Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Rachel Brinco de Souza

PET-Saúde/Interprofissionalidade: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2021

Rachel Brinco de Souza

PET-Saúde/Interprofissionalidade: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Tania França

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S729 Souza, Rachel Brinco de.

PET-Saúde/Interprofissionalidade: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro / Rachel Brinco de Souza – 2021.
183 f.

Orientadora: Tania França.

Doutorado (Tese) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Educação – Teses. 2. Pessoal de saúde – Teses. 3. Estudantes – Teses. 4. Educação continuada – Teses. 5. Serviços de saúde – Teses. I. França, Tania. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 37:614(815.3)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Rachel Brinco de Souza

PET-Saúde/Interprofissionalidade: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 06 de agosto de 2021.

Banca Examinadora: _____

Prof.ª Dra. Tania França (Orientadora)

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Márcia Silveira Ney

Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Profª. Dra. Carinne Magnago

Universidade de São Paulo

_____

Prof.ª PhD. Ana Lúcia Abrahão da Silva

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof.ª Dra. Danielle Vargas Silva Baltazar

Universidade Estácio de Sá

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à “mãe Isa”, Luiza da Cruz Brinco (*in memoriam*).

“Aquela mulher, minha mãe [...], trazia consigo o dom de me devolver a calma, que a vida tantas vezes insistiu em me roubar”.
“Com ela eu aprendi que a delicadeza é a expressão mais aprimorada da força”.
(Pe Fábio de Melo)
Obrigada por me ensinar sobre amor e resiliência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que com sua infinita bondade me colocou diante da oportunidade de estudar.

Agradeço à minha família que é a base da minha vida e que sabe apoiar e respeitar todos os momentos do meu percurso de vida. Aprendi com cada um deles que é com fé e dedicação que alcançamos nossos sonhos. Angela Maria, Maria Cristina, Saulo, Cínthia, Sydney e meu irmão Raphael, a vocês, todo meu carinho e amor.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para a construção dessa tese. É notório que relações diversas se estabeleceram para se somar a um esforço. Muitas pessoas merecem meu muito obrigada e, assim, me remeto a algumas delas.

Aos professores Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro (*in memorian*) e à Dra. Adriana Cavalcante de Aguiar, que além de se tornarem meus amigos, sempre me inspiraram conhecimento, humanidade e gentileza.

À professora e orientadora Dra. Tania França, pela capacidade de ser o amor de Deus na minha vida. Como foi amiga, nos meus momentos mais difíceis! Não há nada mais bonito que você ser olhado, você ser afagado no momento certo, na hora precisa. Jamais esquecerei. Obrigada também pelos conhecimentos passados, pelas trocas de experiências, pelo seu saber e sabedoria.

Agradeço à professora Dra. Carinne Magnago pelo seu constante apoio e atenção, pela sua solicitude e amorosidade que, somados a um conhecimento gigante, marcaram minha construção, minha caminhada.

Aos demais membros e colegas do grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES), pelas contribuições tecidas ao meu trabalho no decorrer de nossos encontros.

Aos coordenadores, tutores, preceptores e acadêmicos dos grupos PET-Saúde, edição Interprofissionalidade do estado do Rio de Janeiro, que participaram da pesquisa e engrandeceram meu trabalho.

A todos que acreditam no Sistema Único de Saúde, e lutam para vê-lo acontecer!

Não desistir, nem desanimar da luta. Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido por desânimo, frouxidão e estafa física, mental e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter a consciência de que lutamos por nós e, solidariamente pelos muitos que ainda ou não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras.

Gilson de Carvalho (1946-2014)

RESUMO

SOUZA, Rachel Brinco. **PET-Saúde/Interprofissionalidade**: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro. 2021. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) visa reorientar a formação profissional em saúde a partir da inserção de estudantes nos serviços de saúde. Pensar no trabalho em equipe, no protagonismo dos integrantes na construção das atividades do programa e na ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e o trabalho em saúde é instigante tanto do ponto de vista da formação quanto da qualificação do sistema de saúde. Este estudo objetivou analisar o desenvolvimento da edição PET-Saúde/Interprofissionalidade na perspectiva dos elementos teóricos-metodológicos da educação interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas. Trata-se de estudo de caso qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido no estado do Rio de Janeiro, cujos dados foram coletados em 2020, mediante entrevistas abertas com 32 integrantes do programa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e tratadas por análise de conteúdo. Constatou-se que a edição deflagrou experiências assertivas a partir da aplicação dos pressupostos da EIP e das práticas colaborativas, resultando na indução de reformas curriculares e de criação de disciplinas interprofissionais; porém, ainda não representa uma política incorporada pelas instituições de ensino, cujos impasses para sua solidificação perduram. Dificultaram o desenvolvimento dos projetos sob o alicerce da EIP as barreiras profissionais, cujo elemento central é o modelo de formação fragmentado, baseado em silos profissionais; barreiras culturais, que se expressam pela resistência a mudanças e pela dicotomia ensino *versus* serviço; barreiras políticas, que se relacionam com a carência de processos de apoio institucional que fortaleçam o sentido da corresponsabilização do ensino e do serviço com as mudanças; e barreiras estruturais, refletidas na incompatibilidade de horários dos diferentes cursos e rotatividade de gestores e profissionais do serviço. Em função da pandemia, os atores precisaram replanajar as ações previstas e se adaptar para o uso das tecnologias digitais. Conseguiram intensificar as atividades intragrupos por meio de encontros virtuais, apoiar às secretarias de saúde a partir de atividades de telemonitoramento, e desenvolver educação em saúde por meio das mídias sociais. O PET-Saúde/Interprofissionalidade corresponde a uma prática educacional inovadora que atende ao objetivo central da EIP e que se configurou num salto qualitativo ao promover a incorporação de habilidades e competências colaborativas ao ensino na saúde. As barreiras evidenciadas refletem explicitamente o contexto histórico-político que fundou as relações de poder entre o ensino e o serviço e entre a educação e o trabalho; e que as transformações almejadas requerem apoio institucional e político e um sentido de corresponsabilidade de todos os atores do quadrilátero estruturante do SUS. O PET-Saúde é, seguramente, uma estratégia potente para incitar novos movimentos dialógicos e de integração entre instituições, entre disciplinas e profissões, entre teoria e prática e, o mais importante, entre diferentes atores, que cotidianamente produzem cuidado e sem os quais não há mudança possível.

Palavras-chave: Serviços de Integração Docente-Assistencial. Educação Permanente. Formação em saúde. PET-Saúde.

ABSTRACT

SOUZA, Rachel Brinco. **PET-Saúde/Interprofessionality**: an analysis of the state of Rio de Janeiro. 2021. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The Education through Work for Health Program (PET-Saúde) aims to reorient professional training in health based on the inclusion of students in health services. Thinking about teamwork, the role of members in the construction of the program's activities and the expansion of a critical view of the social reality and health work is exciting both from the point of view of training and qualification of the health system. This study aimed to analyze the development of the PET-Saúde/Interprofessionality edition from the perspective of theoretical-methodological elements of interprofessional education (IPE) and collaborative practices. This is a qualitative, descriptive and exploratory case study, developed in the state of Rio de Janeiro, whose data were collected in 2020, through open interviews with 32 members of the program. The interviews were recorded, transcribed and treated by content analysis. It was found that the edition triggered assertive experiences from the application of IPE assumptions and collaborative practices, resulting in the induction of curricular reforms and the creation of interprofessional subjects; however, it still does not represent a policy incorporated by educational institutions, whose impasses for its solidification persist. For those interviewed, different barriers hindered the development of projects under the foundation of the IPE: professional barriers, whose central element is the fragmented training model, based on professional silos; cultural barriers, expressed by resistance to change and by the teaching versus service dichotomy; political barriers, which are related to the lack of institutional support processes that strengthen the sense of co-responsibility of education and service with changes; and structural barriers, reflected in the incompatibility of timetables for different courses and turnover of managers and professionals in the service. Besides, due to the pandemic, the actors needed to replan the planned actions and adapt to the use of digital technologies. They were able to intensify intragroup activities through virtual meetings, support the health departments through telemonitoring activities, and develop health education through social media. The PET-Saúde/Interprofessionality corresponds to an innovative educational practice that meets the main objective of the EIP and which took the form of a qualitative leap by promoting the incorporation of collaborative skills and competences in health education. The barriers highlighted explicitly reflect the historical-political context that founded the power relations between teaching and service and between education and work; and that the desired transformations require institutional and political support and a sense of co-responsibility from all actors in the SUS structuring quadrilateral. PET-Saúde is certainly a powerful strategy to incite new dialogic and integration movements between institutions, between disciplines and professions, between theory and practice and, most importantly, between different actors, who daily produce care and without which they do not no change possible.

Keywords: Teaching Care Integration Services. Education permanent. Trainning in health. PET-Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Edições do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde .. 45

Quadro 2- Projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade do estado do Rio de Janeiro aprovados. Brasil, 2018 57

Quadro 3- Objetivo geral, questões norteadoras, objetivos específicos e estratégias metodológicas adotadas para o levantamento de dados da pesquisa. Rio de Janeiro, 2020 59

Quadro 4- Matriz analítica baseada nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP..... 62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de projetos executados, grupos constituídos, bolsas concedidas e cursos participantes por edital do PET-Saúde. Brasil, 2008-2020 49

Tabela 2- Distribuição do número de projetos, grupos tutoriais e cursos de graduação envolvidos no PET-Saúde/Interprofissionalidade por região. Brasil, 2020 49

Tabela 3- Distribuição do número de projetos, grupos tutoriais e cursos de graduação envolvidos no PET-Saúde/Interprofissionalidade por estado. Brasil, 2020 50

Tabela 4- Distribuição de projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade aprovados segundo tipo de instituição de ensino superior. Brasil, 2020 50

Tabela 5- Distribuição de bolsas PET-Saúde/Interprofissionalidade por estado. Brasil, nov. 2020 51

Tabela 6- Distribuição de participantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade, segundo perfil de participação. Brasil, nov. 2020 51

Tabela 7- Distribuição dos estudantes segundo curso de graduação. Rio de Janeiro, 2020 64

Tabela 8- Distribuição dos estudantes segundo período acadêmico. Rio de Janeiro, 2020 64

Tabela 9- Participação dos estudantes em atividades acadêmicas complementares. Rio de Janeiro, 2020 65

Tabela 10- Distribuição do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores segundo curso de formação. Rio de Janeiro, 2020.... 66

Tabela 11- Distribuição do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores por maior titulação. Rio de Janeiro, 2020 66

Tabela 12- Tempo de formação do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores por maior titulação. Rio de Janeiro, 2020 67

