. Observa-se que buscavam formas de construção da saúde coletiva para trabalhar com vulnerabilidade social. E que a proximidade com a academia possibilitava educação permanente como forma de inclusão deste grupo de profissionais e constante atualização. Algumas construções ficaram pontuadas nas falas dos autores:

Em 1980 eu comecei a dar aulas na faculdade de medicina da PUC e existia uma comissão da universidade, um grupo de trabalho que desejava encontrar uma maneira da universidade intervir numa população de baixa renda. Eu tinha uma certa experiência nisso, fiz um projeto, apresentei à comissão e fui nomeado para desenvolver este projeto na Vila Fátima.

O projeto de ação que resultou no CEUVF surgiu em 1980. Nos anos 1970, nos movimentos sociais emergentes, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar

tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. A abertura política, que se iniciou na década de 1980, trouxe à tona essas reflexões e experiências alternativas, ao constituir um movimento por reformulações na política de saúde nacional. O início da década de 1980 foi marcado pelo recrudescimento da crise na Previdência Social e pelo crescimento – marcado por grandes avanços nos campos teórico-conceitual, ideológico e político – do Movimento da Reforma Sanitária. Coerente com o paradigma histórico-estrutural, a Reforma Sanitária priorizou estratégias macropolíticas voltadas à organização do Estado e à reformulação do sistema de saúde vigente e seus mecanismos de gestão (CARVALHO, 2003, p. 58). Iniciou-se o processo de constituição de um sistema de saúde, pautado por uma concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. No caminho das transformações políticas, o SUS instaurou-se como política pública organizada, com princípios democratizantes que questionavam o modelo de assistência e pensavam a transformação da organização dos serviços de saúde. Como diretrizes do SUS, foi preconizada uma prática integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (CHIAPINOTTO, 2007).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) – ainda hoje conhecidas como postos de saúde – surgiram na década de 1980 no contexto de organização dos serviços, como possibilidade de maior eficácia de tratamento (resolutividade nas questões referentes à saúde). Com a responsabilidade de uma determinada área geográfica, às Unidades cabiam as ações básicas de promoção, prevenção e recuperação, utilizando-se, quando necessário, da referência e contra-referência aos outros níveis de atenção, segundo a complexidade considerada em cada caso (CARVALHO, 2003).

O CEUVF constitui-se numa oportunidade para a vivência de alunos, professores e profissionais de saúde quando pensamos nas transformações que ocorreram a partir da implantação do SUS e programas como o Pró-Saúde e PET-Saúde. E de articulação entre o saber e o fazer.

A partir da década de 1970, no Brasil, foram muitas as transformações legais, institucionais, políticas e paradigmáticas ocorridas nos campos da saúde e da educação. Apenas para caracterizar com alguns marcos desse processo pode-se citar na saúde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal Brasileira de 1998, com a expressão da

saúde como direito de todos e dever do Estado e a orientação para a criação do SUS, posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90. Na educação nacional as mudanças foram marcadas pela introdução da nova Lei de LDB em 1996 e, especificamente, no âmbito das IES, as DCN dos Cursos de Graduação em Saúde foram definidas pela Resolução três, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, no ano de 2001 (BREHMER; RAMOS, 2014).

A efervescência desses movimentos assinalou uma necessidade de aproximação dos campos saúde e educação. Tal demanda justifica-se pela preocupação em reorganizar as práticas de saúde a partir da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação do sistema e de acordo com as premissas do SUS. Parece impossível pensar nessa reorganização sem interferir, simultaneamente, no mundo da formação profissional e no mundo do trabalho. Uma estratégia potencial nessa perspectiva corresponde às experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde (FEUERWERKER, 1998).

A presença de outras profissões da saúde, como a Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Fisioterapia, também acirrou este processo de aproximação do CEUVF e universidade, seja com os estágios curriculares e os programas como PET-Saúde e Residências multiprofissionais.

“Eu fui convidada para ser tutora da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade e como alguns destes residentes ficavam no CEUVF, eu comecei a atuar lá, em 2008.”

Os cursos de graduação em saúde, a partir das DCN, reformularam suas estruturas organizacionais, curriculares e de formação cada vez mais próxima da realidade social e do trabalho em saúde no SUS. Entre os objetivos dos processos de mudança está o de promover um processo de aprender a ser, a viver juntos e a conhecer, formando profissionais com autonomia e capacidade de assegurar uma atenção à saúde integral e de qualidade (BREHMER; RAMOS, 2014).

O reconhecimento do espaço como um local de fazer em saúde, e a residência multiprofissional como um espaço de construção de relações de interprofissionalidade.

“Em um congresso de educação médica, encontrei uma ex-professora e demonstrei meu interesse em trabalhar com alunos no CEUVF.”

A presença de alunos de outras faculdades da PUC no CEUVF ocorreu primeiramente, com o estágio curricular de serviço social, psicologia e nutrição, seguindo em sequência outras profissões que levam seus alunos até este campo como a odontologia, enfermagem, fisioterapia e direito assim como graduados do curso de Letras e Pedagogia que usam o CEUVF como campo de aperfeiçoamento nas suas pós-graduações.

A residência multiprofissional ocorreu em três anos consecutivos: 2007, 2009 e 2011 servindo-se do CEUVF como aprimoramento das diversas profissões da área da saúde e criando um campo de troca muito rico entre os profissionais deste serviço e os recém-graduados, principalmente no quesito formação para trabalhar no SUS.

Segundo Lima e Feuerwerker (2004) “[...] tem havido, de maneira diferenciada entre as várias profissões da saúde, uma progressiva mobilização em torno da mudança da formação.”.

No contexto da formação em saúde, a EIP, desponta como caminho fecundo para o desenvolvimento de propostas que possam articular as especificidades das profissões, as singularidades dos sujeitos sociais, as demandas para a integralidade do cuidado, as necessidades da sociedade e suas urgências éticas, humanas, políticas, educacionais e culturais (BATISTA; ROSSIT, 2013).

A EIP caracteriza-se por situações de aprendizagem nas quais estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhora da saúde da população. Dessa forma, é considerado um passo importante para diminuir a fragmentação das profissões e do sistema de saúde, pois prepara os profissionais para atuarem como membros de uma equipe de prática colaborativa (OMS, 2010).

O CEUVF dialoga significativamente com os preceitos de educação e saúde na transformação dos saberes existentes buscando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade coletiva e individual no cuidado com a saúde.

Outro fato que vai de encontro com esta categoria é a magnitude dos estágios curriculares de certos cursos da área da saúde no quesito formação diferenciada, uma vez que os professores responsáveis assinalam que os alunos disputam o

espaço do CEUVF por sorteio e que os mesmos apontam que conviver e aprender no campo são uma experiência única, fortalecendo-os ao enfrentamento da complexidade da vida profissional.

Para construir um argumento sobre o trabalho em saúde que o CEUVF presta a comunidade da Vila Fátima, é necessário contextualizar sobre a equipe de trabalho como modo de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda sua complexidade. E como se originou esta equipe quando esta unidade começou seu trabalho.

De 1980 a 1982, o então diretor, atuava somente com os universitários da faculdade de Medicina e participantes do Projeto Rondon, a partir de 1982 constrói-se a sede que se encontra até o momento e começa a inserção de outros profissionais como Assistente Social, Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem e médicos pediatras. Neste momento começa a lógica de integralidade nos cuidados de saúde, um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, que é a ESF (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Embora a constituição desta unidade de saúde se colocasse nesse modelo de atenção à saúde, permanece funcionando sem o olhar da gestão local de saúde para a constituição de uma equipe de ESF que buscasse um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde que tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as unidades de saúde, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2001).

A partir de 2001, a equipe do CEUVF ganha novos profissionais: Enfermeira, Técnicos de Enfermagem e Nutricionista. A área da Enfermagem atuava desde 1986 com uma funcionária que era Auxiliar de Enfermagem e que concluiu o curso técnico mais tarde, com a chegada do profissional Enfermeiro em 1993 que atuou até 2000 em turno integral. Esta nova composição na Enfermagem a partir de 2001, gerou maior integração não só com a Nutrição, mas mudanças na rotina de trabalho do CEUVF com a implantação dos grupos (hipertensos, diabéticos, planejamento familiar e idosos), visitas domiciliares e maior interação com o serviço social também.

A Nutricionista atuava somente 20h semanais, concentrando sua atuação nos grupos existentes na unidade e programas sociais (Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação e a partir de 2002 o Bolsa-Família). Com a chegada de médicos de família e

comunidade em 2004, a demanda por nutrição clínica aumentou e a carga horária deste profissional foi dobrada. Esta demanda é consequente da transição demográfica, epidemiológica e nutricional, e tem chamado atenção o aumento da obesidade em diversos grupos populacionais. A obesidade se consolidou como agravo nutricional e, associado a uma alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, influencia o perfil epidemiológico, causando mudanças nos padrões de morbimortalidade (MELÉNDEZ, 2003).

6 DADOS EMERGENTES DO GRUPO PESQUISADO

A realização do grupo focal e das entrevistas mobilizou na equipe do CEUVF, fazendo emergir onze linhas temáticas para debate conceitual. Para Brown *et al.* (2000) uma equipe eficaz e coordenada deve possuir um mecanismo para troca de informação. Num nível mais simples isto requer uma oportunidade regular de tempo, espaço para os membros se encontrarem. Um sistema de comunicação regular que vise a discussão e gerenciamento dos problemas em equipe e que estimule a inovação e troca para a resolução da complexidade da colaboração interprofissional.

Quadro 1 - Temas e categorias emergentes da análise

TEMAS EMERGENTES	CATEGORIAS EMERGENTES	DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA
Vulnerabilidade Social	Aprendizagens nos cenários de prática do CEUVF a partir da equipe de saúde	Apresenta as percepções sobre a forma como os profissionais trabalham com os conceitos da saúde pública e vulnerabilidade
Compreensão dos determinantes sociais	Planejamento das ações de saúde da população da vila Fátima, voltada à integralidade de saúde	A situação econômica, social e cultural e uma população
Educação Permanente	Propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços de saúde	A importância em reciclar conhecimentos e proporcionar aprendizagem dentro do contexto de trabalhador nesta realidade de ensino-serviço.
Residência multiprofissional e medicina de família Formação profissional e prática em serviço	Cotidiano de trabalho onde os estudantes têm a teoria testada em prática Mudança de olhar nos estudantes da área da saúde e aprendizado no cenário de prática	Fundamenta-se na interdisciplinaridade promover a transformação do serviço de saúde que os recebe A formação profissional deve assegurar o seu papel de consolidação do SUS, com foco no indivíduo e não na doença, além de capacitar ao trabalho em equipe
Trabalho em equipe	A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos	A forma como o grupo de trabalho entende o trabalho em conjunto pode definir a assistência e formação em saúde. Entender a relação entre interdisciplinaridade e trabalho em saúde requer a

		reflexão sobre a prática da integralidade das ações de saúde
Motivação	Relações entre docente-discente, as com os usuários e a equipe de trabalho e o desejo cotidiano por este trabalho	A aprendizagem à luz da educação permanente é reconstrutiva e envolve o repensar das práticas e a análise dos enfrentamentos diários no trabalho em equipe
Modelo de assistência em saúde prestado	Estratégia de saúde da Família (ESF) X Unidade Básica de Saúde (UBS)	Como se estabelece o serviço dos profissionais do CEUVF no modelo de UBS
Núcleos profissionais	Trabalho exercido por professores, equipe básica e estudantes	Cuidado na saúde desempenhado no pensamento crítico e reflexivo sobre as diversas áreas envolvidas e como se dão estas relações tecidas no cotidiano do CEUVF
Espaço de escuta e troca	Ausência de um espaço institucionalizado para reuniões e aprendizado em equipe	Processo de trabalho que requer mudanças que gerem novas relações e aprimoramento das práticas exercidas
Linha de cuidado	Ausência de projeto terapêutico comum a todas as áreas do CEUVF	Repensar este modelo de atuação a fim de buscar integralidade nas ações e troca de conhecimentos.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

6.1 ENTENDIMENTO DE QUE SAÚDE COLETIVA TRABALHA COM VULNERABILIDADE SOCIAL

“A disciplina de saúde coletiva em Odontologia já atendia este campo há muito tempo.”

A noção de Vulnerabilidade vem sendo adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde, como um dos objetos de intervenção fundamentais da Política Nacional de Promoção de Saúde (2006), produzindo mudanças profundas no modo de definir, identificar, intervir e priorizar a população a ser atendida, e provocando efeitos diversos nas práticas dos trabalhadores e dos usuários de serviços de Saúde Pública no país.

Nas pesquisas em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde. Os descritores utilizados na BIREME ainda a definem assim:

- a) Um setor da população, especialmente as crianças, mulheres grávidas e ou que estão amamentando, os velhos, os sem-teto, que estão mais sujeitos à doenças e deficiências nutricionais. São os que mais sofrem em situações de desastre e;
- b) Grupo de pessoas que a possibilidade de escolha é severamente limitada, sujeitas freqüentemente à coerção em sua decisão. Nestas definições, se faz referência a pessoas que apresentam alguma alteração de uma situação de “normalidade” biológica, referida ao seu ciclo de vida ou a sua condição social e, desta forma, os grupos a que pertencem são entendidos como deficitários ou que foram de alguma forma prejudicados na sua “forma de andar a vida” (NICHATA *et al.*, 2008).

Na condição de vulnerabilidade, encaixam-se os residentes do bairro Bom Jesus, mais especificamente a deste estudo, Vila Nossa Senhora de Fátima, pois segundo os achados sobre a história deste bairro, esta população não tinha unidades de saúde. “No bairro Bom Jesus, a ocupação da zona mais baixa (Grande Nossa Senhora de Fátima), torna-se mais efetiva a partir da década de 1960, sendo que a maioria das ocupações desta região ocorreu de forma irregular, ou por loteamentos sem infraestrutura. A união dos moradores em associações comunitárias foi a saída para solução de problemas imediatos, movimento que se fortaleceu na década de 1980, devido ao aumento populacional da região. Uma das importantes conquistas dos moradores do bairro foi a Unidade de Saúde Bom Jesus, inaugurada em janeiro de 1996” (VILARINO, 2000).

O modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a determinação social da doença e se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade. A Teoria da Determinação Social apreende a saúde-doença como uma síntese do conjunto de determinações e que acaba por resultar em riscos ou potencialidades, que se evidenciam em perfis ou padrões saúde-doença (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2006).

O cuidado em saúde parte do pressuposto que uma das principais finalidades da saúde coletiva seja o cuidado de indivíduos e populações, e que isso proporciona uma redução das vulnerabilidades, uma maior atenção por parte dos profissionais aos determinantes sociais da saúde (AYRES, 2002).

6.2 COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS ENVOLVIDOS NESTE CONTEXTO DE TERRITÓRIO

Eu era recém-saído dos cursos” de pós-graduação e a gente tinha uma vontade imensa de trabalhar e as condições desta população eram terríveis; a minha expectativa era trazer um serviço de qualidade a esta população, trazer os alunos para mostrar uma realidade brasileira, para que pudessem trabalhar com este público.

Se reconhece que as condições sociais são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é um determinante fundamental da própria saúde. Ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm maior magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com grande peso, as condições sociais de vida. A qualidade, o padrão das relações sociais resulta, portanto, em elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. O reconhecimento dessa evidência respalda o postulado correspondente de alta eficácia potencial da intervenção nas relações sociais para o incremento da saúde.

A percepção de que as condições sociais têm papel determinante nas condições de saúde das populações afirma-se insistentemente, pelo menos desde a revolução industrial, manifestando-se em um sem-número de artigos e livros em todo o século XX (SZWARCOWALD *et al.*, 1999).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) possuem relação com a disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, logo as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, que compreendidas em um mesmo espaço agrupam-se por visar à busca de objetivos comuns e o compartilhamento de saberes. Logo, a principal abordagem na atenção primária à saúde, na relação com os fatores determinantes sociais e ambientais para o indivíduo, centraliza-se na integralidade à saúde.

A interação do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde junto à comunidade favorece o planejamento das ações em saúde mais adequado às necessidades prioritárias, concomitantemente, proporciona sustentabilidade ao processo de trabalho desenvolvido frente aos determinantes e condicionantes de saúde (DIAS, 2013).

6.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORMA DE INCLUSÃO DESTE GRUPO DE PROFISSIONAIS E CONSTANTES ATUALIZAÇÕES

“Buscar atualização, a criar provocações para estimulá-los ao aprendizado; é um ambiente renovador estar com alunos.”

Na história de construção do CEUVF não houve momentos práticos de educação permanente em equipe, porém, os profissionais buscaram isso individualmente a fim de aprimorar sua prática e principalmente pelo contato constante com os alunos e residentes. A realização do grupo focal provocou reflexões e o modo como foi realizado despertou nos participantes atenção para o processo de trabalho vigente e o quanto o fato de se reunir para conversar já leva à educação permanente, pois conduz o olhar a identificar situações e fatos antes não acrescentados da importância que eles realmente têm. Como afirma Emerson Merhy (1997) o trabalho e a educação em saúde são como uma dobra, os dois lados da mesma moeda: eles se produzem e acontecem mutuamente.

A definição da Portaria 198/GM/MS (BRASIL, 2004) apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços de saúde. Porém, analisando esse conceito, verifico que nós trabalhadores em saúde executamos a educação permanente em saúde, mas o despertar desse processo só acontece quando paramos para pensar nas nossas ações e refletimos sobre a potência das mesmas, seja com o usuário que atendemos ou com nossos colegas de trabalho.

As práticas em educação permanente em saúde são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc). A aprendizagem requer que se trabalhe com elementos que produzam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), assim como possibilita criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrados nas relações (MERHY *et al.*, 2006).

Ceccim e Ferla (2006) defendem que “a educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma política de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde”. Como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, considerando as singularidades das realidades e problemas vividos no trabalho e como política de educação na saúde situa-se como contribuição do ensino à construção do SUS. Acrescentam ainda, que a educação permanente em saúde, antes de ser uma opção didático-pedagógica, é uma opção político-pedagógica, é uma orientação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ao afirmarem a aprovação da educação permanente em saúde como estratégia política do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

A educação permanente em saúde contribui ainda para a transformação dos processos de formação, da organização da atenção e da articulação entre os serviços, a gestão e as instituições. Torna-se importante a relação dos serviços de saúde às instituições de ensino. A aproximação destes profissionais da assistência com a academia tende a despertar a busca pelo conhecimento e aprimoramento das qualidades profissionais (BACKES *et al.*, 2008).

Isso fica claro no relato abaixo dos entrevistados:

“O aluno te leva a buscar atualização, a criar provocações para estimulá-los ao aprendizado: é um ambiente renovador estar com alunos.”

“São outras habilidades a desenvolver, tem que ter outra forma de atuar e o aluno te leva a buscar atualização, a criar provocações para estimulá-los ao aprendizado; é um ambiente renovador estar com alunos.”

“Te estimula a estudar, estimula a ser melhor que a gente, de eu ser um modelo para a vida profissional deles.”

A integração entre uma instituição de ensino superior e serviços de saúde, acontece de fato quando existe, para ambas, uma intencionalidade complementar e convergente, com objetivos comuns e peculiares, capazes de permitir a constituição de espaços pedagógicos com vivências e experimentações que possibilitem, para ambas, ganhos reais. A cada momento, a própria realidade deve ser o objeto do

aprendizado, havendo lugar para o previsto e o imprevisto, o conhecido e o desconhecido, o já experimentado e o novo. O aprendizado ocorrerá por meio de novas práticas, também pedagógicas, a partir de vivências e experimentações com a garantia do lugar de sujeito para professores, profissionais dos serviços, alunos e usuários (WERNECK; SENNA, 2010).

As universidades devem oferecer, em seus cursos de graduação, uma formação capaz de desenvolver, no futuro profissional, a valorização do setor público e a sensibilidade social, sem negligenciar a qualificação técnica. Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação constituem espaços de cidadania em que os profissionais do serviço, os docentes, os usuários e os estudantes estabelecem modos de ser e de ver o mundo (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014).

O conhecimento da prática no SUS incita e desperta os alunos para as possibilidades de exercício futuro da profissão no setor, o que corrobora a ideia de que estar estagiando no CEUVF é um potente indutor de melhorias também nos serviços de saúde, com a inserção futura de profissionais mais bem preparados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Associado a isso, são indubitáveis outras potencialidades desta interação entre alunos, professores e profissionais do CEUVF, como a ampliação do olhar do estudante em direção ao processo saúde/doença, entendendo-o em sua complexidade, agregando conhecimentos específicos da área de formação à compreensão integral desse processo, o que aponta para a germinação de perfis profissionais críticos e reflexivos, em harmonia com as necessidades do SUS.

A perspectiva educacional da integração universidade/serviço baseia-se numa abordagem problematizadora, que propicia ao aluno perceber que a prática de um profissional de saúde no SUS não está mais concentrada somente nos conhecimentos específicos de sua área, mas requer uma dimensão transdisciplinar, em que, ao trabalharem em equipes de saúde, vários conhecimentos se integrem e convirjam para uma mesma direção (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

A participação dos alunos e professores de graduação no CEUVF com os profissionais deste serviço, agrega conhecimentos que esmeram as práticas profissionais exercidas lá, colaborando com o aperfeiçoamento da APS. A possibilidade de transformar as práticas profissionais existe, porque perguntas e

respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Conviver 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 (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014).

A inclusão de diferentes cenários pedagógicos fora dos limites da sala de aula, permitindo um diálogo com as práticas e processos desenvolvidos no SUS e voltados à promoção da saúde, e com o foco não mais somente na doença, requer, também, uma mudança das estratégias de ensino-aprendizagem, em que o estímulo a um processo crítico-reflexivo por parte dos alunos é essencial, alterando de forma significativa a função do docente, pois a transmissão de conteúdo deixa, momentaneamente, de ser função central do mesmo e passa a ser, conjuntamente, de outros sujeitos como preceptores do serviço ou, mesmo, trabalhadores não envolvidos diretamente no processo (MELLO *et al.*, 2010).

6.4 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E MEDICINA DE FAMÍLIA

“Comecei a trabalhar com alunos em 2005 quando fui preceptora de residência em medicina de família e da residência multiprofissional durante três anos.”

“Sim, na Ulbra, tive contato com os residentes.”

O CEUVF possui três médicos professores com titulação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) que recebem estudantes de medicina para estagiarem na disciplina Internato de Medicina de Família e a mesma está elencada na grade curricular como obrigatória à formação do médico, pois compõe uma das quatro grandes áreas de estágio em Medicina.

A presença do residente em Medicina de família só ocorreu em dois momentos no CEUVF, mas a modalidade de estágio na MFC ocorre desde 2009 e permanece ativo. Neste estágio de duas semanas os doutorandos em Medicina atendem os pacientes agendados para a MFC.

A atuação docente nos espaços onde ocorrem residência multiprofissional implica no desenvolvimento de um ensino-problematizador indo de encontro ao

preconizado pelas residências. Nóvoa (1992) coloca que a formação do docente não se constrói por acumulação de cursos, conhecimentos ou técnicas, mas sim, por meio de um trabalho de flexibilidade crítica sobre as práticas de reconstrução permanente de uma identidade pessoais.

A Residência multiprofissional em saúde da família tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. Foi inspirada na experiência da Residência Médica, a mais antiga modalidade de formação em serviço existente no País (FEUERWERKER, 1998).

O Programa de Residência Médica na área de Medicina de Família e Comunidade, tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo.

O espaço de aprendizagem proporcionado pela residência multiprofissional em saúde da família ressalta a metodologia de ensino-aprendizado voltada a uma forma de aprender em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão (trabalho educativo) e os docentes constituem parte dos cenários de práticas de saúde e os profissionais dos serviços são corresponsáveis pela formação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Seu principal objetivo é direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (GIL, 2005).

A residência multiprofissional em saúde da família tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. Foi inspirada na experiência da Residência Médica, a mais antiga modalidade de formação em serviço existente no País

(FEUERWERKER, 1998). Fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado (NUNES, 2005). Busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la.

6.5 IMPACTO DA UNIVERSIDADE NA PRODUÇÃO DO SABER NA REALIDADE VIVENCIADA

“Eu pensava que por sermos um centro de extensão universitária estes aspectos seriam atendidos, que voltaríamos nosso olhar para a comunidade em termos de planejamento de intervenções e pesquisa.”

O relato acima torna eminente refletir sobre a formação profissional em saúde, pois como refere Marx (2010, p. 109), “[...] o olho humano frui de forma diversa da que o olho rude, não humano [frui]; o ouvido humano diferentemente dá ouvido rude etc.”. É necessário que a formação profissional em saúde contribua para desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem aos estudantes transformar o olho rude em olho humano.

Uma formação que possibilite essa mudança propicia que o acadêmico realize a síntese do processo teórico-prático apreendido de modo a reelaborar cotidianamente o compromisso com o cuidado em saúde, uma responsabilidade para além do espaço acadêmico, uma responsabilidade com a comunidade na qual está inserido. Ao compreender a concepção de saúde enquanto direito da população, o estudante “reflete criticamente sobre essa prática a partir da unidade teórica que a constitui” (FAUSTINI, 2004, p. 94), o resultado é a formação de profissionais/humanos críticos e atuantes não somente no âmbito da saúde, mas em toda sociedade.

Mudanças têm sido realizadas ao longo dos anos na formação em saúde em saúde, principalmente após a extinção dos currículos mínimos, em 1996, é possível vislumbrar a relação entre Saúde e Educação Superior, de modo a garantir a relação contínua e indissociável entre a formação e o SUS. Apesar de cada área ter suas

próprias diretrizes curriculares, há um eixo que permeia todas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), que é o atendimento às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. “[...] sobretudo, a importância de um profissional que atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CREUTZBERG; LOPES, 2011, p. 39).”

O avanço na criação de estratégias para assegurar a qualidade e adequação das práticas desse trabalhador e reconhecendo que essas práticas são produtos do processo formação. Nestes últimos anos, há um investimento importante do governo federal na criação de residências multiprofissionais e programas de ensino em serviço, os quais incidem suas ações na formação dos recursos humanos. O governo federal busca então, parceria com as IES, as quais têm como objeto de sua existência a formação desse profissional, que deve estar em consonância com a realidade histórica, o que nem sempre tem se evidenciado.

No que tange aos currículos das IES, os avanços não podem ser considerados significativos, pois ainda em sua maioria perduram disciplinas que beneficiam a doença e não a atendimento integral em saúde. Os atuais currículos possuem pouca ou nenhuma disciplina sobre o SUS, alguns o tema é tratado como saúde coletiva e não propriamente a política de saúde com sua organização e princípios. “No contexto da formação superior, o currículo se configura como uma experiência recriada, por meio de competências, habilidades e valores, que visam à sustentação da interação entre teoria e prática” (SILVA *et al.*, 2009, p. 36-37).

As universidades devem assegurar o seu papel de consolidação do SUS e de retomada dos preceitos da Reforma Sanitária, assumindo o “compromisso acadêmico e social a formação profissional, baseada na investigação científica e na produção do conhecimento com vistas a sua aplicação na sociedade, buscando a sua transformação” (SILVEIRA, 2011, p. 75). O que se percebe atualmente é o foco na doença e na cura como resposta tecnológica a própria profissionalização exclusivamente voltada para o mercado neoliberal, que sempre teve a influência dominante na formação superior na área da saúde, caracterizada pela transmissão de conhecimentos e de experiências próprias de profissionais sem formação acadêmica. Dessa forma, os cursos superiores no Brasil “fecharam-se na formação específica de seus profissionais” (SILVEIRA, 2011, p. 77). É necessário pensar a

formação profissional em saúde para além dos programas de ensino em serviço, estes são fomentadores de novas propostas de formação em saúde, mas não devem ser a única, ou o fim único de propostas de investimentos para a preparação dos profissionais da saúde. É necessário que mudanças efetivas passem a ser formuladas nos currículos e propostas de currículo integrado possam ser pensadas para as diversas áreas da saúde.