Tabela 13- Participação do conjunto de coordenadores, tutores e

preceptores em edições anteriores do PET-Saúde. Rio de Janeiro, 2020 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
COVID-19	Coronavirus Disease
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNS	Departamento Nacional de Saúde
EIP	Educação Interprofissional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMMR	Hospital Municipal Dr. Munir Rafful
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IDA	Programa de Integração Docente-Assistenciais
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MNNPSUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PIP	prática interprofissional
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNEPS	Política Nacional da Educação Permanente em Saúde
PPAES	Grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROFAPS	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde
ProgeSUS	Programa de qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-RESIDÊNCIA	Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNI	Projeto Uma nova iniciativa
UNIFAA	Centro Universitário de Valença
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
VER-SUS	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1	**OBJETIVOS**	23
2	**PERCURSO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL**	24
2.1	**O período pré-formulação SUS: da 1ª a 8ª Conferência Nacional de Saúde**	24
2.1.1	I, II e III Conferências Nacionais de Saúde (1941 – 1961)	24
2.1.2	IV a VII Conferências Nacionais de Saúde (1967-1980)	27
2.1.3	VIII Conferência Nacional de Saúde	31
2.2	**Da Constituição Federal de 1988 aos dias atuais**.....	32
3	**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE**.....	44
3.1	**PET-Saúde/Interprofissionalidade em números**	49
4	**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS**	52
5	**MÉTODOS**	56
5.1	**Desenho do estudo**	56
5.2	**Cenário do estudo, unidades de análise e participantes**	56
5.3	**Procedimentos e instrumentos de coleta de dados**	59
5.4	**Técnicas de análise**	61
5.5	**Aspectos éticos**	63
6	**RESULTADOS**	64
6.1	**Caracterização dos sujeitos da pesquisa**.....	64
6.2	**PET-Saúde/Interprofissionalidade: o caso do estado do Rio de Janeiro**	67
6.2.1	PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de competências colaborativas: uma proposta assertiva (Manuscrito)	69
6.2.2	Barreiras para a implementação da educação interprofissional no Brasil: um olhar sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Manuscrito)	94
6.2.3	Artigo Movimentos de adaptação das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no contexto da pandemia de	

covid-19 114
7 **DISCUSSÃO** 133
CONSIDERAÇÕES FINAIS 141
REFERÊNCIAS 144
APÊNDICE A - Questionários para a caracterização dos participantes ... 154
APÊNDICE B - Roteiros das entrevistas individuais 156
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 159
ANEXO A - Pareceres de aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa 161
ANEXO B - Carta de Aceite 186

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Tudo começou com o meu interesse pela Educação Permanente em Saúde (EPS) e pelas políticas de formação em saúde, em especial pela implementação da Política Nacional da Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pelas propostas em consolidar e fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e instâncias envolvidas nesse processo.

Enquanto profissional de saúde e educação, adquiri predileção e aproximação com o tema da gestão e da educação de recursos humanos nos serviços de saúde. Minha trajetória profissional me oportunizou participar de diferentes iniciativas direcionadas para a qualificação e adequação do perfil dos trabalhadores às necessidades do sistema de saúde.

Assim, tive a oportunidade de vivenciar a prática de saúde, ao integrar uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Brejetuba, no estado do Espírito Santo. O ensino superior da época não preparava o acadêmico para atuar no modelo de atenção à saúde pautado nos preceitos do SUS. Foi nesse território que vivi de fato minha formação para o SUS. Hoje, refletindo, experimentei um trabalho colaborativo, por meio do qual aprendíamos uns com os outros, ensinávamos e escutávamos a proposta que cada profissional trazia no dia a dia, e nas reuniões de equipe. Afinal, vivíamos num município de quase 10.000 habitantes onde havia uma Atenção Primária à Saúde (APS) constituída por 100% de ESF. Eram apenas 4 equipes para o município, e só existiam aqueles profissionais para a atenção à saúde. Foi lá a minha grande escola.

Mas, por necessidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, após três anos, fui para outro município com mais possibilidades, entre elas: acesso à capital para a realização de pós-graduação, autoescola, lazer etc.

O município de Castelo, também no estado do Espírito Santo, era bem maior. Com 32 mil habitantes aproximadamente, possuía “asfalto”, rodoviária (permitindo idas com maior periodicidade à família), padaria, pizzaria, comércio, teatro, clube, faculdade. Enfim, apresentava características de um contexto sociocultural e significados que eu atribuía como fundamentais ao meu processo de viver.

A ESF, experienciada novamente, agora em Castelo-ES, me proporcionou um cenário rural rico e diversificado de aprendizados: territórios agrícolas e territórios produtores de pedras ornamentais (pedra mármore). Concomitante a tudo isso, fui

convidada, pelo gestor municipal, para coordenar e lecionar no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) nos anos de 2001-2002.

Foi minha segunda aproximação com a formação, uma vez que cursei formação de professores no 2º grau. E assim, vivi novamente outra experiência incrível: todos aqueles alunos, atendentes de enfermagem, dispunham de uma prática respeitosa; e de um notório conhecimento prévio, adquirido na troca com outros profissionais: médicos, assistentes sociais e enfermeiros. E mesmo assim, tiveram muito interesse e adesão ao PROFAE, superando nossas expectativas em atitudes e posturas sobre aquele cotidiano vivenciado.

Afirmo o quanto é importante a assistência para a formação. Sem a experiência não teria propriedade para exercer a profissão de professora na área da saúde e com a experiência tanto eu quanto aqueles alunos ressignificamos nossas práticas!

Por volta de 2007, foi necessário o regresso à minha cidade natal e, assim, volto para Valença, estado do Rio de Janeiro. Começando um novo trabalho numa unidade de ESF peri-urbana, tornei-me também preceptora dos cursos de medicina e enfermagem onde atuo até os dias atuais.

Assim antes mesmo de minha atuação como docente já possuía um contato com a academia através das preceptorias, e de um estreitamento teórico-prático numa perspectiva participativa e democrática.

Meu interesse em crescer profissionalmente me impulsionou para o Mestrado Profissional em Saúde da Família onde fui agraciada em conhecer e ter como orientador Drº Hésio Cordeiro.

Com o passar do tempo, fui entendendo porque nossas orientações eram permeadas por conversas sobre o processo de trabalho no SUS e sobre a minha vivência, ele carregava consigo a necessidade de deixar um grande legado de reconhecimento da saúde como direito universal dando enfase a qualidade do cuidado e do atendimento em saúde.

A linha de pesquisa que estivemos envolvidos foi em diagnósticos locais e cuidados básicos em saúde da família e a dissertação foi sobre o cuidado na percepção do idoso hipertenso, das equipes de ESF de Valença/RJ, cuja construção se deu em torno do que os pacientes pensavam, sentiam e viviam, buscando saber

através de inquéritos domiciliares, como o idoso hipertenso percebia sua inter-relação equipe-paciente-família, tendo em vista a integralidade do cuidado.

Egressa do mestrado, no mesmo ano do seu término, passei num processo seletivo na Universidade Severino Sombra para o curso de Enfermagem, local onde me graduei! E ainda em 2011, comecei a lecionar no Centro Universitário de Valença (UNIFAA), para os cursos de Enfermagem e Medicina, onde atuo até hoje.

Estive também na gestão municipal do SUS, como Coordenadora da Atenção Básica de Valença-RJ, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2016; e como coordenadora e tutora no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, edição Redes (PET-Saúde/Redes) no período de 2013 a 2015, após aprovação de uma proposta de integração do ensino com a Rede de Atenção Básica e Saúde Mental.

O PET-Saúde/Redes foi a primeira edição do PET-Saúde a ser realizada em Valença, momento exclusivo e de grande aprendizado sobre os desafios de se trabalhar na gestão e de se buscar fortalecer a integração entre o serviço e a instituição de ensino. Conjugar saberes não é tarefa fácil, o PET-Saúde busca muito por uma identidade coletiva que todos nós, atores do serviço, da gestão, do ensino e da assistência ainda precisamos alcançar. Atualmente estou como professora/preceptora do UNIFAA e coordenadora de um dos grupos PET-Saúde/Interprofissionalidade.

Mediante o exposto, por observar e participar da transformações na rede de serviços, na gestão SUS, nas mudanças dos projetos políticos pedagógicos, e por participar de programas e iniciativas para reorientar a formação em saúde, sigo com inúmeras inquietações, entre elas as referentes ao desenvolvimento de estratégias para a reorientação da formação profissional no SUS, numa direcionalidade ao processo de integração ensino-serviço-comunidade, que tem como maior expoente o PET-Saúde.

Ao longo das últimas décadas, mudanças políticas, legais e institucionais vieram ocorrendo nos campos da saúde e da educação. A determinação social do processo saúde-doença e a necessidade de mudanças nos modelos de atenção permearam por marcos importantes: o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.

O SUS teve como base a descentralização, o fortalecimento do poder

municipal, a participação da sociedade na administração do setor saúde e o controle social, institucionalizados e regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990.

Visando consolidar o sistema de saúde e reorientar e reorganizar as práticas de cuidado em saúde, em 1994 o Ministério da Saúde implantou a Saúde da Família como estratégia de reorientação ao novo modelo de atenção, coerente aos princípios doutrinários do SUS, buscando alcançar a universalidade do acesso, a integralidade de atenção à saúde e a descentralização do planejamento e da gestão político-administrativa.

Composto essencialmente por um conjunto interdisciplinar de profissionais, com competências próprias de um trabalho continuado, perfil adequado e um olhar diferenciado, a estratégia busca favorecer a qualidade do serviço, alcançar metas e desenvolver uma atenção integral e resolutiva, em coerência com os pressupostos fundamentais da APS.

Em paralelo, com o intuito de atender as necessidades de saúde da população, a reforma política de nosso país sinalizou como imprescindível a reestruturação curricular e a reorientação da formação em saúde. Assim foi que, ancorando-se na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, deu-se a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde na intenção de compreender o papel de cada uma das profissões para a integralidade do cuidado, para o efetivo trabalho em equipe, para a melhoria dos indicadores de saúde da população e fortalecimento do SUS.

Historicamente, no Brasil, diferentes projetos e iniciativas voltados para a formação em saúde foram implementados, dentre eles: a Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) em 2000 e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), instituído em 2001 e extinto em 2004, cujo objetivo era incentivar a alocação de profissionais da saúde em municípios carentes de recursos sanitários. Estes mobilizaram discussões, principalmente nas universidades, mas foram poucas as mudanças permanentes experimentadas (BRASIL, 2005; BATISTA, 2013).

A necessidade de mudar a atuação profissional para o SUS justificava a intensificação das estratégias que se tornavam-se cada vez mais essenciais na garantia da mudança de modelo, uma vez que novas práticas exigiam novos profissionais.

A partir das DCN, imbricadas em um contexto sociopolítico de mudanças que passa a valorizar a importância de uma gestão competente para a formação em saúde em todas as suas dimensões, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério da Educação (MEC), passa a estimular as instituições formadoras e os serviços de saúde a estabeleceram parcerias para o desenvolvimento de projetos de ensino que se aproximassem dos princípios do SUS e das necessidades da nossa população.

É nesse contexto que se institui, em 2002, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), primeira iniciativa governamental voltada para apoiar a implementação das DCN, e que inaugura um sistema interministerial (saúde e educação) de indução de mudanças nos processos de formação em saúde (BRASIL, 2002a; 2002b).