“Fui me adaptando e a minha expectativa ficou centrada em como me adaptar a novas experiências a partir do trabalho com alunos.”

“O Campus da PUC teria muitos outros colegas que eu não tinha nas outras unidades, mas por uma questão de ideologia.”

A preocupação de um médico e um irmão marista em transformar uma realidade social através da lógica de promoção em saúde foi observada. No campo da educação, a introdução de alunos e profissionais objetivando incentivo à pesquisa em saúde coletiva. Para Nunes (2009), saúde coletiva é um campo científico e um âmbito de práticas.

A saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, em que não há limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades, demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania (CARVALHO; CECCIM, 2006):

Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática - variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (AGUIAR; ROCHA, 1997, p. 97).

É nesse sentido que a intervenção se articula à pesquisa para produzir uma outra relação entre instituição da formação/aplicação de conhecimentos, teoria/prática, sujeito/objeto, recusando-se a psicologizar conflitos. Conflitos e tensões são as possibilidades de mudança, pois evidenciam que algo não se ajusta, está fora da ordem, transborda os modelos. Diante disso, ou ocupamos o lugar de especialistas, indagando sobre as doenças do indivíduo, ou o de sócio analista, indagando sobre a ordem da formação que exclui os sujeitos (AGUIAR; ROCHA, 2003).

Na pesquisa-intervenção, não visamos à mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. A pesquisa-intervenção, por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado.

6.6 TRABALHO EM EQUIPE

“De fazer um trabalho em equipe; de estar em um local onde eu sinto estar dentro da PUC, de dar continuidade a um trabalho com o aluno que já era feito na universidade.”

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Estudo feito por Santos (2005) que utilizou a opinião de diferentes trabalhadores da área de saúde sobre a inserção do Nutricionista na atenção básica nos mostra que o nutricionista é o único profissional que recebe na sua formação acadêmica um conhecimento específico que lhe permite a partir de diagnóstico e observação de valores socioculturais de cada paciente, propor as devidas

orientações nutricionais adequando-as à realidade de cada família, sendo um profissional indispensável no modelo de atenção à saúde proposto pelo governo.

Pinheiro (2008) aponta que a aproximação do Nutricionista com outros profissionais na atenção básica aprofunda o conhecimento das famílias atendidas e isso é muito presente nas visitas domiciliares. Esta troca de informações aprimora o processo de educação em saúde, compartilhando a responsabilidade de promoção e manutenção da saúde destes indivíduos.

A educação na saúde nas equipes multiprofissionais coloca o papel do Nutricionista em destaque no processo de trabalho do CEUVF, pois em 2005 a faculdade de Nutrição da PUC firma com esta unidade a presença de alunos em estágio curricular de nutrição social e este estágio existe até hoje. A Resolução Conselho Federal de Nutrição (CFN) 380/2005, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece que a sua atuação na saúde coletiva envolva atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária prevendo o desenvolvimento de competências gerais e específicas ao longo da sua formação profissional. E com a primeira turma de residentes multiprofissionais, com cinco nutricionistas atuando no CEUVF junto à equipe.

As transformações na composição e estabelecimento dos membros pertencentes à equipe de trabalho do CEUVF evidenciam a busca por excelência nos serviços oferecidos à população e em acordo com os princípios do SUS. Neste contexto, nota-se uma ampliação da perspectiva do cuidado humanizado, equânime e que se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social (BRASIL, 2019).

Através destas mudanças no sistema de saúde, a interdisciplinaridade adquiriu papel fundamental no que se refere à atuação de diferentes profissionais nos serviços permitindo a troca de experiências, o trabalho em equipe e a elaboração de projetos terapêuticos mais eficazes que se aproximam das múltiplas dimensões do processo saúde-doença (PAIM, et. al., 2011).

A interdisciplinaridade também facilita o caminho para a equipe pensar em Educação Interprofissional (EPI) já que a PUCRS insere-se neste cotidiano de trabalho, seja com alunos da graduação ou os residentes.

A EIP exerce influência direta em três pontos relevantes na saúde: implica nos processos de formação, que a partir dessa perspectiva se mostram mais

próximos à realidade da prática; na própria prática em si, que contempla a atuação direta com o usuário abrangendo diferentes categorias de profissão; e, nos processos de gestão por meio da melhor organização e otimização dos recursos. Dessa forma oportuniza aos estudantes momentos de aprendizado em conjunto com outros profissionais, colaborando para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessárias em um trabalho em equipe. Assim como, discute problemas que ocorrem entre os profissionais no processo de aprendizado e nas próprias organizações relacionados à EIP, reafirmando que a educação em saúde engloba aspectos mais amplos para além da atenção direta ao usuário e que são fundamentais para a prática efetiva (REEVES, 2016).

Quando perguntados se reconhecem trabalho colaborativo no CEUVF alguns participantes do estudo percebem a colaboração como algo motivado pela vontade individual do profissional e não como consequência de um processo de trabalho onde a prática colaborativa esteja inserida.

“Não. Colaborativo não! Eu acho que a gente tem pessoas que são parceiros do que a gente propõe. Conseguir enxergar o que o outro precisa e virar um colaborador deste processo, não vejo aqui”

“O nosso trabalho colaborativo acontece por uma iniciativa de cada profissional; a gente não tem um espaço regular e sistemático para trabalhar em colaboração. É no momento de uma necessidade pontual, que a gente conversa, encaminha os pacientes. A colaboração não é bem institucionalizada mas ela acontece”.

D'Amour *et al.* (2008) demonstra que dentre as diferentes categorias profissionais predomina a tendência em satisfazer suas aspirações e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional. Tal postura espelha a própria constituição das profissões que possuem em comum os interesses pragmáticos de garantia de mercado de trabalho.

A colaboração ou cooperação interprofissional se apresenta como uma estratégia do trabalho em equipe e está relacionada a uma ética do cuidado, aproximando-se de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais de saúde. A introdução de novos paradigmas no sistema de saúde, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional desta área transforme sua prática, desenvolvendo um olhar novo para o paciente, o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos

formais e mecânicos. Para isso, é necessário instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais (BARROS; ELLERY, 2016).

A forma como o grupo de trabalho entende o trabalho em conjunto pode definir a assistência e formação em saúde.

Entender a relação entre interdisciplinaridade e trabalho em saúde requer a reflexão sobre a prática da integralidade das ações de saúde. A abordagem integral em saúde só será possível de ser alcançada quando a formação for caracterizada por uma perspectiva do trabalho articulado, superando a fragmentação entre os saberes e práticas (MATUDA *et al.*, 2013).

Para Furtado (2009) transpor a discussão da interdisciplinaridade para o campo das práticas em saúde é: enfrentar o antagonismo entre o modelo da lógica profissional e o modelo de colaboração interprofissional ou, mais resumidamente, entre a “diferenciação” que buscamos ativamente pela formação profissional e a “integração” requerida pela colaboração interprofissional e condição para a qualificação

Os estudos de Ellery (2017) mostram que, apesar dos profissionais de saúde terem sido formados hegemonicamente na lógica da profissionalização (para reservar saberes, práticas e poder), a vivência em equipe de trabalho, favorece a construção de projetos interprofissionais. Este processo, contudo, é permeado de conflitos e de contradições, pois os profissionais estarão sempre vivenciando a contradição entre reservar poder e saber (lógica da profissionalização) e a necessidade imperiosa de colaborar com os colegas da mesma profissão e com os de categorias profissionais diferentes. Contudo, num ambiente de trabalho onde sejam fomentados o diálogo, a pactuação, o compartilhamento de repertórios, estas contradições serão melhor trabalhadas, favorecendo, assim, o desenvolvimento de projetos interprofissionais.

Uma equipe de trabalho só conseguirá atender integralmente o ser humano se exercitar a prática baseada em ações interprofissionais. A partir das respostas obtidas neste estudo surgiram diferentes percepções sobre os modos de produção de conhecimento. No CEUVF não existem estes espaços comuns que estimule as trocas entre os profissionais.

“Aqui no CEUVF, a gente ainda trabalha separado porque na nossa formação e visão de mundo do trabalho não existe a interação entre as diferentes profissões.”

A multidisciplinaridade caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas. O funcionamento isolado das diferentes faculdades dentro de uma mesma universidade, o pequeno número de iniciativas conjuntas entre departamentos de uma mesma faculdade, e os quase inexistentes canais de troca entre profissionais que trabalham em um ambulatório de especialidades são boas ilustrações sobre a definição de multidisciplinaridade: as diferentes áreas coexistem lado a lado, porém com baixíssima inter-relação (FURTADO, 2007). Em contramão à multidisciplinariedade, na pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas (SAUPE *et al.*, 2005). Estas duas terminologias são freqüentemente colocadas como sinônimos, o que necessariamente não se constituiria um erro. Rosenfield *apud* Perini *et al.* (2001) chama de multidisciplinar o que Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja, quando um problema comum é tratado de forma sequencial ou paralela por disciplinas específicas.

“É a integração entre as diversas áreas, pois o paciente que vem pra mim não é só uma boca, ele é uma pessoa com uma boca, com dentes, então a gente tem que enxergar o paciente como um todo e integrar com os colegas desta equipe.”

A Interdisciplinariedade que supõe uma relação articulada entre as diferentes profissões da saúde e por isso é mais comumente conhecida dos participantes desta pesquisa. As falas dos participantes explicitam o desafio de concretizar na prática a interprofissionalidade com vistas a um projeto interprofissional.

“Nós usamos o termo interdisciplinaridade. Mas interprofissionalidade é um trabalho, um projeto, onde várias áreas, disciplinas atuam com os mesmos objetivos,

trocam experiências e aprendem mutuamente. Na interdisciplinaridade são as disciplinas.”

Todo o projeto interprofissional pode ser considerado também um projeto interdisciplinar, pois as práticas estão alicerçadas em referenciais teóricos que as orientam. Mas nem todo o projeto interdisciplinar evolui para um projeto interprofissional. O projeto interprofissional é um projeto interdisciplinar que avançou para a dimensão pragmática, desenvolvendo práticas interprofissionais (ELLERY, 2017).

Para o desenvolvimento dessa proposta, isso requer reflexão e esforço coletivo da equipe envolvida, na perspectiva de romper com o “[...] conhecimento fragmentado pelas especializações disciplinares originadas no século XX[...]”, que impossibilitam a compreensão do fenômeno em sua complexidade (MORIN, 2011a). Requer ainda, uma atitude interdisciplinar consciente e estimulada pela gestão do local de trabalho, para então se sistematizar e estimular que as relações entre disciplinas objetivem resultados comuns. Para Japiassu (1976), a interdisciplinaridade torna-se uma exigência, impondo a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, reconheça seus limites e acolha as contribuições inerentes a outras disciplinas. É a epistemologia da complementariedade, da convergência, que substituiria a da dissociação. Diante do exposto é necessário situar que muitas práticas profissionais fragmentadas em nível do pensamento justificam ou questionam as dificuldades apresentadas no âmbito das vivências interdisciplinares.

Estudos de Scherer e Pires (2009) com equipes da ESF sobre a interdisciplinaridade já afirmavam que há dificuldades na integração dos diversos saberes. Enfatizavam que para a interdisciplinaridade acontecer seria necessário que cada profissional estivesse bem fundamentado em sua própria especialidade e na proposta do trabalho interdisciplinar.

A interprofissionalidade onde alguns entrevistados tiveram dificuldades em reconhecê-la e um dos profissionais acredita que no CEUVF a interprofissionalidade será muito difícil de acontecer. Nenhum respondente utilizou a definição de educação interprofissional.

“Eu poder interagir sobre determinadas questões com os colegas que estejam atendendo estas mesmas questões, seja paciente, família, sejam problemas dentro

da unidade de inter-relação com os colegas. Mas o Inter sempre tem que ter uma relação: olho no olho, sentar-se à mesa para discutir, proximidade”.

“Nós usamos o termo interdisciplinaridade. Mas interprofissionalidade é um trabalho, um projeto, onde várias áreas, disciplinas atuam com os mesmos objetivos, trocam experiências e aprendem mutuamente. Na interdisciplinaridade são as disciplinas”.

Ellery (2017) define Interprofissionalidade como um processo de trabalho, mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes, mediante a articulação intencional e colaborativa entre distintas profissões (COSTA *et al.*, 2015).

Para compreendermos mais sobre a necessidade de mais integração entre disciplinas, saberes e práticas, faz-se necessário conceituar os sufixos e explicar sua relação com disciplinaridade e interprofissionalidade. Assim, pluri é relativo a várias disciplinas literárias, científicas, técnicas etc. Enquanto inter é próprio a duas ou mais disciplinas; que se efetiva nas relações entre duas ou mais disciplinas (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2009).

Em poucas palavras: o sufixo "disciplinar" será sempre relativo ao campo dos saberes, e "profissional" ao das equipes e seus serviços (FURTADO, 2007).

Estas definições têm valor quando esmiuçamos o significado das mesmas na prática cotidiana dos trabalhadores e equipes.

“É no momento de uma necessidade pontual que a gente conversa, encaminha os pacientes. A colaboração não é bem institucionalizada mas ela acontece.”

“Conseguir enxergar o que o outro precisa e virar um colaborador deste processo, não vejo aqui.”

O CEUVF assim como outros serviços de saúde, sejam eles ESF ou UBS são desafiados a romper com a lógica tradicional de assistência à saúde para que o cuidado seja baseado na família e no contexto social, por meio de uma atenção com base interdisciplinar (COSTA *et al.*, 2009) e atuação interprofissional.