O PROMED foi criado com o objetivo de incentivar as escolas médicas, de todo o País, a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de medicina, para que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo da formação médica centrado na assistência individual e eminentemente hospitalocêntrica, para um outro em que a formação estivesse sintonizada com o SUS e sua priorização às ações de promoção e prevenção (BRASIL 2002a; 2002b). Restrito aos cursos de medicina e desenvolvido com a participação de apenas 19 escolas médicas, o programa careceu de processos de monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde, não sendo capaz de produzir resultados mais significativos. Por outro lado, foi um disparador para novos projetos de incentivo a mudanças curriculares (OLIVEIRA et al., 2008).

O passo mais largo para o processo de institucionalização de uma política de recursos humanos em saúde (RHS) ocorre em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), tornando possível definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Com a SGTES, o Ministério da Saúde assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS no que refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento profissional e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde (PIERANTONI et al., 2012).

Dentre as intervenções do Ministério da Saúde para cumprir seu papel constitucional de ordenador da formação em saúde, destacam-se a Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), e o PET-Saúde.

A PNEPS foi instituída em 2004 como estratégia para transformar e qualificar as práticas profissionais e de educação na saúde e, consequentemente, a atenção à saúde. Resultado de lutas promovidas pelos defensores do tema, a PNEPS defende a transformação das práticas a partir da integração ensino-serviço-comunidade, ocupando posição transversal na articulação de estratégias direcionadas à reorientação dos processos formativos (BRASIL, 2018).

Como estratégia para operacionalizar as mudanças propostas pela PNEPS, a SGTES lançou, em 2005, o Pró-Saúde, que assumiu como eixo principal a integração ensino-serviço e voltou-se, na sua primeira edição, para as profissões de saúde que integram a equipe mínima da ESF: medicina, enfermagem e odontologia; em sua segunda edição, em 2007, é ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2005; 2007b; 2007c). Os processos de reorientação da formação, no âmbito do Pró-Saúde, tinham por norte três eixos, cada um com três vetores específicos a serem considerados: orientação teórica (determinantes de saúde e doença, pesquisa ajustada à realidade local, educação permanente); orientação prática (integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção, integração dos serviços próprios das instituições de ensino com os serviços de saúde); e orientação pedagógica (integração básico-clínica, análise crítica dos serviços, aprendizagem ativa) (BRASIL, 2007b; 2007c).

No bojo dos avanços obtidos com o Pró-Saúde e como parte de uma de suas estratégias, em especial no que se refere ao eixo orientação prática, em 2008 é instituído o PET-Saúde, que assume como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como pressuposto a educação pelo trabalho (BRASIL, 2008). Teve seu objetivo geral coincidente com o Pró-Saúde, mas lançou mão de estratégias complementares, focadas no eixo dos cenários de prática e no processo de ensino-aprendizagem que se dá na rede de serviços, em uma relação que envolve o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS (HADDAD et al, 2012). Para tanto, prevê a conformação de grupos tutoriais de aprendizagem, conformados por tutores (docentes), preceptores (profissionais do serviço) e estudantes da saúde, como instrumento de inserção e vivência desses últimos nos serviços do SUS. Constitui-se, hoje, como uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional (FRANÇA et al., 2018).

Depois de sua primeira edição (PET-Saúde/Saúde da Família), outras nove foram lançadas, sendo as últimas o PET-Saúde/Gradua-SUS e PET-Saúde/Interprofissionalidade. Esta última, tem por objetivo principal qualificar os processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino, de modo a promover a educação interprofissional (EIP) e as práticas colaborativas em saúde.

O PET-Saúde/Interprofissionalidade é parte de um conjunto de atividades previstas nas linhas de ação do Plano Nacional para a Implementação da EIP no Brasil (2018-2019), apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o MEC e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (BRASIL, 2017). É a aposta mais promissora para a implementação da EIP no Brasil, sendo esta compreendida como momentos de integração e aprendizado interativo entre atores de diferentes profissões da saúde, e que tem como horizonte o fortalecimento das equipes de saúde, na perspectiva da colaboração profissional para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (REEVES et al., 2013).

Efetivamente iniciada em abril de 2019, com período de vigência previsto de 24 meses, a edição Interprofissionalidade aprovou 120 projetos propostos conjuntamente por Secretarias Municipais/Estaduais de Saúde e instituições de ensino superior. Considerando a finalização de sua vigência, esta pesquisa foi desenvolvida visando colaborar com a produção de conhecimentos sobre o programa, ressaltando as contribuições da edição Interprofissionalidade na produção de mudanças na formação em saúde na perspectiva da EIP.

Importa ressaltar que esta pesquisa também visa contribuir com a produção de evidências que apoiem os gestores a estabelecer mecanismos formais para a superação dos problemas relacionados à formação de RHS, conforme proposituras da *Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de* Saúde. Esta estratégia, aprovada pela OPAS/OMS em 2017, destaca como prioritárias a condução de processos intersetoriais para a elaboração, implementação e avaliação de políticas de formação, e a constituição de equipes interprofissionais na APS.

Esta tese busca, ainda, dar continuidade aos processos de monitoramento e avaliação empreendidos pelo grupo de pesquisa *Políticas, Programas e Ações de*

Educação na Saúde (PPAES) do IMS/Uerj – do qual a autora desta tese faz parte –, que foi responsável por desenvolver, em parceria com o Ministério da Saúde, a primeira avaliação nacional sobre o PET-Saúde (edição GraduaSUS) (BRASIL, 2018; FRANÇA et al., 2018; MAGNAGO et al., 2019; MAGNAGO et al., 2020). O estudo avaliativo demonstrou que a edição GraduaSUS desencadeou alguns processos pautados na EIP; contudo, as propostas verificadas eram tímidas e pontuais, e não alteraram o modelo fragmentado dos currículos da saúde. Nesse sentido, as autoras apontaram para a importância de se criar uma edição do programa especificamente destinada ao fomento da EIP (MAGNAGO et al., 2020).

Considerando o exposto, em especial os resultados da pesquisa avaliativa da edição PET-Saúde/GraduaSUS quanto aos processos de mudanças desencadeados na perspectiva da EIP, esta tese foi orientada pelos seguintes questionamentos:

- O PET-Saúde/Interprofissionalidade tem colaborado para o desenvolvimento de estratégias alinhadas ao pressupostos da EIP e das práticas colaborativas?
- Quais as mudanças na formação induzidas pela edição Interprofisisonalidade segundo a percepção dos integrantes de projetos do PET-Saúde?
- Quais são as dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes no desenvolvimento desta edição?

Considerando a eclosão da pandemia de *coronavirus disease* (covid-19) no Brasil a partir de março de 2020, período no qual se deu início o segundo ano de desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade, acredita-se que as atividades dos grupos tutoriais precisaram ser repensadas. Isso porque as instituições de ensino precisaram interromper as atividades presenciais em favor do isolamento social e um ator basilar do programa, o preceptor, vem atuando na linha de frente da luta global contra a doença, potencialmente afetando o desenvolvimento das ações planejadas nos serviços de saúde. Nesse sentido, uma outra questão norteadora foi considerada, qual seja:

- Quais as implicações da Covid-19 no desenvolvimento das atividades do PET-Saúde?

1 OBJETIVOS

Face as questões norteadoras, definiu-se como objetivo geral deste estudo: analisar o desenvolvimento do PET-Saúde/Interprofissionalidade na perspectiva dos elementos teóricos-metodológicos da EIP e das práticas colaborativas. Os objetivos específicos são:

- Identificar se os pressupostos da EIP e das práticas colaborativas estão sendo aplicados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade;
- Analisar as mudanças na formação induzidas pelo PET-Saúde/Interprofissionalidade;
- Conhecer as dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade no desenvolvimento dos projetos;
- Investigar as implicações da pandemia de Covid-19 no desenvolvimento das atividades.

2 PERCURSO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo, elaborado a partir de uma revisão narrativa e documental, traz um recorte histórico sobre as bases legais para a formação de RHS no Brasil, iniciando com uma apresentação sobre o período anterior à formulação do SUS, na qual se descrevem dados, informações e conhecimentos dos caminhos que subsidiaram a instituição de uma política para a área de RHS e sua repercussão no sistema nacional de saúde. Destaca-se, nesse período, que o tema ganhou visibilidade nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e Conferências Nacionais de Recursos Humanos, espaço específico de discussão política sobre RHS.

O segundo período a ser explorado sobre as bases legais para a formação de RHS tem como espaço temporal da Constituição Federal de 1988 até os dias atuais. Dois grandes marcos, deste segundo período, foram a criação da SGTES e a instituição da PNEPS. São discutidas, ainda, a cronologia das propostas e transformações no campo da educação na saúde, também resumida em uma linha do tempo que permite situar, nessa temporalidade, os esforços empreendidos para o reordenamento da formação profissional em saúde.

2.1 O período pré-formulação SUS: da 1ª a 8ª Conferência Nacional de Saúde

As CNS, ocorridas em diversos contextos históricos, políticos e sociais, foram fundamentais para a consolidação da saúde pública no Brasil. A partir de seus relatórios é possível compreender os temas discutidos e os avanços e desafios experimentados pela área de RHS. Tanto pela temática tratada como pela forma de abordá-la, é possível distinguir no período das oito CNS iniciais três momentos: de 1941 a 1963 (1ª a 3ª Conferências), de 1967 a 1980 (4ª a 7ª Conferências), e o terceiro, que engloba a 8ª CNS, ocorrida em 1986 (BRASIL, 1993).

2.1.1 *I, II e III Conferências Nacionais de Saúde (1941-1961)*

Nas primeiras três CNS prevaleceu uma visão sanitarista que poderíamos chamar de “clássica” no sentido de considerar a saúde pública como condição do desenvolvimento econômico e social. Estas tiveram como referência principal os Congressos Brasileiros de Higiene, marcados pela ideia de polícia pública, e privada, que se desenvolveram no País a partir de 1924. Pode-se dizer que o projeto de

Estado para a saúde ancorava-se, em grande parte, nos pontos de vista dos setores médicos interessados na questão (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998). No que tange aos RHS, quando abordado, o tema foi discutido apenas na perspectiva de sua formação, e tendo a figura do médico como protagonista central (BRASIL, 1993).

A I CNS (1941) envolveu especialmente assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção ao grupo materno-infantil (BRASIL, 1993).

A II CNS (1950) tratou basicamente da temática da malária, e ressaltou a preocupação de levar às autoridades superiores as opiniões dominantes entre os sanitaristas do País, visando subsidiar o estudo de normas mais satisfatórias e suscetíveis de emprestar maior uniformidade à resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 1993). Em seu relatório há referências ao preparo de pessoal nos países subdesenvolvidos, incluindo o Brasil, constituindo-se como um sério problema. Refere, ainda que, no setor saúde pública, o problema se apresenta igualmente e, com características ainda mais sérias, por ser o poder público o grande consumidor desse tipo de mão-de-obra, não oferecendo condições que sejam suficientemente atrativas para seu o recrutamento.