Os conhecimentos descontextualizados e as disciplinas abordadas de forma segmentada na formação dos trabalhadores do setor saúde comprometem o alcance de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe, o que implica na baixa resolutividade do cuidado. Evidencia-se, assim, a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e uma intervenção interprofissional das questões de saúde. Japiassu (1976, p. 55) assinala que a interdisciplinaridade compreende a intensidade das trocas entre os especialistas, a integração e a articulação de diferentes saberes e práticas que geram uma intervenção, uma ação comum, que horizontaliza saberes e relações de poder.

No contexto destas respostas, cabe se fazer uma distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, pois durante a entrevista, alguns entrevistados questionaram a respeito do uso destes termos e sentiam-se confusos na hora de conceituá-los.

Diferentemente da perspectiva apresentada por Japiassu, aqui mencionada, tal debate sugere que o termo interdisciplinaridade refere-se à integração de saberes, e interprofissionalidade à integração de práticas (FURTADO, 2009), mediante a articulação intencional e colaborativa entre distintas profissões (COSTA *et al.*, 2015).

Neste intuito autores com Barr e Low (2013) e Oandasan e Reeves (2005) esclarecem os sentidos atribuídos aos radicais “profissional” e “disciplinar” e aos prefixos “multi” e “inter”.

A palavra “disciplinar” se refere aos conhecimentos, campo de estudo, enquanto profissional está associado a atuação profissional, às práticas dos profissionais. Para o prefixo “multi” há a compreensão de que os diferentes campos de práticas e de conhecimentos são independentes, mas em torno de um propósito único. O “inter”, por sua vez, implica na interação com vistas à colaboração, em torno de um objetivo em comum.

A perspectiva interdisciplinar por exemplo, não necessariamente estimula a colaboração entre as diferentes profissões, mas áreas do conhecimento que podem ser até mesmo de uma mesma categoria profissional. Nesta percepção, a interdisciplinaridade pode ser instrumento para o trabalho ou para a educação interprofissional, mas não sinônimo.

Segundo Almeida Filho *apud* Furtado (2007, p. 247), a questão da interdisciplinaridade, precisa ser transposta do campo conceitual ao âmbito de

práticas. Como alcançar mudanças no processo de trabalho do CEUVF que institua o trabalho colaborativo? Para responder utilizo o exemplo elaborado por Foley (2012, p. 19) do manual Introdução à Educação Interprofissional de Barr e Low, (2013).

Foley (2012) elaborou um projeto de EPI em Kinsale, República da Irlanda onde a equipe se reunia semanalmente para discutir o gerenciamento multidisciplinar dos pacientes com a meta de organizar e facilitar a EPI contínua e os objetivos destes encontros eram aumentar o conhecimento dos papéis de cada um e melhorar o conhecimento dos membros da equipe e habilidades em cuidados primários.

6.7 MOTIVAÇÃO

“É maravilhoso, motivador, dá um cunho todo especial ao trabalho quando tu tens alunos.”

“Te estimula a estudar, estimula a ser melhor, a querer que eles façam melhor que a gente, de eu ser um modelo para a vida profissional deles.”

Dentre as unidades básicas que compõem o distrito Leste de saúde de Porto Alegre, o CEUVF é o único que mantém a integração ensino-serviço durante os 12 meses do ano, fora de programas integradores como o Pró-Saúde, PET-Saúde e as residências multiprofissionais.

O processo ensino-aprendizagem em serviços apresenta aspectos muito diferenciados daquele efetuado em salas de aula. Quanto às relações, inscrevem-se, além da docente-discente, as com os usuários e a equipe de trabalho. Quanto aos conteúdos, integram-se os de caráter técnico-informativos às questões formativas éticas, morais, psicológicas, ligadas às relações sociais aí estabelecidas.

A aproximação ao cotidiano pode permitir tornar a educação significativa. Pela vivência de situações, objetiva-se conjugar o processo indutivo de conhecimento, parco em generalizações, ao processo dedutivo, mediado por conceitos sistematizados em sistemas explicativos globais, organizados numa lógica socialmente construída e reconhecida como legítima (GARCIA, 2001).

No campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir (MERHY, 2013).

Procura-se também, pelo cotidiano, possibilitar o questionamento das práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir. Utilizando a expressão de Saviani (1984) é a 'catarse' entre o conhecer e o agir que permite a efetiva incorporação dos instrumentos técnicos, culturais e éticos necessários para a intervenção competente.

“Sim, eu já dava aula em faculdade.”

“Sim, eu tive uma experiência de 2 anos dando aula de Medicina de Família na faculdade de Medicina da UCS.”

Na integração ensino-serviço, os modelos assistenciais são construídos nos cotidianos da formação e da atenção à saúde, na interface entre os saberes de todos os sujeitos do processo. Estes saberes podem ser repassados aos alunos que frequentam o CEUVF por meio de aulas teóricas cujo conteúdo será vivenciado em campo, categoria que discorrerei neste momento incluindo a preceptoria em saúde, uma vez que os profissionais deste serviço: Enfermeira, Dentista, Nutricionista e Assistente Social desempenham este papel com estagiários e residentes durante o período de permanência dos mesmos neste serviço.

Donald Schön (2000) destaca a importância da formação profissional que promova a integração entre a teoria e a prática, o ensino reflexivo baseado no processo de reflexão-na-ação, ou seja, um ensino cujo aprender por meio do fazer seja privilegiado; um ensino cuja capacidade de refletir seja estimulada pela interação professor-aluno.

A formação do profissional de saúde no campo prático, a aprendizagem pela prática cotidiana é marcada pela aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais, marcantes no desenvolvimento do profissionalismo. Não é simplesmente uma prática pura. É uma exposição a situações próprias para a formação, que não sejam artificiais nem artificializadas, mas que representem momentos do dia-a-dia profissional, pensados para serem didáticos. Compreende ainda um cenário para raciocinar sobre a prática, criar conhecimentos que partem dela, contextualizar

esses conhecimentos e desenvolver a capacidade de transferi-los quando necessário (BOTTI; REGO, 2008).

Para Carvalho e Fagundes (2008), preceptor é o profissional lotado nas unidades de saúde, cujas atribuições principais são a orientação e a supervisão de estudantes em estágios curriculares supervisionados, sendo o mediador de um processo ensino-aprendizagem a partir da prática. Já para a autora Feitosa (*et al.*, 2009), a preceptoria não possui um conceito definido, possuindo diversas interpretações e atribuições. Entretanto, compreende-se que um sentido é essencial: orientar, ensinar e compartilhar experiências que possibilitem aos alunos a construção de saberes, competências e habilidades. Ademais, rompe-se com a percepção de que a atribuição do preceptor deve estar direcionada somente à realização da habilidade técnica. O preceptor é responsável também por estimular o aluno a refletir sobre o seu "ser/fazer/pensar," de forma crítica-reflexiva.

A relação entre preceptor – graduando se faz em mão dupla onde o preceptor tem uma função primordial de educador (BOTTI; REGO, 2008).

Fajardo e Ceccim (2010), referem que os preceptores são aqueles que resignificam seu conhecimento e sua experiência em área profissional para a atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho.

O preceptor tem um papel fundamental, tendo de contemplar amplas competências, sejam elas relacionadas a conhecimentos conceituais nos campos da saúde coletiva e das relações humanas, ou a conhecimentos acerca de métodos de ensino (problematização, educação permanente em saúde e educação popular). O preceptor deve, também, ser capaz de desenvolver relações harmônicas e de participação (PAGANI; ANDRADE, 2012; PINTO *et al.*, 2007).

Nesse sentido as aulas teóricas se constituem num instrumento contínuo de formação seja para os alunos (futuros profissionais), seja para os residentes, seja para os trabalhadores que desempenham o papel de preceptores e também para os professores entrevistados neste estudo, pois todos precisam do conhecimento teórico para estabelecer conexões com a prática e assistência em saúde além de renovação constante de técnicas pedagógicas e no caso dos trabalhadores de educação permanente. A aprendizagem à luz da educação permanente é reconstrutiva e envolve o repensar das práticas e a análise dos enfrentamentos, que não são constantes e padronizados. Requer dos profissionais e serviços disponibilidade para aprender e para modificar a ação, por meio do diagnóstico e do

planejamento participativo, com vistas a transformar a realidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

6.8 UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

“Sim, numa unidade que recém tinha implantado o programa saúde da família. Era uma situação nova para a Fisioterapia, pois o trabalho com estes alunos também era novo.”

“Sim, na estratégia saúde da família tinha doutorandos de medicina da FCSPA e acadêmicos da UFRGS.”

Esta categoria surgiu porque a experiência de trabalho dos trabalhadores em saúde coletiva, geralmente, é em unidades que têm este modelo de assistência à saúde, pois desde que o SUS reorganizou suas práticas assistenciais da atenção básica, o PSF é o modelo existente predominante.

A Atenção Básica à saúde compreende um conjunto de ações, individuais e coletivas, que engloba ações articuladas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do SUS. Atualmente, no Brasil, é exercida predominantemente sob a forma de dois modelos: da UBS, caracterizada pelo chamado modelo tradicional, prestando assistência à saúde, de forma geral, mais centrada na figura do médico; e da ESF, que, do ponto de vista conceitual, é adotada como um modelo para a reorganização da atenção básica, reafirmando os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

Sua implantação ocorreu em 1994, sua cobertura assistencial abrangia áreas de maior risco social e aos poucos o ministério da saúde deu-lhe maior atenção, passando então, em 1999 a ser considerado como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002). A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield (2002) primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades.

No contexto da implementação do SUS no Brasil, o PSF vem se apresentando como uma importante estratégia de mudança das práticas assistenciais, historicamente caracterizadas pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde, enfoque prioritário das ações curativo-hospitalares, reduzido vínculo equipe/usuário e baixa resolutividade nas ações de saúde (BRASIL, 2001).

Apesar do CEUVF trabalhar com estes pressupostos, não é caracterizado como ESF porque não possui a equipe composta por profissionais de saúde, principalmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) conforme a preconização deste programa, mas com a equipe atual consegue atuar levando em conta o conceito ampliado de saúde/doença e orientação das práticas não apenas pelo enfoque da doença.

Pela ausência de ACS a equipe deixou de se aproximar e investigar os problemas de saúde da população, riscos e determinantes, o que segundo Castro *et al.* (2012) compara que a UBS em relação à ESF o atributo orientação comunitária é menos presente nas UBS.

Já no aspecto de ensino e vivência para alunos, profissionais recém-formados, professores e os profissionais fixos, do CEUVF, o trabalho em equipe que lá se desempenha, vai na direção de um ensino que valoriza a equidade e a qualidade da assistência mais a eficiência e relevância do trabalho em saúde, apontando-se a importância da integração ensino-serviço (CYRINO; RIZZATO, 2014).

6.9 NÚCLEOS PROFISSIONAIS RECONHECIDOS

“Muito gratificante ver que não foi só o nosso trabalho que fez a saúde desta população melhorar, mas todos que aqui trabalham contribuíram.”

“Eu acompanhei o crescimento do CEUVF, eu cresci muito como profissional, mas o maior legado que eu deixo é que eu consegui passar para o aluno que a medicina que se faz aqui é a mesma que se faz em outros centros, porém, adaptada à realidade brasileira.”

A compreensão desta categoria passa pelo fato de como os profissionais do CEUVF desempenham o cuidado na saúde como prática reflexiva. O trabalho em

saúde se caracteriza por ser um trabalho reflexivo, que depende da colaboração de saberes distintos como o científico, o técnico, os sociais e os provenientes de dimensões éticas e políticas. É um trabalho marcado também pela complexidade, isto é, a diversidade profissional, dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço e dinâmica (MOTTA *et al.*, 2008).

Neste sentido, os conceitos de núcleo de saber e campo de saber evidenciam esta relação entre o que é específico de cada área profissional e o que se constrói a partir da interface entre as áreas e da confluência de objetivos. Núcleo de saber, refere-se ao “conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade, marcando assim os elementos de singularidade que definem cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de competência de cada profissional ou especialidade”. Campo de saber, por sua vez, são as “competências e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades”. No trabalho em equipe, o campo de saber tende a se alargar, possibilitando a emergência de novas práticas, geradas no exercício de troca entre os saberes e da busca de respostas mais abrangentes e efetivas por parte dos profissionais (CAMPOS, 1997).

Nesse sentido faz-se essencial entender a equipe de saúde como rede de relações tecida no cotidiano, entre agentes que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas (FORTUNA, 1999).

Para Mishima (2003) o trabalho em si é sempre intencional e encontra-se pautado em um contexto social e histórico. O trabalho em saúde apresenta como principal objetivo, o atendimento das necessidades de saúde. Ou seja, a intenção é sempre buscar caminhos possíveis para a melhora das condições de saúde de uma determinada população. Para isso, esse trabalho é orientado tanto por uma concepção de homem, quanto por uma concepção de saúde-doença-cuidado, delimitando um processo ligado ao atendimento das necessidades individuais e/ou coletivas, em conformidade com os processos político e econômico. Pensar no trabalho em saúde é pensar em trabalho coletivo, portanto não deveria, nem poderia ser realizado de forma compartimentalizada, no qual cada grupo profissional se organiza e presta parte dos cuidados à saúde separado dos demais.

Para tanto, este trabalho deve ser executado por um grupo que se reconheça como equipe com boa articulação entre os membros a fim de dar conta da integralidade do cuidado na saúde. Segundo Peduzzi (2001, p. 103) o “[...] trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na

relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes desta equipe.” Dessa forma, o trabalho em equipe na saúde traz em sua essência uma real possibilidade de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e também disciplinares.

6.10 AUSÊNCIA DE UM ESPAÇO COMUM A TODOS

“A gente não discute, não faz inter consulta, não discute casos clínicos e isso é um crime, pois aqui é um campo muito fértil para se trabalhar de forma interdisciplinar.”