A experiência do Ministério da Saúde, nesse particular, era longa, mas restrita. Inicialmente, por meio do Departamento Nacional de Saúde (DNS), Departamento Nacional da Criança (DNCr) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), vinha cuidando da preparação do pessoal técnico pela realização sistemática de cursos de formação, aperfeiçoamento e especialização, para atenderem às necessidades mais prementes (BRASIL, 1993).

Nesse momento, o preparo de pessoal, resultante de uma necessidade do progresso, deveria obedecer a uma política planejada de aproveitamento, e normas rígidas deveriam fixar o aproveitamento, nos órgãos de saúde publica, de todos os elementos tecnicamente formados (BRASIL, 1993).

Nessa compreensão, a III CNS (1963) se preocupa particularmente pelos profissionais de saúde em serviço. O temário oficial da III CNS compreendia basicamente quatro itens:

> situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das

> atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e, finalmente, fixação de um Plano Nacional de Saúde. Dentro deste último item, levantou-se a necessidade de formular uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico, e foi proposta a descentralização do ensino desse pessoal, seguindo a noção de que assim a qualificação seria mais barata, menos complexa e mais adequada ao meio onde as atividades seriam exercidas. Foi dada grande ênfase ao papel que teria a Escola Nacional de Saúde Pública na formação de técnicos em nível local, por todo o Brasil (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998, p.171).

Cabe ressaltar que a III CNS foi citada e revisitada à época das discussões em torno da Reforma Sanitária (1985-1986) por seu cunho municipalista e descentralizante. Foi realizada em momento político de intensa discussão sobre os rumos do País (o Governo João Goulart), com posições extremamente polarizadas em torno de modelos de “esquerda” e “direita” para o desenvolvimento social e econômico (CNS, 1963 apud BRASIL, 1993). Nesse clima surgiram as ideias de que a formação deve ser adequada às condições sociais em que o profissional vai exercer sua atividade.

A III CNS não faz parte, a rigor, de um período campanhista, por apresentar um perfil de propostas de planejamento mais global para a área de saúde, inclusive atribuindo a instâncias locais o poder de encontrar suas soluções. Por outro lado, estava-se ainda no tempo em que se dizia “pessoal”, em lugar do jargão contemporâneo “recurso humano” (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998).

As instâncias de treinamento chamadas a colaborar no esforço incluíam, além das instâncias governamentais e da ENSP, as faculdades de medicina, e não havia referência a outras escolas, como odontologia, enfermagem ou farmácia. E no panorama das propostas para o setor saúde havia preponderância, quase exclusividade, de direcionamentos para a figura do médico.

Nota-se que a ideia de utilizar pessoal técnico no lugar de médicos não inclui perspectivas de equipe de saúde: trata-se de substituir, na medida do possível, o médico ausente no interior. Esse profissional, a ser qualificado de forma inovadora, descentralizada, com responsabilidades antes restritas ao médico, é, no entanto vaga; não tem nome no relatório da conferência:

> não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver, de maneira satisfatória, muitos dos problemas médico-sanitário que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação, com, é claro, supervisão médica (CNS, 1963, p. 204 apud BRASIL, 1993).

2.1.2 *IV a VII Conferências Nacionais de Saúde (1967-1980)*

O período de realização da 4ª a 7ª CNS (1967 a 1980) foi marcado pelo controle burocrático-autoritário do aparato do Estado. (BRASIL, 1993). Esse período compreende dois momentos na História do Brasil, onde um é conhecido como “Milagre Econômico”, que aconteceu graças a uma severa repressão da classe trabalhadora e a mecanismos de proteção do capital internacional, e um segundo correspondente a crise iniciada pelo aumento internacional do petróleo de 1974 a 1984 (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998).

O período do milagre estabeleceu uma política de saúde que, alinhada ao campanhismo e curativismo, resultou na medicalização da sociedade, tornando a saúde um bem de consumo de massa, gerando a indústria da doença e um rápido crescimento do setor empresarial de serviços médicos centrados na lógica dos lucros (LUZ, 1991).

Cabe destacar que no âmbito da educação, uma Reforma Universitária ocorreu sob a égide da Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968, determinando grandes mudanças no setor, desvinculando o ensino da realidade sanitária da população, voltando-o para a especialização, sofisticação tecnológica, dependência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (LUZ, 1991).

Sondando o momento histórico, fica evidente que os profissionais formados na época estavam aptos a atuar nos serviços de medicina de ponta, especializados, e sem condições para atuar em saúde pública.

Outro fato importante nesse período é a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que promulga a APS como elemento-chave para reorientar os sistemas de saúde e para alcançar a meta social de “saúde para todos no ano 2000”.

A IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Governo com a finalidade de:

> oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o País carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde (BRASIL, 1993, p. 25)

Observa-se a ênfase no planejamento, em nível de Estado, de todas as atividades importantes:

> No momento atual, não se admite que o Estado empreenda qualquer ação, máxima de interesse e grande envergadura, sem prévio planejamento. A idéia de ação estatal planejada, embora nascida de inspiração socialista, tornou-se imperativo das modernas técnicas de governo (BRASIL, 1993, p. 25)

A partir dessa perspectiva, a conferência foi quase inteiramente dedicada ao planejamento de RHS, posto como condição indispensável para o desenvolvimento da área. Em seu âmbito, estruturou-se comissões de trabalho que abordaram fundamentalmente quatro tópicos: o profissional de saúde de que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde; e responsabilidade do Ministério da Saúde na formação dos profissionais de saúde e de pessoal auxiliar e técnico (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998).

Foram definidos os níveis de formação usados na esfera educacional (superior, médio e elementar), suas funções, requisitos, necessidades e hierarquia dentro da equipe de trabalho em saúde. Ainda, a responsabilidade solidária que deve existir entre os Ministérios da Educação e da Saúde sublinhada como fundamental para a habilitação, o treinamento e o aperfeiçoamento desses RHS (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998).

Foi o momento de transição dos termos “pessoal” para “recursos humanos”, e de “treinamento de pessoal” para “desenvolvimento de recursos humanos”. Além disso, passam a ser citados, como pessoal de nível superior necessários, entre outros, os médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, administradores, e estatísticos (BRASIL, 1993). Surgem propostas de atendimento primário às populações desassistidas, com equipes de saúde; mas estas seriam, no entanto, ainda rigidamente hierarquizadas em torno da hegemonia do médico:

> Esta periferia será confiada à supervisão e execução de médicos policlínicos, com suficientes conhecimentos básicos quanto às clinicas médicas, cirúrgica. pediátrica, obstétrica e dermatológica, assim como sobre fundamentos de saúde pública. Pessoal auxiliar (atendentes-visitadoras, auxiliares de saneamento, práticos de laboratório e serventes) far-se-á indispensável a que se complete o quadro necessário à estruturação de postos, cujo vulto e responsabilidade serão crescentes no sentido interior do sistema (BRASIL, 1967, p. 99-100).

A importância atribuída à ENSP na III CNS foi mantida como parte da estratégia fundamental do Governo para controlar e administrar o desenvolvimento dos RHS do País, tendo sido a mesma posta como Fundação (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998).

Houve uma supressão da disciplina Saúde Pública nos currículos dos cursos de saúde sob o discurso de que o momento sociopolítico não carecia desse conhecimento, mas, apesar disso, admitiu-se a pós-graduação em saúde pública, ministrada por escolas especializadas, desde que respeitados os requisitos mínimos

a serem fixados pela ENSP (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998).

Constatada a inadequação dos RHS existentes para a boa execução de uma política de saúde, as conclusões dessa conferência apontam para o desconhecimento do setor, recomendando-se a realização de estudos sobre os trabalhadores existentes e necessários ao País (BRASIL, 1967; 1993). Nesse sentido, a participação das universidades foi considerada fundamental para a sistematização e desenvolvimento de pesquisas, mediante emprego de metodologias uniformes que possibilitassem a comparação entre as diferentes regiões (BRASIL, 1967).

Oito anos depois foi convocada, em Brasília, a V CNS (1975) que deu especial importância ao recém-criado Sistema Nacional de Saúde (Lei n° 6.229, de 17 de julho de 1975). Ademais, versou sobre os seguintes temas:

> Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias e, por último, Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. Igualmente, teve lugar um conjunto de “exposições especiais”, a merecer menção: o Setor Saúde no II Plano Nacional de Desenvolvimento; Assistência Médica na Previdência Social; Política de formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde; Política Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998, p. 178).

No que tange aos RHS, sublinhou-se a existência de um sistema de ensino pouco planejado, que cresceu de forma desarticulada de outros setores e das necessidades socioeconômicas do País. Também foram verificadas distorções na distribuição geográfica das instituições de ensino, as quais se concentram nas regiões Sudeste e Sul; carência acentuada de auxiliares, técnicos e tecnólogos; e perfil profissional e serviços de saúde voltados para o atendimento individual e especializado (BRASIL, 1975).

Exposto este diagnóstico, o MEC recomendou como necessário modificar a tendência de associar o problema de saúde à cura ou tratamento, devendo-se orientá-la sobretudo para a atenção coletiva e os serviços preventivos; e executar uma política social articulada, com objetivos próprios, que não se constitua simples consequência da política econômica (BRASIL,1975). Ademais, propostas da IV CNS, como articulação dos projetos de saúde com o MEC, são mantidas e ampliadas: reitera-se o papel da universidade na avaliação, pesquisa e planejamento das atividades de saúde em âmbito regional.

A VI CNS ocorreu em 1977, já em regime de abertura política e de grave déficit no sistema previdenciário. A retórica do planejamento rígido, por metas

estritamente técnicas, não é mais possível. O próprio Presidente Geisel, no discurso de abertura, propõe que o debate constituirá oportunidade singular para a integração de diferentes opiniões acerca de um objetivo comum: o bem-estar da população. Segundo ele, o grande desafio reside no estabelecimento de normas de ação e de estratégias alternativas que sejam objetivas e coerentes com a realidade e compatíveis com a disponibilidade de recursos que o Governo pode colocar à disposição (BRASIL, 1977).

Sobre os RHS, a VI CNS a trouxe uma visão mais abrangente da área e reconheceu a estreita relação entre as ações de saúde e o estágio de desenvolvimentos dos RHS. Chama atenção para o fato de que o desenvolvimento das ações de saúde pública tem caráter multidisciplinar, o que resulta na imperiosidade de uma atuação multiprofissional, não se podendo conceber a realização da saúde pública por uma única categoria profissional (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, destaca-se a importância da criação do Grupo de Saúde Pública, uma tentativa de melhorar a utilização dos profissionais de saúde na promoção de ações de saúde pública.

> Veio atender a uma necessidade do Ministério, de orientar um processo de mudanças comportamentais em seus quadros de servidores, para tornar realidade a implantação do Sistema Nacional de Saúde. Representa um instrumento capaz de promover correções de uma série de distorções constatadas na forma de utilização dos recursos humanos que atuam na área (BRASIL, 1993, p. 85).

Trata-se de uma equipe multiprofissional, polivalente, com exigência de aperfeiçoamento contínuo, e integrada por duas categorias profissionais: o sanitarista, de nível superior e responsável pelas atividades de planejamento, direção e supervisão; e o agente de saúde público, de nível médio, responsável ela execução das ações (BRASIL, 1993).

Na passagem da década de 1970 para a de 1980, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da democratização social. Nesse contexto é realizada a VII CNS (1980), que enfatiza a APS, e na qual foi lançado e debatida a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que carecia de uma definição dos RHS baseada nas particularidades e dificuldades de cada região. Esse tema induziu o debate sobre a formação e utilização de RHS, revelando-se a preocupação com a formação excessiva de especialistas, que comprometia não só a medicina oferecida, com prevalência de práticas curativas e individuais em

detrimento das preventivas e coletivas, como culminava em altos custos para a assistência médica e hospitalar (BRASIL, 1980; 1993).

Desse debate emergem como proposições: a necessidade de substituir a especialidade pela generalidade, a ampliação das ações preventivas, maior atenção aos problemas de saúde coletivos, e a implantação de equipes generalistas (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998). Ademais, recomenda que as universidades revejam os seus currículos, no sentido de priorizar as exigências do mercado de trabalho, e proponham projetos de integração docente-assistencial, por meio dos quais os alunos sejam colocados em contato direto com os problemas de saúde da população (BRASIL, 1980; 1993).

Dessas reflexões nasce, em 1985, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a OPAS, o Projeto IDA, por meio do qual foram desenvolvidos projetos de integração entre a universidade e os serviços de saúde (ELLERY, BOSI, LOIOLA, 2013). Esses projetos, segundo Paiva, Pires-Alves e Hochman (2008), demonstraram resultados pouco promissores em razão de frágil sustentação institucional. Por outro lado, o IDA contribuiu para o surgimento de outras experiências de integração ensino-serviço.

Nos anos que se seguem, o Brasil passa por profundas mudanças transpassadas pelo processo de redemocratização, que impulsionaram a Reforma Sanitária cujas principais proposições eram: saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação de um sistema nacional integrado, descentralizado e controlado socialmente. Como reflexo do intenso debate político e das reivindicações sociais pelo direito à cidadadania plena, é convocada a VIII CNS com o lema ‘Democracia é saúde’.

2.1.3 *VIII Conferência Nacional de Saúde*

A VIII CNS, realizada em 1986, além de ser um marco histórico para a instituição do SUS, apresentou um conjunto articulado de proposições para a área de RHS. O tema foi debatido na perspectiva das transformações e crises acumuladas ao longo das desarticuladas políticas de saúde e educação (BRASIL, 1986a; CAMPOS, PIERANTONI, MACHADO, 2006).

Precedida de uma série de conferências estaduais e municipais preparatórias, a VIII CNS reuniu quase cinco mil participantes, incluindo mil delegados indicados por instituições e organizações da sociedade. Os principais temas abordados foram

o dever do Estado e o direito do cidadão à saúde; a reformulação e o financiamento do sistema nacional de saúde; a hierarquização dos serviços de saúde; e a participação popular (BRASIL, 1986a; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

A pauta de proposições reivindicatórias para o campo de RHS, que reflete o caráter político e pleomórfico dos debates travados, incluía entre outros pontos: remuneração digna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais; estabelecimento de plano de cargos e salários; capacitação permanente; admissão por concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização; formação de profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde; inclusão curricular de conhecimentos sobre práticas alternativas no ensino das profissões de saúde; e incorporação de agentes populares de saúde remunerados e sob a coordenação do nível local do sistema de saúde para cumprir demandas de APS e educação em saúde (BRASIL, 1986a; CAMPOS, PIERANTONI, MACHADO, 2006).

Vale ressaltar que esta CNS estabeleceu um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada em outubro de 1986. Nesta última, a temática do campo foi abordada em cinco grandes blocos: valorização profissional; preparação de RHS; estratégias de integração interinstitucional; organização dos trabalhadores de saúde; e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (BRASIL, 1986b).

2.2 Da Constituição Federal de 1988 aos dias atuais

A luta pela Reforma Sanitária foi responsável pela criação do SUS. Nasceu, com ele, a saúde como direito, o caráter universal, princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional e a consideração pela equidade e pelas necessidades regionais e dos usuários. Perante essa nova realidade, novas dinâmicas de atuação na saúde deveriam ser definidas ou redefinidas, contemplando-se como atribuição do SUS, na Constituição Federal de 1988, a ordenação de RHS (art. 200, inciso III).

Posteriormente, a Lei 8.080/1990 reafirmou essa atribuição em seu artigo 6º, e determinou, em seu artigo 15º, atribuições às tres esferas governamentais sobre a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de RHS. Contempla, ainda, em seu artigo 27º que a política de RHS será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de

governo, em cumprimento dos seguintes objetivos (BRASIL, 1990a):

> I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Mediante tamanho arcabouço jurídico que alicerça a formação de RHS para o SUS, foi preciso buscar compreensão acerca de sua implementação, da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; do pensamento sobre os aspectos pedagógicos; da participação coletiva e representativa dos vários segmentos sociais; do envolvimento de todos os atores na aprendizagem em serviço; e da necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema.

Aos anos que se seguem cabe um adendo a dois grandes movimentos pró-mudança na formação superior dos profissionais de saúde, inspirados pelo Projeto IDA: o Projeto UNI – Uma nova iniciativa (1991-1997), cujo objetivo era contribuir para a melhoria da formação das profissões de saúde, repensar a universidade e torná-la relevante para a sociedade com ações na comunidade; e a Rede UNIDA (1998), constituída por integrantes dos movimentos IDA e UNI, que buscava potencializar as capacidades de produzir mudanças, especialmente pela construção coletiva (GONZÁLEZ e ALMEIDA; 2010; ELLERY, BOSI, LOIOLA, 2013).

As ações desses movimentos orientavam a formação na perspectiva da multiprofissionalidade e do fortalecimento dos estágios obrigatórios na comunidade como forma de superar a dissociação entre as formulações acadêmicas e sua aplicabilidade na prática (ELLERY, BOSI, LOIOLA, 2013).

Em 1993 ocorre a II CNRHS, que evidenciou o caos da situação dos serviços de saúde e das práticas profissionais, e a necessidade de se construir um novo paradigma assistencial, com novos modelos de organização das práticas de saúde. Esta Conferência aprovou como ações essenciais às políticas de preparação e gestão dos RHS, entre outras: a regulação imediata do art. 200 da Constituição Federal que delega ao SUS a competência de ordernar a formação de RHS; integração entre as instituições formadoras e os serviços de saúde; criação e sistematização de programas de educação continuada; regionalização e desconcentração dos cursos de formação de profissionais da saúde; participação das universidades no SUS, mediante a elaboração de atividades conjuntas com as

secretarias de saúde; revisão e formulação de currículos da área, que contemplem as prioridades sanitário-epidemiológicas das regiões, que sejam baseados na multiprofissionalidade e na articulação ensino-serviço e que valorizem o estágio obrigatório na rede básica do SUS (BRASIL, 1994).

Após essa Conferência, e apesar do contexto desfavorável a políticas democratizantes como o SUS, reconhece-se um processo participativo das universidades que contribuiu para a reinserção do tema dos RHS na construção das políticas de saúde (TEIXEIRA e PAIM, 1996). Contudo, os desafios da fragmentação curricular e da articulação ensino-serviço se mantivera.

Com a promulgação da LDB 1996, que estimulou o conhecimento dos problemas do mundo atual e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade, são estabelecidas as DCN no sentido de assegurar a flexibilidade e a diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino, e que acolhem a importância do atendimento às demansas sociais e epidemiológicas (CARVALHO et al., 2015; COSTA et al., 2018).

Entre 2001 e 2004, as DCN para os cursos da saúde são publicadas e preconizam o perfil do profissional egresso “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001a).

Em virtude disso, as instituições de ensino superior (IES) formadoras de profissionais da saúde precisaram alterar algumas de suas práticas pedagógicas, buscando maior aproximação da realidade social. Esse movimento gerou a necessidade de motivar o corpo docente e discente a tecer novas redes de conhecimentos (CARVALHO et al., 2015). Caberia, nesse sentido, o empreendimento de esforços para implementar uma série de políticas e programas que promovessem e estimulassem as transformações necessárias na formação dos profissionais da saúde.

É nesse contexto que o PROMED é criado, em 2002, propondo ações no sentido de adequar a formação médica aos preceitos do SUS e das DCN para os cursos de medicina. Porém, como já mencionado, o programa não produziu resultados significativos. Sob outra perspectiva, catalisou novas iniciativas de

reordenamento da formação profissional em saúde, em especial, pós-criação da SGTES, em 2003, que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (LEMOS, 2016).

A SGTES foi criada com o desafio de equacionar os problemas existentes e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. A partir dessa iniciativa, o Ministério da Saúde assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS no que refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde (PIERANTONI et al., 2012).

Assim, passa-se a apostar no envolvimento dos trabalhadores da saúde, do controle social, dos gestores e das instituições formadoras com a proposta do SUS, como estratégia eficiente para consolidar a política de saúde brasileira. Partindo do pressuposto de que a educação na saúde precisa emanar de um movimento intersetorial, articulando necessidades de formação e aperfeiçoamento dos trabalhadores, o Ministério da Saúde estabelece uma agenda estratégica com o MEC (VEDRUSCOLO, PRADO, KLEBA, 2016).

A partir dessa perspectiva, a atuação da SGTES contemplou, entre outras iniciativas relevantes, a formulação da PNEPS, institucionalizada pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, tendo como uma de suas âncoras a responsabilização dos serviços de saúde com a transformação das práticas dos trabalhadores e com a construção de conhecimento comprometido com a realidade social dos sujeitos protagonistas do cuidado (BRASIL, 2004b).

A PNEPS concebe a EPS como modalidade teórico-metodológica que se operacionaliza a partir da análise das necessidades de saúde da população, dos serviços e dos trabalhadores. Entendida como a educação que acontece no e para o trabalho em saúde, a EPS visa transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em prol da melhoria do cuidado e da assistência à população (BRASIL, 2004b). Sob esta ótica, a PNEPS veio contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas.

Naquele momento, a gestão das estratégias de EPS seriam feitas por meio de de Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instâncias interinstitucionais

e locorregionais de gestão que funcionariam como dispositivos do SUS para promover mudanças nas práticas de educação e de práticas de saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva (BRASIL, 2004b; 2004c). Estes deveriam elaborar projetos de:

> mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004c, p. 50).

O Ministério da Saúde apoiou técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos PEPS e estes se responsabilizaram pela condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. Para a condução e coordenação da EPS, foi instituído o Colegiado de Gestão dos Pólos, um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária e que propunha a corresponsabilidade entre a educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais (BRASIL, 2004b; 2004c).

A gestão colegiada devia explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais (BRASIL, 2004a).

A Portaria 1.996/2007 redesenha o formato da PNEPS, privilegiando a regionalização das ações e se adequando aos novos arranjos institucionais previstos pelo Pacto pela Saúde. Assim, a PNEPS que, no primeiro momento tinha formato coletivo e aberto a todos os atores envolvidos no processo de formação, passa a se restingir às instâncias gestoras por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualmente definidos como Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007a; SANTOS, 2016). Estas últimas, instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, tem como atribuições participar da formulação, da condução e do desenvolvimento da PNEPS.