O trabalho em equipe necessita de uma parada nas atividades diárias a fim de discutir situações e aproximar os membros da mesma. Segundo Habermas, 1997 o projeto interdisciplinar está associado à ideia do agir comunicativo como forma de integração da ação em geral e do saber.

Trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (SOUZA; HAMANN, 2009).

No cenário das diferentes organizações e serviços de saúde, as equipes profissionais, chamadas em algumas situações de equipes interdisciplinares, representam o lócus privilegiado para a viabilização da interdisciplinaridade. Segundo Peduzzi (2001; 2007), elas são concebidas como espaços de articulação entre saberes e ações de distintos profissionais, bem como de divisão do trabalho. Numa leitura habermasiana, a autora analisa as equipes com base na Teoria do Agir Comunicativo. Nesse quadro interpretativo, que pressupõe a relação recíproca entre trabalho e interação, temos: (a) da perspectiva do trabalho, o destaque para o âmbito da atividade ou intervenção técnica e (b) da perspectiva da interação, o destaque para a intersubjetividade, que pode ocorrer nos termos do agir comunicativo, tal como analisado por Habermas. Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário.

Peduzzi (2001) reconhece duas tipologias de equipes que coexistem nos serviços de saúde: “equipe de integração” e “equipe de agrupamento”. No primeiro modelo, os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa, o que corresponde ao reconhecimento e evidenciação das conexões existentes entre as intervenções técnicas dos membros da equipe, e ao estabelecimento de pontes e ligações entre elas, tendo como condição uma práxis comunicativa que se expressa como o compartilhamento das pretensões de validade dos proferimentos dos interlocutores. Já a segunda tipologia expressa uma conformação de equipe em que há justaposição de ações e agrupamentos de profissionais, com restrito compartilhamento e pouca comunicação efetiva entre eles. A autora ressalta que em ambas as tipologias estão presentes as diferenças técnicas e as desigualdades de valor atribuídas ao trabalho, bem como as tensões acerca das concepções e exercícios de autonomia técnica. Destaca, ainda, que na modalidade de integração as diferenças técnicas das distintas especialidades devem ser mantidas, mas subordinadas a um conjunto de valores que expressam o horizonte normativo comum entre os integrantes da equipe.

Peduzzi (2001; 2007) observa também que, atualmente, entre os valores compartilhados na cultura institucional dos serviços de saúde, prevalecem a fragmentação, as relações hierárquicas de trabalho, o trabalho individualizado por profissional e a resistência de uma racionalidade técnico-científica, além de desigualdades entre as especialidades e a valorização social que lhes é atribuída. Assim, observa-se no setor saúde a coexistência de duas tendências contraditórias: fragmentação e segmentação do saber, produtoras de explicações cada vez mais parciais da realidade, convivendo com a construção de um diálogo interdisciplinar para o enfrentamento dos problemas concretos da sociedade (RIVERA, 2003).

Para Furtado (2007), a prática da interdisciplinaridade na área de saúde exige o enfrentamento do antagonismo entre duas lógicas: aquela pautada na necessidade de diferenciação e sustentada pela profissão e a pautada na integração, que se apoia no trabalho de colaboração interprofissional. O autor adverte que “[...] o desafio de promover a colaboração não deve ser levado à frente negando uma especificidade duramente alcançada, mas tentando estabelecer pontes entre posições inicialmente antagônicas” (FURTADO, 2007, p. 245). Nessa perspectiva, a implementação de um trabalho interdisciplinar nos serviços do SUS é especialmente complexa, já que se trata de um setor constituído por especialidades

regidas por órgãos de regulação legal do exercício profissional, bem como por interesses ligados à reserva de mercado e pela necessidade de enfrentar as vicissitudes do contato com um tipo de objeto de trabalho caracterizado pela dor e pela morte. Consequentemente, as equipes interdisciplinares caracterizam-se por uma racionalidade paradoxal, marcada por movimentos constantes de integração e separação.

A compreensão e a definição clara dos papéis profissionais associados a determinada tarefa são indispensáveis nas instituições de saúde. Principalmente porque a indefinição ou a ambiguidade relativa ao papel profissional pode gerar conflitos na equipe ao acumular-se expectativas inadequadas ou mal delimitadas entre seus membros. Ressalta-se que a delimitação do papel profissional acompanha as expectativas dos outros membros da equipe quanto ao papel que o profissional em questão deve exercer, acrescidas das próprias expectativas do profissional sobre sua capacidade de realização e de interpretação das expectativas dos outros (CAMPOS, 1997).

Deve-se considerar, ainda, que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias, como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício do trabalho em equipe (RIBEIRO *et al.*, 2004).

6.11 AUSÊNCIA DE UMA LINHA DE CUIDADO E DE TROCA DE SABERES

“Não temos uma linha de cuidado; a interrelação entre as profissões é uma necessidade neste lugar.”

Para se repensar novas modelagens assistenciais na integralidade do cuidado à saúde, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde (MALTA *et al.*, 2004).

O que os entrevistados revelaram como resposta nos mostra que a organização das práticas passa pela instituição de linhas de cuidado, pois propiciaria uma relação de parceria entre os membros da equipe.

Segundo o Ministério da Saúde as linhas de cuidado significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações. Requerem profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de perceber o usuário não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes. Estão baseadas na potencialização do trabalho de cada membro da equipe, valorizando os saberes de cada categoria, constituindo-se no primeiro momento de um processo de resposta, que se pretende constante, às necessidades das pessoas (BRASIL, 2006).

A organização de um serviço de saúde passa também pela instituição de fluxos interligados e contínuos, uma vez que este rearranjo nas ações dos profissionais aumentaria a responsabilidade de toda a equipe, introduzindo um novo “fazer”, possibilitando acabar com a fragmentação do atendimento (BRASIL, 2006).

“O que me motiva é a questão de poder mostrar para o aluno um olhar da medicina de família para que ele cuide melhor das pessoas. Eu hoje, não vejo esta integração aqui.”

A articulação da prática dos diferentes profissionais também passa pela subjetividade dos mesmos e isso, nas entrevistas realizadas, apareceu muito e é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde e implica no reconhecimento do CEUVF como um local de troca de saberes.

A manifestação da subjetividade, quando associada às novas formas de organização do trabalho na sociedade, tem sido objeto de questionamentos, especialmente naquilo que ela tem colocado como projeto de adesão total dos trabalhadores a uma nova organização do trabalho em que os ideais de democracia e a participação nem sempre se cumprem (CODD, 2000).

Franco e Merhy (2012) falam que no debate sobre o trabalho na saúde, há o reconhecimento por nós de que a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde. E como podemos entender ou falar desta subjetividade neste grupo de pessoas que compõem a equipe do CEUVF?

A forma como o indivíduo percebe e se relaciona com o mundo representa a manifestação de sua subjetividade. Logo, os comportamentos e percepções relacionados à prática profissional podem demonstrar manifestações importantes da subjetividade de cada membro desta equipe, já que as características institucionais têm relação com a produção de subjetividade destes profissionais (GUATTARI; ROLNICK, 2010).

O trabalho em equipe pode ser visto, também, como um processo de inter-relação entre os trabalhadores como processos grupais. O trabalho em grupo relaciona-se com a forma como esse trabalho é percebido pelos seus integrantes. Alguns estão ali porque gostam, outros porque acham um bom emprego, outros porque é uma fonte de renda, e assim por diante (ABREU *et al.*, 2005).

As diferenças individuais, como temperamento, caráter e personalidade, podem ser consideradas possíveis entraves para o relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, poderão interferir na forma de desenvolvimento do trabalho na equipe. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício do trabalho em equipe (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Dessa maneira, trabalhar na saúde deve ser considerado um processo permanente que integra o social, o cultural e a história diferenciada dos trabalhadores, alunos e usuários.

7 O PRODUTO

O mestrado profissional Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS tem como um dos requisitos para a composição do trabalho final de curso, a elaboração de um produto resultante do cenário da pesquisa que possa contribuir com o aprimoramento do seu objeto de estudo.

Dessa forma, pensou-se na realização de uma Oficina de Sensibilização dos profissionais do CEUVF sobre o objeto de estudo da pesquisadora. O produto foi pensado como sendo um artigo descrevendo a oficina que foi realizada com os profissionais do CEUVF, onde se explorou as práticas colaborativas, trabalho em equipe e interprofissionalidade. O presente artigo será submetido à revista SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE do programa de pós-graduação deste mestrado. A definição dessa atividade como produto deriva dos resultados da pesquisa intitulada: INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA EQUIPE DE ENSINO-SERVIÇO, uma vez que foram identificadas demandas quanto a prática de trabalho colaborativo por parte dos profissionais entrevistados.

ARTIGO

VIVÊNCIAS DO CENTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VILA FÁTIMA NA CONSTRUÇÃO DE UMA EQUIPE DE TRABALHO COLABORATIVA

RESUMO

O artigo analisa os sentidos do trabalho em equipe e desenvolvimento de prática colaborativa com os profissionais do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF). Unidade básica de saúde ligada ao Hospital São Lucas da PUCRS e conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo. Foi realizada uma oficina utilizando a técnica de grupo focal com seis profissionais de diferentes áreas, incluindo professores da PUCRS que atuam no CEUVF. A oficina aconteceu em maio de 2018. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC e UFRGS. Os resultados mostraram elementos referentes ao tema da pesquisa, ensejando categorias descritas no artigo e que compuseram os resultados da

pesquisa: INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA EQUIPE DE ENSINO-SERVIÇO, com o intuito de inventar e reinventar o processo de trabalho e sua relação com a integralidade de atitudes em equipe. Observou-se a forma de trabalho desta equipe e a necessidade de integração e desenvolvimento de prática colaborativa no âmbito da equipe do CEUVF como também a potência da oficina no sentido de provocar questionamentos e desejo de aprendizagem nestes profissionais sobre o tema interprofissionalidade. Os resultados produzidos poderão fundamentar no grupo novas interações pessoais no sentido de aprimorar a comunicação entre estes profissionais e modo de trabalhar em equipe.

Palavras-chave: Equipe. Trabalho. Interprofissionalidade. Colaboração. Ensino-Serviço.

ABSTRACT

The article analyzes the meanings of teamwork and the development of a collaborative practice with professionals from the Vila Fátima University Extension Center (CEUVF). The basic health unit linked to the Hospital São Lucas of PUCRS is agreed with a Municipal Health Department of Porto Alegre / RS. It is a qualitative exploratory-descriptive study. It was a workshop using a focus group technique with six areas from different areas, including the PUCRS teachers who work at CEUVF. The workshop was held in May 2018. The project was completed by the Ethics Committee of PUC and UFRGS. The results were subject to a new research, highlighting the categories of topics and the results of the research: INPROFESSIONAL IN TEAM OF TEACHING-SERVICE, with the intention of inventorying and reinventing the work process and its relation with integrality attitudes in team. The formation of a working team and the implementation of a collaborative structure within the CEUVF team was also a challenge for a workshop and learning process. The results obtained are not based on the group of new personal interactions in order to promote the communication between these professionals and the way of working in a team.

Keywords: Team. Job. Interprofessionality. Collaboration. Teaching.

INTRODUÇÃO

Existem desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) no exercício da coordenação do cuidado e organização dos pontos de atenção especializada integrados. É necessário, assegurar que a linha de cuidado seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades. O trabalho em equipe, a responsabilidade da integralidade nas suas ações e o desenvolvimento da colaboração interprofissional são estratégicos na efetivação da APS (SILVA, 2015; PEDUZZI, 2016).

A proposta de trabalho em equipe remonta aos anos 1960/1970; junto com os movimentos da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral; e volta a ganhar destaque a partir dos anos 1990, no contexto de debates sobre os modelos de atenção à saúde e dos sistemas de saúde, bem como da necessidade de mudança da formação dos profissionais de saúde uniprofissional para a educação interprofissional (AGRELY; PEDUZZI, 2018).

A operacionalidade das diretrizes da APS tem como um dos pilares o trabalho em equipe (BRASIL, 2012) da mesma forma o trabalho em equipe efetiva as ações desenvolvidas na ESF, uma vez que os profissionais inseridos neste cotidiano são desafiados a reorientar suas práticas e a agregar à competência técnica, conhecimentos e habilidades relacionados ao trabalho em equipe (SORATTO *et al.*, 2015). Analisando as diversas exigências do ser humano, reconhece-se que, de forma isolada, um único profissional dentro da sua área de formação não consegue atender as necessidades das pessoas (FORTE *et al.*, 2016). Assim, para a construção de um atendimento desfragmentado no SUS, voltado ao cuidado em saúde, o trabalho em equipe torna-se essencial (COSTA, 2016).

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde – é preciso que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes (AGRELY; PEDUZZI, 2018).

Uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família

e favorece uma ação interdisciplinar. Dessa maneira, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Constituir-se como uma equipe requer trabalho é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer o perfil da população adscrita, ou seja, as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar – também de forma compartilhada o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para usuários e famílias em situações de saúde de maior complexidade. O trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico (FOX; REEVES, 2015).

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A educação transformadora que levará à transformação dessa força de trabalho aqui representada pelos profissionais de saúde pública que atuam em equipe passa, dentre vários fatores, pela educação interprofissional e o desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais da saúde (WILLER, 2016, p. 20-21).

A educação interprofissional tem como objetivo fornecer subsídios teóricos e metodológicos para assegurar a formação de profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe. Dessa forma, a educação interprofissional tem como horizonte a materialização de práticas colaborativas no âmbito das dinâmicas do trabalho em saúde (BARR, 2015).

Alguns autores chamam a atenção para a necessidade de demarcar algumas diferenças conceituais entre termos importantes nesse debate, tais como colaboração, práticas colaborativas, trabalho interprofissional e trabalho em equipe.