A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o

desenvolvimento para o SUS como construção da EPS: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004b).

Seguem-se à PNEPS diversas outras iniciativas de fomento a mudanças no processo de formação profissional em saúde, entre as quais o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o AprenderSUS, e os já mencionados Pró-Saúde e PET-Saúde. Essas propostas coadunavam com a necessidade de modificação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas no processo de formação, exigindo uma articulação entre o SUS, em suas três esferas de governo, e as instituições formadoras (LEAL et al., 2015).

Vendruscolo, Prado e Kleba (2016) reforçam que tais iniciativas, integradoras da educação-trabalho, caracterizam-se como ações estruturantes para a reorientação da formação na saúde, *in service* (lócus da prática) ou *pré service* (lócus da teoria). Refletindo: é necessário vislumbrar a institucionalização de atividades pedagógicas teórico-práticas que produzam conhecimento nos atuais e futuros profissionais.

O VER-SUS foi criado com a proposta de proporcionar aos estudantes 15 dias de vivência multiprofissional em um sistema de saúde municipal ou estadual, visando à interação dos estudantes entre si, com gestores, trabalhadores da saúde, usuários e instituições de ensino. Interação para propiciar o debate e o conhecimento sobre aspectos de gestão do sistema, das estratégias de atenção, do exercício do controle social e dos processos de educação na saúde. Seus principais objetivos eram: provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social; contribuir para a construção do conceito ampliado de saúde; sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores da área da saúde, estimulando discussões e práticas relativas à educação permanente e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais; e contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-gestão-controle social no campo da saúde (BRASIL, 2003).

O AprenderSUS teve como centro a ideia de utilizar a integralidade como eixo para as mudanças das práticas e da organização do trabalho, sendo esta estruturada a partir da problematização do processo de trabalho e compreendida como a capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e

necessidades em saúde (BRASIL, 2004a; CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

O Pró-Saúde foi lançado em 2005 com vistas a aprimorar a primeira iniciativa de implementação das DCN – o Promed (específico para a formação médica) –, e ampliar a cobertura para outras profissões de saúde que integram a ESF, notadamente a enfermagem e a odontologia (BRASIL, 2005). Em 2007, o programa é ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, assumindo como norteadores três eixos interdependentes: orientação teórica, orientação prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2007b; 2007c).

Buscou-se, com o Pró-Saúde, fomentar processos educativos transformadores e integradores que dessem respostas às necessidades concretas da população brasileira, e a geração de conhecimento e prestação de serviços à população, com vistas a mobilizar uma mudança de postura nos atores do quadrilátero da formação em saúde (ensino, gestão, atenção e controlo social), a fim de que incorporem uma abordagem integral ao cuidado no processo saúde-doença (BRASIL, 2007).

No bojo dos avanços obtidos com o Promed, Pró-Saúde e com o Programa de Educação Tutorial do MEC[1], surge, em 2008, o PET-Saúde, que passa a ser considerado estratégia prioritária para a indução de mudanças curriculares no ensino superior e para o fortalecimento da APS, a partir de um redirecionamento das práticas dos profissionais que atuam na ESF. Mais, o programa reforça a necessidade da corresponsabilização das instâncias envolvidas com a educação na saúde, indicando o envolvimento e comprometimento dos gestores como ponto-chave para a mudança do modelo assistencial.

A esse efetivo envolvimento dos sujeitos com a construção e a defesa da vida, individual e coletiva, Merhy (2005) chama de pedagogia da implicação. Para esse autor, construir processos educativos no cotidiano dos serviços ou da formação precisa ser uma implacável perseguição de quem deseja, efetivamente, produzir saúde. Reforça, ainda, que todo processo que esteja comprometido com a EPS tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações. Para ele,

[1] Oficialmente instituído pela Lei nº 11.180/2005 com a finalidade de prover formação profissional inicial e continuada a jovens de baixa renda, mediante cursos ministrados em espaços educativos específicos, instalados no âmbito de estabelecimentos produtivos urbanos ou rurais.

então, o cerne de um grande novo desafio é produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho.

Mediante a retórica da pedagogia da implicação, cabe destacar a especificidade da aprendizagem na saúde, dada a complexidade da área, que implica dificuldades nos processos de transformação construtiva. Nessa ótica, uma política indutora como o PET-Saúde, que se alicerça na EPS, demanda metodologias problematizadoras e exige conhecimento profundo de seu propósito, por representar uma inovação pedagógica que integra ensino, serviço e comunidade.

Um método de ensino-aprendizagem fortemente presente na formação em saúde, sobretudo no PET-Saúde, é a aprendizagem significativa, compreendida como um “processo por meio do qual uma nova informação relaciona-se, de maneira substantiva (não literal) e não-arbitrária, a um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo” (AUSUBEL, 1982). Esse método pressupõe que o que vai ser aprendido seja potencialmente significativo para o aprendiz, que se relacione com sua estrutura de conhecimento, e que haja disposição pelo aprendiz para que ocorra tal relação (MOREIRA, 1999). Logo, considera e valoriza as experiências anteriores e as vivências pessoais de quem aprende.

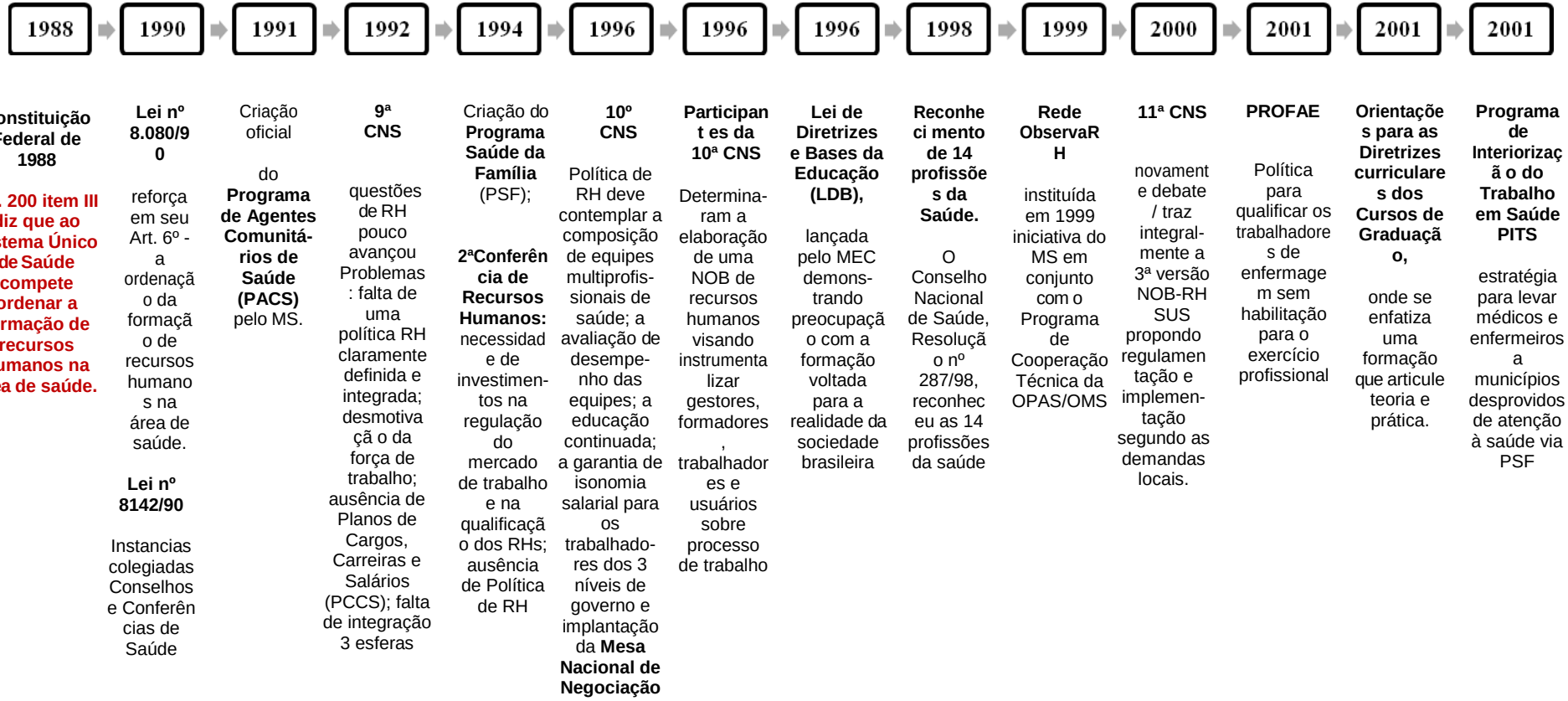
Cabe mencionar, no escopo dessa discussão, o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e suas diretrizes, publicadas em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação na Portaria Interministerial no 1.127 de 04 de agosto de 2015. Trata-se de um dispositivo da PNEPS ofertado aos atores do SUS e das IES para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS, e para facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade. O COAPES representa, em última instância, o compromisso das instituições de ensino e dos gestores em garantir que a rede de serviços do SUS funcionem como campo de aprendizagem, e que os diversos programas e projetos vigentes que dialogam diretamente com a temática da integração ensino-serviço-comunidade sejam articulados, como o PET-Saúde (BRASIL, 2015).

Pensando nesse processo evolutivo das políticas de educação na saúde, identifica-se, na cronologia das principais ações desenvolvidas no âmbito da SGTES, uma significativa relevância para o PET-Saúde, que tem apresentado uma

progressiva e ascendente contribuição para a formação. A partir dele se tem evidenciado a ruptura dos modelos curriculares tradicionais nos cursos de graduação da área de saúde, e o redesenho das relações entre a academia e o serviço, que se traduzem em mais integralidade e mais foco nas necessidades de saúde da população assistida pelo SUS.

De maneira sintética, a linha do tempo apresentada na sequência reune os diferentes marcos legais e iniciativas relacionadas à formação em saúde, implementadas da Constituição Federal de 1988.

Figura 1 - Marcos históricos e bases legais para a formação de recursos humanos em saúde no Brasil no período pós-Constituição Federal de 1988. Brasil, 1988-2018



Fonte: Autora, 2020.