Para Reeves *et al.* (2018), o trabalho interprofissional está relacionado com aspectos relacionais, processuais e contextuais, onde trabalho em equipe é o nível mais profundo de trabalho interprofissional. Ocorre quando diferentes profissionais trabalham de forma integrada, com intensa interdependência de suas ações, compartilhando uma identidade de equipe. Colaboração é uma forma de trabalho interprofissional em que há menor interdependência e integração das ações entre os diferentes profissionais; é mais flexível, pois não é necessária uma identidade compartilhada de equipe. Embora as pessoas não necessariamente não compartilhem uma identidade de equipe, elas precisam compartilhar responsabilidades pela oferta de uma melhor atenção à saúde. Para Agreli (2017) a colaboração pode ocorrer tanto no âmbito das equipes, quanto em arranjos mais ampliados e complexos, tais como as redes e comunidade. E prática colaborativa está relacionada com a materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento na importância do usuário, da família e da comunidade na orientação dessas práticas. A prática colaborativa mantém forte relação com a centralidade do usuário, família e comunidade, e suas necessidades, na ordenação da interação que marcam o exercício dessas práticas.

A educação interprofissional se propõe a formar profissionais de saúde mais aptos ao efetivo trabalho em equipe. Profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais por meio do trabalho colaborativo com maior capacidade de respostas aos problemas e às necessidades de saúde (REEVES, 2016). E para que isso ocorra, é preciso que futuros profissionais de saúde, e os que já estão inseridos na realidade do trabalho em saúde, desenvolvam as competências que asseguram a mudança na lógica do modelo de atenção à saúde: a colaboração. Por este motivo, o objetivo deste estudo foi analisar como a equipe de saúde de um Centro de Saúde Universitário percebe seu trabalho junto aos discentes que realizam vivências naquela unidade de saúde e se reconhecem o trabalho em equipe nesta prática.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo e que utilizou para coleta de dados uma oficina.

O Centro de Extensão vinculado à Pontifícia Universidade Católica (PUCRS) que leva este nome por fazer parte de uma universidade, mas sua atuação é assistência à saúde no âmbito da Atenção Primária de Saúde, pertencente à gerência de saúde do Município de Porto Alegre/RS. Um médico, clínico geral, diretor da unidade, um dentista, uma enfermeira, uma assistente social e dois professores: uma médica de família e comunidade e uma dentista.

A oficina ocorreu na sala de reuniões da unidade Vila Fátima e dividiu-se em duas etapas. Houve participação de relator no grupo para registro de todas as intervenções.

A primeira etapa ocorreu com a formulação de quatro tópicos em quadro branco, cada tópico foi exposto de forma individual, após a resposta do primeiro, foi exposto o tópico seguinte, assim sucessivamente. Foram distribuídas folhas coloridas e canetas para os participantes colocarem suas respostas sem intervenção dos colegas. A cor da folha correspondia a cada tópico proposto. Esta etapa foi realizada em 1 hora.

Os tópicos explorados foram os seguintes:

- Como você descreve o processo de trabalho e sua equipe de trabalho?
- Você considera que trabalha em equipe? Explique.
- Como você se descreve (sua função) dentro desta equipe de trabalho?
- Você realiza um trabalho colaborativo? Explique.

Na segunda etapa do grupo focal houve a participação ativa do pesquisador, a partir da instigação de cada participante para que expressasse em uma palavra a resposta a cada pergunta realizada na etapa 1. A partir da escolha destas palavras, o grupo de forma coletiva formulou uma única frase que pudesse responder as questões formuladas na etapa anterior. As frases foram registradas no quadro branco para que ao final desta etapa todos pudessem observar o processo de construção coletiva. Esta etapa foi realizada em 60 minutos.

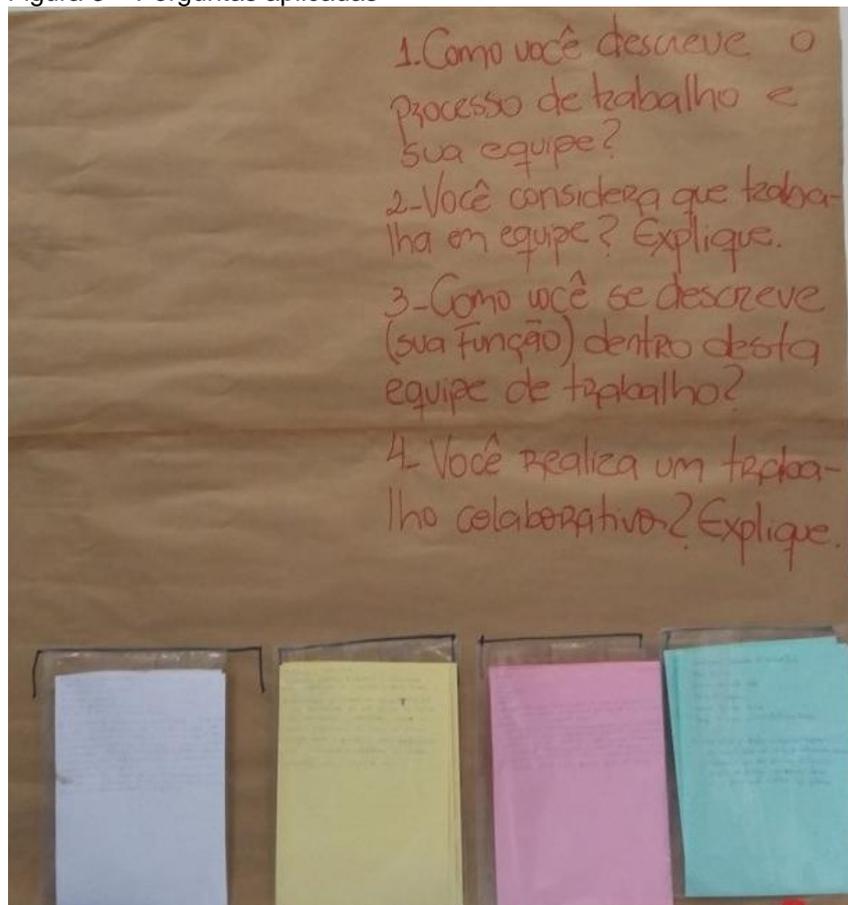
O projeto de pesquisa passou pela aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESULTADOS

O grupo focal contou com a participação ativa dos seis integrantes. Foi explicado para o grupo o objetivo da técnica metodológica aplicada. Todos os membros aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento.

Na sequência foram expostas as perguntas da primeira etapa da metodologia prevista, cada pergunta foi respondida de forma individual pelos membros do grupo e neste primeiro momento não houve troca entre o grupo.

Figura 3 – Perguntas aplicadas



Fonte: dados da pesquisa

Esta etapa ocorreu em uma hora, cada componente finalizou sua resposta e participou de um lanche, sem sair da sala, de forma silenciosa. Este intervalo foi previsto para iniciar a segunda etapa no tempo que cada componente necessita

para responder sua pergunta. Nas análises das respostas às quatro perguntas foram observadas diferentes categorias:

Na pergunta de Como você descreve o processo de trabalho e sua equipe de trabalho as respostas elencaram cinco categorias: história desta equipe; equipe como processo de trabalho; multiprofissionalidade; atendimento de qualidade centrado no paciente; ensino-serviço como norte para as ações profissionais.

Na pergunta: Você considera que trabalha em equipe, emergiram duas categorias: reconhecimento da prática colaborativa e desafio da interprofissionalidade.

Na pergunta: Como você se descreve (sua função) dentro desta equipe de trabalho, as categorias presentes foram três: função de professor desarticulada à equipe de atenção básica, trabalho de assistência e formação e Ensino em saúde

Na pergunta: Você realiza um trabalho colaborativo duas categorias foram citadas: fazer dos diferentes núcleos profissionais e entendimento diverso sobre trabalho colaborativo/trabalho multidisciplinar

Ao iniciar a segunda etapa houve a instigação do trabalho em oficina para responder as mesmas questões que haviam sido respondidas de forma individual. Cada componente a partir de uma palavra respondia à pergunta. Esta etapa foi concluída em uma hora, com a participação ativa da equipe. Foram muitos debates para dar as respostas. Observou-se integração do grupo em algumas respostas e divergências em outras.

Quadro 2- Respostas dos participantes nas 2 etapas da oficina

Perguntas	Primeira etapa	Segunda etapa
Como você descreve o processo de trabalho e sua equipe de trabalho?	História desta equipe; equipe como processo de trabalho; multiprofissionalidade; atendimento de qualidade centrado no paciente; ensino-serviço como norte para as ações profissionais	Necessário, ensino serviço, satisfatório, articulação, harmônico.
Você considera que trabalha em equipe?	Reconhecimento da prática colaborativa e desafio da interprofissionalidade.	União, harmônica, Colaboração, parcialmente, diversidade, construção.
Como você se descreve (sua função) dentro desta equipe de trabalho	Função de professor desarticulada à equipe de atenção básica, trabalho de assistência e formação e Ensino em saúde	Mediação, essencial, temporária, Coordenação, demanda.
Você realiza um trabalho colaborativo?	Diferentes núcleos profissionais e entendimento diverso sobre trabalho colaborativo/trabalho multidisciplinar	Colabora, parceria, construção, tolerância, reconstrução, melhora.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Na questão como você descreve o processo de trabalho e sua equipe de trabalho, dois integrantes disseram: necessário, considerando esta resposta muito relevante.

Na questão: Você considera que trabalha em equipe, todos os componentes colocaram diferentes palavras.

Na questão: Como você se descreve (sua função) dentro desta equipe de trabalho, dois componentes do grupo consideraram a palavra demanda como importante.

Na pergunta: Você realiza um trabalho colaborativo, todos os integrantes deram respostas diferentes.

Com a metodologia aplicada pode-se observar nas duas etapas do estudo a forma de trabalho desta equipe considerando a intencionalidade prevista neste estudo, o tema da interprofissionalidade.

Na pergunta Como você descreve o processo de trabalho e sua equipe de trabalho na primeira etapa as respostas estiveram relacionadas com a história desta equipe; equipe como processo de trabalho; multiprofissionalidade; atendimento de qualidade centrado no paciente; ensino-serviço como norte para as ações profissionais. E na segunda etapa as palavras elencadas foram: necessário, ensino em serviço, satisfatório, articulação e harmônico. Cruzando algumas falas com as frases elaboradas ao final do grupo nominal observaram-se atitudes relacionadas com o grupo do CEUVF, percebe-se que a natureza de interação entre estes profissionais deve passar por mudanças relacionadas a uma proximidade mútua e recíproca entre os mesmos, a fim de alcançar mudanças efetivas na tomada de decisões, levando ao planejamento em conjunto de ações voltadas à prática colaborativa (MATUDA *et al.*, 2015)

Para que isso ocorra, a comunicação interprofissional foi reconhecida como primordial e mais presente para alcançar a prática interprofissional colaborativa em saúde. Ela torna-se um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, o que permite

exercer a colaboração interprofissional efetiva (DOWN *et al.*, 2017). Igualmente, os achados colocam a comunicação interprofissional em posição de destaque sobre os domínios da prática interprofissional colaborativa em saúde, formando um canal de comunicação aberto e efetivo entre as equipes de saúde, oferecendo oportunidades aos profissionais para compartilharem entre eles suas inquietações e as vitórias geradas no dia a dia do trabalho, o que contribui para melhores resultados de saúde e maior satisfação dos usuários (GOCAN *et al.*, 2014).

“Mantemos uma ótima comunicação entre as equipes. Conversamos e trocamos ideias sobre os pacientes.”

“O processo de trabalho se organiza pela comunicação entre professores e equipe local, tentando alinhar teoria e prática.”

Percebe-se que a equipe tem um canal de comunicação, facilitando a capacidade de reflexão sobre sua prática e levando à parceria que estimula o processo permanente de interação (FREIRE *et al.*, 2018), além de criar um senso comum de realização dentro da equipe (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Na pergunta: Você considera que trabalha em equipe as respostas às duas etapas se relacionaram com o reconhecimento da prática colaborativa e desafio da interprofissionalidade.

A perspectiva interprofissional é bastante distinta da multiprofissional. Enquanto está se relaciona com o trabalho em equipes constituídas por diferentes profissionais, sem a necessária interação entre os membros e, por vezes, apenas dividindo o mesmo espaço, com limitada ou nenhuma interação; a interprofissional compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde (AGRELI *et al.*, 2017).O tempo parece ser um limitante reconhecido pelo grupo.

“Não conseguimos parar para planejar ações continuadas em equipe.”

“Existe proximidade e troca de saberes entre as áreas na resolução das demandas dos usuários.”

“Há abertura e interação entre a minha equipe (odontologia) e os demais componentes da equipe para a colaboração.”

As falas denotam a necessidade de transitar do trabalho em paralelo (multiprofissional) para o articulado e integrado (interprofissional), orientado pelas necessidades de saúde. Esse trânsito se justifica pela necessidade de superar o contexto marcado pelo trabalho fortemente parcelado e centrado no profissional (PROCH, 2012). Em outras palavras, é necessário passar da equipe como agrupamento de agentes, para a equipe como integração de trabalhos. Na primeira noção, a tônica do trabalho é a fragmentação e a justaposição de ações; na segunda, evidencia-se a integralidade das ações de saúde. O fortalecimento dessa passagem deve fazer parte das preocupações cotidianas do trabalho, para que os profissionais articulem as decisões e configurem reciprocidade as intervenções técnicas e interação entre as diferentes áreas profissionais presentes, ou seja, o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo (PEDUZZI, 2013).

Na terceira pergunta Como você se descreve (sua função) dentro desta equipe de trabalho, os respondentes relacionaram com o trabalho de assistência, formação e a função de professor desarticulada à equipe de atenção básica. As relações de comunicação entre os profissionais parecem ser um desafio a ser enfrentado.