Figura 1 - Marcos históricos e bases legais para a formação de recursos humanos em saúde no Brasil no período pós-Constituição Federal de 1988. Brasil, 1988-2018 (continuação)

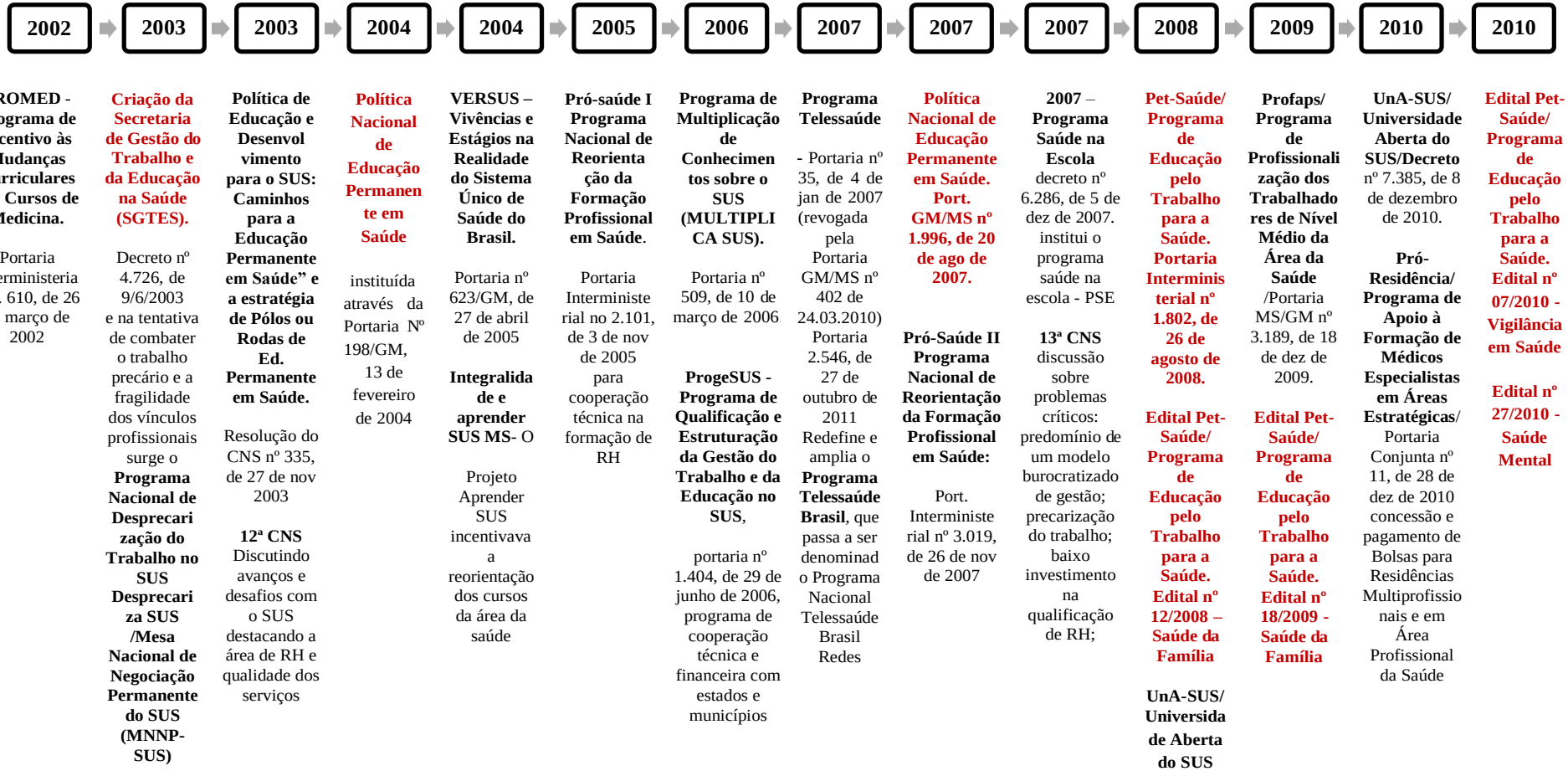
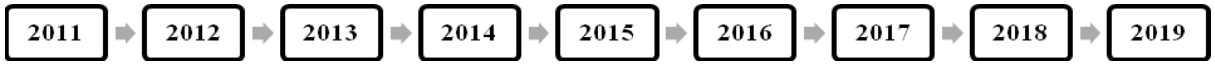


Figura 1 - Marcos históricos e bases legais para a formação de recursos humanos em saúde no Brasil no período pós-Constituição Federal de 1988. Brasil, 1988-2018 (conclusão)



Telessaúde/ Programa Nacional de Telessaúde Brasi Redes

PNAB 2488/201

PROVAB

Portaria MS/GM r 2.546/2011: o programa visa utilizar as moderna tecnologias de informação e comunicação (TIC integrando unidad básicas aos Núcle de Telessaúde

DECRETO 7.508/2011

Edital Pet-Saúde/Programa de Educação pel Trabalho para a Saúde. Edital nº 24/2011 - Pró-Saúde/PETSaúde

Edital Pet-Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Edital nº 28/2012 - Vigilância em Saúde

Edital Pet-Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

Edital nº 14/2013 – Redes de Atenção

Programa MAIS MÉDICO

Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)

Portaria Interministerial Nº 1.124, surge a COAPES afinamento de relações profissionais do SUS, profissionais das instituições de ensino e educando

Edital Pet-Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Edital nº 13/2015 - Graduações em Saúde (GraduaSUS)

Política Nacional de Atenção Básica, passa por revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – Portaria nº 2.436, 21 de setembro de 2017

Edital Pet-Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Edital nº 10/ 2018 - Interprofissionalidade

3 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

O PET-Saúde, constituído como uma das estratégias do Pró-Saúde, referente ao eixo orientação prática, foi instituído em 2008 pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, com objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço- comunidade articuladas à educação permanente.

Como política publica, o PET-Saúde apresenta em seus objetivos, perspectivas audaciosas para a formação em saúde (BRASIL, 2008):

> - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
> - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
> - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
> - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
> - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
> - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
> - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
> - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde

Nesse contexto, a ordenação de RHS propõe fortalecimento ao SUS, permeado pelo envolvimento articulado dos serviços e instituições de ensino, que se viabiliza por grupos de aprendizado tutorial, constituído por tutores acadêmicos (docentes), preceptores (profissionais do serviço) e estudantes de graduação em saúde.

Desde a institucionalização do PET-Saúde, nove edições foram lançadas, cada qual com suas características e propósitos de desenvolvimento (Quadro 1).

Quadro 1 - Edições do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Edições PET-Saúde
Edital nº 12/2008 - Saúde da Família
Edital nº 18/2009 - Saúde da Família
Edital nº 07/2010 - Vigilância em Saúde
Edital nº 27/2010 - Saúde Mental
Edital nº 24/2011 - Pró-Saúde/PET-Saúde
Edital nº 28/2012 - Vigilância em Saúde
Edital nº 14/2013 - Redes de Atenção
Edital nº 13/2015 - Graduações em Saúde (GraduaSUS)
Edital nº 10/ 2018 – Interprofissionalidade

Fonte: Elaboração da autora, 2020.

A primeira edição do programa, **PET-Saúde/Saúde da Família** (edital nº 12 de 03 de setembro de 2008), foi destinada a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na ESF, tomada como modelo de reorganização da APS e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Os grupos deveriam funcionar como instrumentos viabilizadores de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço para os profissionais, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências para os estudantes da área da saúde.

A segunda edição, **PET-Saúde/Saúde da Família** (edital nº 18, de 16 de setembro de 2009), novamente fomenta grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, mas traz como diferencial maior um reforço positivo às ações de pesquisa, as quais devem ser produzidas tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento.

A partir da terceira edição, **PET-Saúde/Vigilância em Saúde** (edição nº 7 de 03 de março de 2010), o programa se estende para outras áreas consideradas prioritárias para o SUS; no caso desta, a vigilância em saúde. Mantém sua proposta focada na formação e no fortalecimento da APS, mas com um olhar que se volta para um tema específico sobre o qual os grupos tutoriais deveriam desenvolver ações e estudos. Priorizou-se, nesta edição, intervenções interdiscipinares direcionadas ao planejamento, às práticas de atenção e promoção da saúde e aos mecanismos adotados para a prevenção de doenças e agravos.

O **PET-Saúde/Saúde Mental** (edital nº 27 de 17 de setembro de 2010) foi editado na perspectiva de apoiar o desenvolvimento de ações integradas, descentralizadas e intersetoriais, sob o estímulo do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas[2], instituído no mesmo ano com vistas à

[2] Decreto n° 7179, de 20 de maio de 2010.

prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Nesse sentido, as IES e serviços, em conjunto, deveriam elaborar propostas que previssem atividades consoantes às diretrizes do referido plano e àquelas previstas pela Política Nacional de Saúde Mental e álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, assumindo como cenário principal os Centros de Atenção Psicossocial na sua interface com a ESF e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (agora denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB).

A edição **Pró-Saúde/PET-Saúde** (edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011) assumiu como pressuposto a articulação das iniciativas Pró-Saúde e PET-Saúde, visando:

> (a) à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; e
> (b) a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IES (Brasil, 2011, p. 268).

Foi uma edição que, ao mobilizar as IES do País em parceria com as secretarias de saúde e com a participação das comunidades, buscou maior integração ensino-serviço, centralidade na produção de saúde, no cuidado humanizado, e em ações planejadas segundo as regiões e RAS. Buscou-se, em linhas gerais, o fortalecimento da APS como instrumento potente para induzir responsabilização, qualidade e o estabelecimento das RAS.

A edição subsequente – **PET-Saúde/Vigilância em Saúde** – verteu novamente o olhar para vigilância em saúde (edital nº 28, de 22 de novembro de 2012). Posteriormente,por meio do edital nº 14 de 08 de março de 2013, fica instituída a edição **PET-Saúde/Redes**, a qual trouxe como foco o desenvolvimento de ações voltadas para a elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção das RAS, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde. Mais, caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela

centralidade nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção integral e longitudinal, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Nesse sentido, o PET-Saúde deveria apoiar o fortalecimento da APS, como cenário privilegiado do desenvolvimento da clínica ampliada, gestão compartilhada, EPS e problematização da realidade, onde se pode promover o diálogo entre a formação e o mundo do trabalho. Para tanto, as ações planejadas deveriam buscar incorporar o conceito do trabalho em rede na saúde, em uma ou mais redes temáticas prioritárias, permitindo determinar os pontos de atenção em função da produção singular e do desenho de cada rede.

Todas essas edições foram planejadas com o objetivo de dar continuidade e de fortalecer o movimento de mudanças da formação nas graduações em saúde, na perspectiva da integração ensino-serviço, o que restou comprovado por diferentes estudos (MORAIS et al., 2012; SANTOS et al., 2013; MIRA, BARRETO, VASCONCELOS, 2016, FARIAS-SANTOS e NORO, 2017; XAVIER et al., 2018). Por outro lado, resultados poucos significativos foram reportados sobre dois pontos-chave: o currículo e a integração entre os diferentes cursos da área da saúde (FRANÇA et al., 2018).

Considerando esse cenário, e visando aproximar o PET-Saúde das demais políticas operadas no campo da educação na saúde, em 2015 a SGTES replaneja o programa e propõe uma nova edição, o **PET-Saúde/GraduaSUS** (edital nº 13 de 28 de setembro de 2015), que assume como objetivo central induzir mudanças curriculares alinhadas às DCN (FRANÇA et al., 2018). As ações a serem desenvolvidas pelos projetos construídos colaborativamente entre as IES e as secretarias de saúde deveriam tomar como pressupostos a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço, a humanização do cuidado, a integralidade da assistência, a diversificação de cenários de práticas e a interprofissionalidade. Além disso, os projetos deveriam observar as diretrizes do COAPES, planejar ações consoantes aos projetos político-pedagógicos e fomentar o desenvolvimento da docência e da preceptoria (BRASIL, 2015).