Percebe-se que as iniciativas de integrar as diversas profissões de saúde nem sempre são efetivas, apesar de existir um pensamento de trabalho conjunto a assistência comumente continua fragmentada, ou seja, apenas determinar a atuação de equipes multiprofissionais não é suficiente para garantir trocas entre os profissionais e muito menos a construção conjunta do cuidado à saúde (SILVA *et al.*, 2015).

“Minha função principal é coordenar os trabalhos para que estes ocorram de modo harmonioso e colaborativo.”

“Centralizo boa parte das decisões de condutas. Também não temos reuniões de equipe para trabalharmos as questões de trabalho interdisciplinar e decisão compartilhada.”

“Quando atuo com a Auxiliar de Saúde Bucal sou o comandante das ações com o paciente. Com a presença dos professores e alunos, tento tomar as decisões em conjunto.”

A interprofissionalidade diz respeito à integração das práticas profissionais nas equipes de saúde e oportunidade de atuação e aprendizado iguais entre as profissões, respeito e garantia da individualidade e expertise de cada profissão e a utilização de contribuições distintas para a aprendizagem e prática compartilhadas (COSTA *et al.*, 2016). A EIP leva ao desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas. A educação interprofissional capacita alunos e profissionais em serviço a adquirirem competências para desenvolverem o trabalho interprofissional ou prática interprofissional em seus ambientes de trabalho cuja base é a colaboração entre os membros das diferentes profissões de saúde (AZEVEDO *et al.*, 2016). A prática colaborativa se configura como um tipo de trabalho interprofissional e ocorre quando há uma atuação conjunta dos profissionais de saúde articulada com os pacientes e famílias. Ela diminui a competição entre os profissionais substituindo relações de poder por relações de parceria e responsabilidade coletiva (REEVES, 2016).

Na última pergunta: Você realiza um trabalho colaborativo, as respostas relacionaram o fazer dos diferentes núcleos profissionais e entendimento diverso sobre trabalho colaborativo/trabalho multidisciplinar.

As profissões não preexistem às práticas, elas decorrem das práticas. Se as práticas já existiam antes de uma profissão, elas eram executadas por quem as aprendia/aprendia, valendo o domínio de competências e habilidades, não a posse de um título. O “núcleo comum” entre as várias categorias profissionais as reúne em pequenos e grandes grupos de compartilhamento, ainda assim submetido a práticas colaborativas somente emergentes em cada agrupamento real, cada lugar em concreto (CECCIM, 2017). A interprofissionalidade se apresenta, portanto, como alternativa à multiplicidade dos saberes profissionais desarticulados (BEZERRA *et al.*, 2018).

“Sempre que possível contribuo com as demais áreas do CEUVF.”

“Colaboramos uns com os outros. Colaboramos atendendo a comunidade o melhor que podemos.”

E possível afirmar que o horizonte da EIP é o desenvolvimento de profissionais de saúde mais colaborativos, capazes de prestar uma assistência mais integral, e conseqüentemente mais coerente na resolução e enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde.

“Tento colaborar com os colegas da equipe sempre que sou demandado.”

A colaboração torna-se a prática esperada entre os diferentes profissionais de saúde, implicando em outras importantes mudanças. A colaboração é quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde.

“A colaboração entre a medicina, odonto, nutrição, enfermagem, por exemplo, ocorre muito bem sempre que a dificuldade do caso demanda. Nas questões de prevenção e promoção em saúde, não fazemos colaboração, pois a organização do processo de trabalho ainda centra-se no atendimento à doença.”

Essa compreensão expõe a necessidade de horizontalizar relações, questionando a histórica hierarquia entre os profissionais e entre esses e os usuários. A colaboração implica, necessariamente, em (re) situar os usuários e suas necessidades de saúde na centralidade do processo (COSTA, 2017).

“Me sinto realmente uma colaboradora porque quando estou aqui, procuro desenvolver atividades em conjunto com outros membros da equipe.”

“Me preocupo que as atividades ocorram de modo colaborativo entre as diversas áreas e entre os profissionais, professores, alunos e funcionários do CEUVF.”

Este mesmo autor aponta as preposições do conceito de educação interprofissional para assegurar relações interpessoais e interprofissionais em equipe, de forma fluidas e sólidas: aprender com o outro para compartilhar e efetivar a parceria; sobre para falar sobre si e o outro com a clareza da necessidade da complementariedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção sobre o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa evidenciou a necessidade de integração e colaboração no âmbito da equipe do CEUVF como também a potência do grupo focal no sentido de provocar questionamentos nos profissionais sobre o tema interprofissionalidade para que o material produzido possa fundamentar o grupo no entendimento do tema e possibilitar ações de fortalecimento desta prática.

A forma como esta equipe de trabalho se reconhece nesta prática, o respeito mútuo, o reconhecimento do seu papel e do outro profissional, permitiu a troca de saberes e de corresponsabilidade na rotina de trabalho da equipe.

O momento de pensar sobre o compartilhamento de ações de si mesmos coloca em pauta a reflexão sobre as práticas profissionais a fim de que possam inventar e reinventar formas de atuar interdisciplinarmente, proporcionando melhores resultados ao trabalho interprofissional.

Reitera-se a necessidade da manutenção de espaços para discussão sobre o uso da EIP como abordagem capaz de trazer mudanças na formação e prática profissional, bem como de estudos que se proponham a avaliar o impacto da EIP no exercício futuro dos profissionais.

Ao tecermos relações cooperativas e colaborativas na diversidade, abrimo-nos para o reconhecimento dos distintos coletivos de pensamento e para investigarmos e problematizarmos as racionalidades e valores presentes em nossos discursos e práticas.

Faz-se necessário que as oportunidades de formação sejam multiplicadas tanto no cenário investigado quanto em outros contextos. Novas iniciativas são importantes no cenário em que foi realizado este estudo com vistas a qualificar de forma permanente o cuidado em saúde deste centro de saúde e alcançar um trabalho colaborativo efetivo nesta equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.
- AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 261f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- AZEVEDO G. D. *et al.* Interprofessional education in Brazil: Building synergic networks of educational and healthcare processes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n.2, p. 135-137, Mar., 2016:135-72016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2015.1119630>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- BARR, H. *et al.* **Interprofessional Education**: the genesis of a global movement. Center For The Advancement of Inteprofessional Care. United Kingdon. 2015. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/global-ipe-2015.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- BEZERRA, J. G. V.; AZEVEDO, C. C.; SAMPAIO J. F. Desafios da Formação para o Trabalho Interprofissional no Contexto da Reabilitação. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 680-693, set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183991/001064817.pdf?sequence>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 14-27. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/183942>. Acesso em: 16 fev. 2019.

COSTA, M.V. A. Educação Interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, jan./mar.2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832016000100197&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 16 fev. 2019.

DOW, A. W. *et al.* Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 6, p. 677-678, Nov. 2017.

FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 787-796, maio, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300787&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

FOX, A.; REEVES. S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 2, p. 113-118, Mar. 2015.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100334&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

GOCAN, S.; LAPLANTE M. A.; WOODEND, K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. **Journal of Research in Interprofessional Practice and Education**, v. 3, n. 3, p. 1-19, Jan. 2014. Disponível em: <https://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 16 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. **Relatório da reunião**, Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Disponível: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34370/OPASHSS17024_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 16 fev. 2019.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa em atenção primária de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, jan./mar., 2016 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde.

Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1535-1547, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

PROCH, R. From silos to synergy: interprofessional education initiatives find warm welcome at Hopkins. **Johns Hopkins Nursing**, v. 10, n. 1, p. 33-35, Apr. 2012.

Disponível em: <https://magazine.nursing.jhu.edu/2012/04/from-silos-to-synergy/>. Acesso em: 15 out. 2018.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 1-3, Jan, 2018. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 16 fev. 2019.

REEVES, Scott. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, Mar. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, dez. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

SORATTO, J. et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-7, mar. 2015. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/872>. Acesso em: 16 fev. 2019.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou perceber que há entre os profissionais participantes do estudo dificuldades quanto a conceituação de trabalho interprofissional. O conceito interdisciplinariedade se interpõe em vários momentos das falas. O trabalho colaborativo aparece como a forma de conversar com o profissional de outra área e não no sentido de projeto comum a todas as áreas atuantes no CEUVF. Isto nos demonstra a necessidade de desenvolver relações de parceria e responsabilidade coletiva, ou seja, colaboração, requisito essencial da prática interprofissional.

O processo de trabalho existente entre professores e profissionais na unidade aponta percepções pautadas pela visão individual de cada área de atuação, dificultando o entrosamento de ideias e de projetos comuns de práticas integradas de trabalho que possibilitem o trabalho interprofissional. Esta equipe parece não diferir de outras equipes semelhantes a realidade estudada quanto a fragmentação dos saberes.

Outro fator que chama a atenção é o fato de não haver o espaço físico, valorado pela equipe, que propicie encontros entre os profissionais e professores, sejam reuniões de equipe ou discussão de casos, ferramenta indispensável à transitar no campo de conhecimento do outro (profissional) fundamental à prática da interprofissionalidade. O encontro realizado para o grupo focal, embora não conseguindo agrupar todos os participantes desta pesquisa, mostrou que aqueles participantes sentiram-se valorizados e desejosos de poder falar e abordar mudanças que alcancem a efetivação de educação permanente e voltada à interprofissionalidade.

Embora seja uma tarefa desafiadora adotar uma mudança nas práticas exercidas, o cenário do CEUVF apresenta possibilidades porque há a presença de alunos, o que constitui em motivação tanto para os professores quanto os profissionais deste serviço e a formação nos diferentes cursos da área da saúde está preconizando a educação interprofissional, além deste tema ser um potente dispositivo para a reciclagem das práticas profissionais existentes no SUS.

A continuidade de ações que possibilitem esta aproximação da equipe é fundamental para qualificação do trabalho e da formação para a saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. O. *et al.* O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 58, n. 2, p. 203-207, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019. Agu. 2005.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.
- ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.
- ASSIS, A. M. O. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 255-266, set. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* (org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. E-book. <https://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.

BACKES, V. M. S. *et al.* Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 858-865, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

BARBOSA, M. A. *et al.* Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 574-576, out. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.

BARR, H. *et al.* **Avaliando educação interprofissional**: uma revisão do Reino Unido para saúde e assistência social. Londres: BERA / CAIPE; 2000.

BARR, H. *et al.* **Educação interprofissional eficaz**: argumentos, suposição e evidência. Londres: Wiley-Blackwell, 2005.

BARR, H; LOW, H. **Introducing interprofessional education**. Fareham, Reino Unido. CAIPE, 2013. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intr_o_eip_en.pdf Acesso em: 17 fev. 2019.

BARROS, E. R. S.; ELLERY, A. E. L. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. **Rev. Rene**, v. 17, n. 1, p.10-9, jan./fev. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2600>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BATISTA, N. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-26, jan. 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.

BATISTA, S. H.; ROSSIT, R.; BATISTA, N. A. Educação Interprofissional, Interdisciplinaridade e a Formação em Saúde: potências e desafios. *In*: SILVA, G. T. R. (org.). **Residência Multiprofissional em Saúde**: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari, 2013, p. 29-46.

BONALDI, C. *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidade brasileiras. *In* BONALDI, C. *et al.* **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 53-72.

BOTTI, S. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_8080.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996. Brasil. Seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. 8.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa/MEC nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Mestrado Profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. **Diário Oficial da União nº 248**, Brasília, Seção 1, p. 20, 2009. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/downloads/legislacao/PortariaNormativa-_17MP.pdf Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. **PROMED**: Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2002. [Edital de Convocação].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRÓ-SAÚDE**. Brasília: MS, 2005. Disponível em: http://portal/sktes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PRO-SAÚDE / PET-SAÚDE**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Brasília: MS, [201?]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-saúde educação**. Brasília: MDSMD; 2007.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica nº05/2002. **DOU**, 23 dez. 2003, Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM052002.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 228-237, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a26.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BROWN, B.; CROWFORD, P.; DARENGKAMAS, J. Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. **Health Soc Care Community**, v. 8, n. 6, p. 425-435 Nov. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes**: documento preliminar. Rio de Janeiro: ABEM, 2005.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de saúde. *In*: Merhy E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, N. M. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios**: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em POA/RS. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, Ricardo B. Formação e educação em saúde: Aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G.W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

CECCIM, R. B., KREUTZ, J. A., CAMPOS, J. D. P. Educação em saúde coletiva, pesquisa-formação e estratégia de prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica. *In: CECCIM, R. B. et al. (org.). Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 17-27.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. *In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO, 2006. p. 165-184.

CHARMAZ, K. Teoria Fundamentalista: Métodos Objetivistas e Construtivistas. *In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (org.). Manual de pesquisa qualitativa*. EUA: Sage Publicações, 2000. p. 509-536.

CHIAPINOTTO, L.; FAIT, C. S.; MAYER, M. J. O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.155-164, jan./abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/14.pdf>. Acesso em: 17 fev.2019.

CIENTÍFICAS do Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional. Barueri: Minha Editora, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN 380/2005, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 dez. 2005.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

COSTA, M. V. A. educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, mar. 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

COSTA, M. V. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500709&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

COSTA, N. S. C. **A formação do nutricionista, educação e contradição**. 2. ed. Goiânia: UFG; 2002.

COSTA, R. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

CREUTZBERG, M.; LOPES, M. H. I.; DOCKHORN, D. As diretrizes curriculares da área da saúde. *In*: CORBELLINI, V. L. *et al.* (org.). **Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS**. Brasília: ABEN, 2011.

CUNHA, C. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros**: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional. 2007. (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CYRINO, E. G.; RIZZATO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 59-69, mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

D'AMOUR, D. *et al.* The Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, 2005, v.19, (S1), p.116-131.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, v. 21, n. 8, p. Sep. 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>. Acesso em: 17 fev. 2019.

DELLORS, J. *et al.* **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; 2000.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

DIAS, I. M. A. V. *et al.* A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-267, out./dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Necessidade de saúde 1 e prática profissional**: 1ª série: cursos de medicina e enfermagem. Marília, Famema; 2007. Disponível em: <http://www.famema.br/famema/ensino/cursos/docs/Caderno%20da%202%C2%AA%20s%C3%A9rie%20de%20Medicina%20e%20Enfermagem.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O Trabalho da Preceptoría nos Tempos de Residência em Área Profissional da Saúde. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em Saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2010.

FAQUIM, J. P.S.; FRAZÃO, P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.109, abr./jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200059&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. **A análise de conteúdo na perspectiva de bardin**: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Florianópolis: UFSCAR, [2009?]. Disponível em: www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

FAUSTINI, M. S. A. **O Ensino em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FEELEY, N.; GOTTLIEB, L. N.; DALTON, C. **The collaborative partnership approach to care: a delicate balance**. Toronto: Elsevier Mosby, 2005.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Preceptoría em enfermagem numa instituição privada de ensino superior, Mossoró-RN: relato de experiência sobre processo ensino-aprendizagem. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais** [...] 2009. Fortaleza: CFE, 2019.

FERREIRA, R. C. *et al.* Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. *In*: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J., HENS, A. O. (org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-68.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H., RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades: problemas da comunidade. **Saúde Debate**, v. 22, p. 36-48, 2000.

FEUERWERKER, L. C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; 2002.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso: 17 fev. 2019.

FEURERWEKER, L. C. M. **Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde**. São Paulo: FNEPAS, [s. d.]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

FEURWERKER, L. C. M, LIMA V. V. Formação de Ativadores de Processos de Mudança: uma estratégia do Aprender SUS. **Olho Mágico**, v. 11, n. 4, p. 15-18, 2004.

FORTE, F. D. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 787-796, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300787&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2019.

FORTUNA, C. M. **O Trabalho de Equipe numa Unidade Básica de Saúde: Produzindo e Re-produzindo-se em Subjetividades**. Em Busca do Desejo, do Devir e de Singularidades. 1999. (Dissertação de Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

FRENCK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1957, 2010.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2009.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n. 22, p. 239-255, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2018.

GABAN, M. C.; VANZO, A.; CUNHA, J. P. O Projeto Rondon e os impactos na vida dos acadêmicos da PUCPR. *In*: CONGRESSO NACIONAL DO PROJETO RONDON, 2., 2015. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSCA, 2015.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 89-100, fev. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, abr. 2005. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso: 17 fev. 2019.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003,12(24). Disponível em: www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04. Acesso em: 17 fev. 2019.

GUATTARI, F, ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Taurus-Biblioteca de Filosofia Contemporânea. Madri-Portugal: Ed. 70, 1987.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019.

ITO, A. M. Y.; IVAMA, A. M.; NUNES, E. F. P. A. Diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 15, 2006.

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

KITZINGER, J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. **Sociology of Health & Illness**, v. 16, n. 1, p. 103-121, 1994.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 1, p. 61-66, 2004.

MARQUES, J. B. *et al.* Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 245-255, 2007.

MARSIGLIA, R. M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou?. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 5, n. 7, p. 30-41, 2004.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos - filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MASSOTE, A. W.; BELISARIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 445-453, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

MATUDA, C. G. *et al.* Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.** v.22, n. 1, p.173-186, 2013.

MATUDA, C.G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, mar. 2013. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

MCNAIR, R. P. The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Med Educ.** v. 39, n. 5, p. 456-64, May, 2005.

MELÉNDEZ, G. V.; KAC G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S4-S5, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: FRANCO, T. E.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir na micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MORGAN, D. **Grupo focal como pesquisa qualitativa**. Londres: Sage Publicações, 1997.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

MUNOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, abr. 2007. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

NICHIATA, L. Y. I. *et al.* A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev. Latino-Am. **Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 16, n. 5, p. 923-928, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

NÓVOA, A. Os professores e as histórias de sua vida. *In: NÓVOA, A. et al. Vidas de professores*. Porto: Porto, 1992. p.11-30.

NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. *In: Campos G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

OANDANSAN, I. et. al. **Educação interdisciplinar para prática colaborativa centrada no paciente**. Ottawa, Saúde; Canadá, 2004.

OANDASAN, I; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. **Journal interprofessional Care**, v. 19, n. Suppl 1, p. 21-38, May, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quadro de ação sobre educação interprofissional e colaboração Prática**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Acesso em: 15 nov. 2018.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. (Série Brasil), p. 11-31, maio, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-858062342013000400977&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, jan./mar., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. (org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 161-177.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C. Trabalho em equipe multiprofissional. *In: Clínica Médica*. Barueri: Manole; 2009. p. 171-178.

PEDUZZI, Marina *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Agu. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

PERINI, E. *et al.* O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da Epidemiologia e da Medicina Social. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 101-118, fev. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. *In: ARRUDA, B. K.G. (org). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco: MS: 2001. p.121-40.*

PIMENTEL, V. R. M. *et al.* Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo. **Demetra**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 487-498, out. 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/5632>. Acesso em: 16 fev. 2019.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* Nutrição em saúde Pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista eletrônica Tempus**, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <http://164.41.105.3/portalnesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e Cognição**, v.8, p. 68-87, 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Annablume; 2008.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade de Feevale, 2013.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Systematic Review**, v.3, 2013.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare

outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 6. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, abr. 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

RIVERA, F. J. U. Cultura e liderança comunicativa. *In*: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.185-218.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

SANT'ANNA, C. F. **Produção de saúde socioambiental**: integralidade da saúde e mutualidade do trabalho entre equipes da saúde e grupos organizados da comunidade. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-536, dez., 2005. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1984. (Coleção polêmicas do nosso tempo).

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 2, 2009. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/wiewfile/730/739. Acesso em: 17 fev. 2019.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

SCHÖN, D. A. **Educando o Profissional Reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SEIFFERT, O. M. L. B. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 331-350, set. 2005.

SHAW, A.; LUSIGNAN, S., ROWLANDS, G. Do primary care professionals work as a team: a qualitative study. **J Interprof Care**, v. 19, n.4, p. 396-405, Aug, 2005.

SICHIERI, R; NASCIMENTO, S. O Custo da obesidade para o Sistema Único de Saúde. Perspectivas para as próximas décadas. TADDEI, J. A. (coord.). **Jornadas Científicas do Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional**. Barueri: Minha Editora, 2007.

SILVA, D. O.; RECINE, E. G. I. G.; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1367-1377, out. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

SILVA, L. S. *et al.* A formação de recursos humanos na graduação em saúde compatibilizando os distintos tempos entre saberes e práticas: um desafio emergente do SUS. *In*: BELLINI, M. I. B. (coord.). **Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde**: a realidade da saúde do Estado do Rio Grande do Sul pelo olhar do trabalhador em saúde. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; Rede Observatório de Recursos Humanos; Secretaria de Saúde; Rio Grande do Sul, 2009. p. 33 – 48.

SILVA, R. H. A *et al.* Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (Campinas)**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 39, p. 159-175, jan./abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602011000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

SILVEIRA, J. L. C. *et al.* A Formação da área da saúde para além da profissionalização. *In*: ANDRADE, M. R. S *et al.* (org.). **Formação em Saúde**:

experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica. Blumenau: Edifurb, 2011. p. 75 – 85.

SILVEIRA, R. M. H. A entrevista na pesquisa em educação: uma arena de significados. *In*: COSTA, M. C. V. (org.). **Caminhos Investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. *In*: NEGRI, B, VIANA, A. L. (org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-40.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 15-28, Jan. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

THISTLETHWAITE, J; JACKSON, A; MORAN, M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. **J Interprof Care**. V. 27, n. 1, Jan. 2013.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opinião Pública**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762001000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2019.

VILARINO, M. G. *et al.* **Bom Jesus**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Cultura da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1998. (Memória dos Bairros).

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v. 120, n. 6, p. 472-482. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

ZWAREBSTEIN, M; GOLDMAN, J; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**. Jul. v.8, n.3, 2009.

ANEXO A – PARECER CEP UFRGS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA- COMISSÃO DE PESQUISA**

Projeto 33965: **ANÁLISE DO AGIR PROFISSIONAL NA EXPERIÊNCIA DO
ENSINO-SERVIÇO.**

Autores: DENISE BUENO (coordenador), ANDREIA SILVEIRA TEIXEIRA
(pesquisador).

P A R E C E R

Adequação do título: adequado.Revisão da literatura: adequada, tratando dos principais pontos implicados no projeto de pesquisa.Adequação dos objetivos frente a literatura: Trata-se de um estudo a ser desenvolvido no contexto do mestrado profissional do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde. Tem por objetivo analisar de que forma o trabalho em equipe contribui na formação e assistência em saúde do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima.Justificativa do projeto: O projeto visa contribuir para a discussão de metodologias de integração e capacitação dos profissionais da saúde para o trabalho em equipe interdisciplinar no sentido de fornecer atenção integral a saúde da população.Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).A pesquisa irá utilizar uma abordagem qualitativa de caráter exploratório/descritivo. Como técnica de coleta de dados privilegiar a entrevista individual e o grupo focal. Serão convidados a participar do estudo todos os profissionais vinculados ao Centro de Extensão Universitária Vila Fátima/PUCRS (CEUVF) e usuários do serviço. Este serviço se localiza na região Leste de Porto Alegre/RS, no território denominado Vila Fátima, no Bairro Bom Jesus. Presta assistência médica, odontológica e de outras profissões, além de receber alunos de diversos Cursos da Pontifícia Universidade Católica (PUC). Fontes de Custeio: As despesas do projeto serão custeadas pelo pesquisador. Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). Os participantes assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto será submetido ao CEP-PUCRS visto que o servidor no qual o mesmo será realizado é de responsabilidade desta instituição.Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde-. Faculdade de Medicina.Termo de consentimento livre e esclarecido: Adequado.Data prevista para o início da pesquisa: 01/11/2017.Duração total da pesquisa: previsão de conclusão em 01/11/2019.Local da pesquisa: Centro de Extensão Universitária Vila Fátima/PUCRS (CEUVF).Parecer final: APROVADO.

Profa Dra. Solange Garcia Accetta

COORDENADORA DA COMPESQ/ FAMED-UFRGS

Porto Alegre, 07 de outubro de 2017..

ANEXO B – PARECER CEP PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do Agir profissional na Experiência Ensino-Serviço

Pesquisador: Andréia Silveira Teixeira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79593817.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.561.820

Apresentação do Projeto:

Estudo de caráter exploratório descritivo que pretende observar as práticas colaborativas desempenhadas por profissionais de saúde da Unidade da Vila Fátima e a importância destas práticas no agir profissional de cada componente da equipe de saúde e dos discentes que passam por esta unidade e como os usuários reconhecem este diferencial de trabalho na assistência em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os aspectos da equipe de saúde que se enquadram no trabalho e no fazer colaborativo e que impactam no agir profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos associados ao projeto são o desconforto de responder a questões durante um período de tempo. O estudo pretende minimizar estes riscos aplicando o instrumento de forma contínua e em horário pré agendado.

Benefícios:

O reconhecimento das práticas cotidianas pode contribuir na qualidade do serviço prestado na unidade de saúde.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.561.820

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa visa a aplicação de questionário para a equipe de saúde do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, manifesta-se pela aprovação do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_987187.pdf	16/03/2018 16:29:43		Aceito
Outros	PARECERUFGRS.pdf	09/03/2018 13:01:51	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	cartachefe.pdf	09/03/2018 12:59:56	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2018.docx	09/03/2018 12:57:34	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPUC.docx	09/03/2018 12:56:56	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	ParecerPendencias3.pdf	04/02/2018 20:20:50	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	cartapresentacao3.pdf	04/02/2018 20:19:47	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	RespostaPendencia2.docx	17/01/2018 10:33:52	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	cartaApresentacao2.docx	17/01/2018 10:33:00	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	RespostaPendencia.docx	10/01/2018 09:32:41	Andréia Silveira Teixeira	Aceito
Outros	cartaApresentacao.docx	10/01/2018 09:31:27	Andréia Silveira Teixeira	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.561.820

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/12/2017 07:50:54	Denise Bueno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdocxPROJETO.pdf	22/12/2017 07:50:07	Denise Bueno	Aceito
Outros	FAMED.pdf	31/10/2017 18:17:30	Denise Bueno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/08/2017 14:33:50	Denise Bueno	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	30/08/2017 14:29:18	Denise Bueno	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/08/2017 14:25:00	Denise Bueno	Aceito
Folha de Rosto	folhadigitalizada.pdf	30/08/2017 14:23:35	Denise Bueno	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Março de 2018

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO C – TCLE

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevista individual

Nº do projeto CAAE _____

Título do Projeto: **ANÁLISE DO AGIR PROFISSIONAL NA EXPERIÊNCIA DO ENSINO-SERVIÇO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar como o trabalho em equipe contribui na formação e assistência em saúde do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima . Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de pós-graduação em Ensino na Saúde-PPGENSAU- Faculdade de Medicina-UFRGS.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação é o da entrevista individual, em local privativo, com perguntas referentes a sua atuação profissional. Esta entrevista será gravada para posterior transcrição, ou seja, cópia exata das falas para um documento de texto.

Os possíveis riscos decorrentes da participação na entrevista são desconfortos em relação ao agendamento, tempo de duração e/ou questões abordadas.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são indiretos, envolvendo a melhor compreensão sobre o serviço de saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu trabalho ou vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua

participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador Denise Bueno, pelo telefone (51) 3308 5767, com a pesquisadora Andreia.S. Teixeira pelo telefone (51) 993156691 e 33203618, ou com o Comitê de Ética da PUCRS, situada na Av. Ipiranga 6681, Prédio 50 - Sala 703 Porto Alegre/RS - Brasil - CEP 90619-900, Telefone: (51) 3320.3345 E-mail: cep@pucrs.br

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

local e Data: _____