Diferente das edições anteriores, o PET-Saúde/GraduaSUS determina que as secretarias de saúde sejam protagonistas e corresponsáveis na elaboração dos projetos e desenvolvimento das atividades; e que os grupos tutoriais tenha

conformoção uniprofissional, visando à expansão da discussão curricular em cada curso, sem detrimento do desenvolvimento de ações transversais e integradas nos cenários de ensino-aprendizagem do SUS (BRASIL, 2015; FRANÇA et al., 2018).

Este último ponto, em específico, gerou questionamentos por parte dos interessados em apresentar propostas; pois, segundo eles, a conformação uniprofissional desestimularia o desenvolvimento de atividades interdisciplinares e interprofissionais (FRANÇA et al., 2018). Sobre isso, Magnago et al. (2020), mediante pesquisa avaliativa nacional sobre a edição GraduaSUS, descobriram que:

> as ações interprofissionais empreendidas do decurso de execução dos projetos PET-Saúde/GraduaSUS, embora acanhadas [...], catalizaram a resolução de alguns problemas de saúde da população e a compreensão de atribuições comuns aos profissionais envolvidos. Por outro lado, pouco foi possível enxergar o papel específico de cada profissão, já que a composição uniprofissional, bem como a inexistência de preceptores e profissionais de saúde de categorias ainda pouco inseridas na atenção primária, prejudicaram o compartilhamento de experiências mais robustas (p. 261).

Mais ainda, a pesquisa avaliativa demonstrou que a edição GraduaSUS desencadeou alguns processos, tímidos e pontuais, pautados na EIP, que não foram suficientes para alterar o modelo fragmentado dos currículos da saúde. Nesse sentido, as autoras apontaram para a importância de se criar uma edição especificamente destinada a fomentar o desenvolvimento da EIP e das práticas colaborativas (BRASIL, 2018; FRANÇA et al., 2018; MAGNAGO et al., 2019; MAGNAGO et al., 2020).

É nesta perspectiva que se cria a edição **PET-Saúde/Interprofissionalidade** (edital nº 10, de 23 de julho de 2018), com foco nas mudanças curriculares alinhadas às DCN e aos elementos teóricos e metodológicos da EIP, almejando a promoção da EIP e das práticas colaborativas em saúde. Para tanto, prevê a conformação de grupos tutoriais interprofisisonais, compostos minimante por três cursos de graduação diferentes; e a realização de atividades interprofissionais, com o envolvimento dos mais diversos profissionais de serviços de saúde, a fim de estimular a interação profissional e a superação da forte fragmentação do trabalho em saúde. Ainda em vigência, esta edição é objeto de estudo desta tese.

3.1 PET-Saúde/Interprofissionalidade em números

Desde a sua criação, o PET-Saúde passou por uma incorporação sucessiva de diretrizes e instrumentos de implementação para o desenvolvimento de projetos (FRANÇA et al., 2018). Passados mais de dez anos da sua criação, o programa já integrou 900 projetos em todas as regiões do Brasil, e envolveu a conformação de mais de 2.800 grupos tutoriais (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de projetos executados, grupos constituídos, bolsas concedidas e cursos participantes por edital do PET-Saúde. Brasil, 2008-2020

Edital - Tema	Projetos		Grupos		Bolsas/mês		Cursos	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Edital nº 12/2008 - Saúde da Família	84	9,3	306	10,7	5.814	13,3	345	7,7
Edital nº 18/2009 - Saúde da Família	111	12,3	484	17,0	9.267	21,2	545	12,2
Edital nº 07/2010 - Vigilância em Saúde	70	7,8	145	5,1	1.595	3,6	298	6,7
Edital nº 27/2010 - Saúde Mental	69	7,7	80	2,8	1.280	2,9	338	7,6
Edital nº 24/2011 - Pró-Saúde/PET-Saúde	120	13,3	415	14,5	8.069	18,5	709	15,9
Edital nº 28/2012 - Vigilância em Saúde	105	11,7	197	6,9	2.167	5,0	509	11,4
Edital nº 14/2013 - Redes de Atenção	116	12,9	290	10,2	5.510	12,6	623	14,0
Edital nº 13/2015 - Graduações em Saúde	105	11,7	388	13,6	3.666	8,4	388	8,7
Edital nº 10/2018 - Interprofissionalidade	120	13,3	548	19,2	6.349	14,5	701	15,7
Total	**900**	**100**	**2.853**	**100,0**	**43.717**	**100**	**4.456**	**100**

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2020.

Os dados relacionados à edição Interprofissionalidade indicam que 120 projetos foram aprovados, distribuídos em todas as regiões do País. Norte (n=9; 7,5%) e Centro-Oeste (n=14; 11,7%) são as regiões com os menores números de projetos em desenvolvimento e, consequentemente, de grupos tutoriais constituídos e cursos de graduação envolvidos (Tabela 2).

Identifica-se que há pelo menos um projeto por estado, exclusive Acre e Roraima. O maior número de projetos está sendo desenvolvido por IES do estado de São Paulo, seguido pelos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição do número de projetos, grupos tutoriais e cursos de graduação envolvidos no PET-Saúde/Interprofissionalidade por região. Brasil, 2020

Regiões	Projetos		Grupos tutoriais		Cursos de graduação	
	n	%	N	%	n	%
Norte	9	7,5	41	7,5	51	7,3
Nordeste	33	27,5	156	28,5	189	27,0
Centro-Oeste	14	11,7	65	11,9	87	12,4
Sudeste	42	35,0	184	33,6	222	31,7
Sul	22	18,3	102	18,6	152	21,7
Total	**120**	**100**	**548**	**100**	**701**	**100**

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2020.

Tabela 3 - Distribuição do número de projetos, grupos tutoriais e cursos de graduação envolvidos no PET-Saúde/Interprofissionalidade por estado. Brasil, 2020

UF	Projetos		Grupos tutoriais		Cursos de graduação	
	n	%	N	%	n	%
AL	3	2,5	14	2,6	24	3,4
AM	1	0,8	4	0,7	7	1,0
AP	1	0,8	5	0,9	5	0,7
BA	8	6,7	37	6,8	37	5,3
CE	5	4,2	25	4,6	29	4,1
DF	3	2,5	14	2,6	24	3,4
ES	4	3,3	16	2,9	23	3,3
GO	4	3,3	20	3,6	28	4,0
MA	2	1,7	10	1,8	8	1,1
MG	13	10,8	59	10,8	73	10,4
MS	3	2,5	13	2,4	15	2,1
MT	4	3,3	18	3,3	20	2,9
PA	5	4,2	22	4,0	29	4,1
PB	4	3,3	18	3,3	29	4,1
PE	4	3,3	20	3,6	19	2,7
PI	3	2,5	12	2,2	18	2,6
PR	4	3,3	18	3,3	22	3,1
RJ	10	8,3	46	8,4	51	7,3
RN	3	2,5	15	2,7	16	2,3
RO	1	0,8	5	0,9	4	0,6
RS	10	8,3	47	8,6	74	10,6
SC	8	6,7	37	6,8	56	8,0
SE	1	0,8	5	0,9	9	1,3
SP	15	12,5	63	11,5	75	10,7
TO	1	0,8	5	0,9	6	0,9
Total	**120**	**100**	**548**	**100**	**701**	**100**

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2020.

Do total de projetos aprovados, 50,8% foram elaborados por secretarias de saúde em parceria com as IES federais e menos de 3,0% foram desenhados por IES municipais (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade aprovados segundo tipo de instituição de ensino superior. Brasil, 2020

Instituição de ensino	Projetos	
	n	%
Federal	61	50,8
Estadual	23	19,2
Municipal	03	2,5
Privada sem fins lucrativos	33	27,5
Total	**120**	100

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2020.

A Tabela 5 indica que a distribuição de bolsistas pelos estados acompanha o panorama de distribuição de projetos e de grupos tutoriais. Proporcionalmente, as regiões Sudeste (n=2.094; 33,0%) e Nordeste (n=1.862; 29,3%) são as que concentram a maioria dos bolsistas; ao passo que as regiões Norte (n=453; 7,1%) e Centro-Oeste (n=754; 11,9%) detém o menor número.

Tabela 5 - Distribuição de bolsas PET-Saúde/Interprofissionalidade por estado. Brasil, nov. 2020

UF	Estudante		Tutor		Preceptor		Coordenador de grupo		Coordenador de projeto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AL	90	2,8	15	2,8	60	3,1	15	2,7	3	2,5
AM	17	0,5	4	0,7	15	0,8	4	0,7	1	0,8
AP	29	0,9	5	0,9	18	0,9	5	0,9	1	0,8
BA	215	6,7	36	6,7	138	7,0	37	6,8	8	6,7
CE	150	4,7	25	4,7	97	4,9	25	4,6	5	4,2
DF	83	2,6	14	2,6	55	2,8	14	2,6	3	2,5
ES	94	3,0	15	2,8	61	3,1	16	2,9	4	3,3
GO	120	3,8	16	3,0	73	3,7	20	3,7	4	3,3
MA	60	1,9	9	1,7	30	1,5	10	1,8	2	1,7
MG	332	10,4	57	10,6	204	10,4	59	10,8	13	10,8
MS	75	2,4	13	2,4	52	2,7	13	2,4	3	2,5
MT	103	3,2	17	3,2	54	2,8	18	3,3	4	3,3
PA	126	4,0	22	4,1	70	3,6	22	4,0	5	4,2
PB	100	3,1	18	3,4	62	3,2	18	3,3	4	3,3
PE	119	3,7	20	3,7	78	4,0	20	3,7	4	3,3
PI	76	2,4	13	2,4	47	2,4	13	2,4	3	2,5
PR	107	3,4	17	3,2	65	3,3	18	3,3	4	3,3
RJ	253	7,9	43	8,0	161	8,2	43	7,9	10	8,3
RN	90	2,8	15	2,8	53	2,7	15	2,7	3	2,5
RO	30	0,9	5	0,9	16	0,8	5	0,9	1	0,8
RS	270	8,5	47	8,8	160	8,2	47	8,6	10	8,3
SC	219	6,9	37	6,9	140	7,1	37	6,8	8	6,7
SE	30	0,9	5	0,9	20	1,0	5	0,9	1	0,8
SP	369	11,6	63	11,8	219	11,2	63	11,5	15	12,5
TO	29	0,9	5	0,9	12	0,6	5	0,9	1	0,8
Total	**3186**	**100**	**536**	**100**	**1960**	**100**	**547**	**100**	**120**	**100**

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2020.

Os projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade envolvem mais de 7 mil integrantes, dos quais 54,1% são estudantes. Além dos bolsistas, que somam 6.349 (85,5%), há uma proporção significativa de integrantes voluntários (n=1.073; 14,5%), especialmente de estudantes (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de participantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade, segundo perfil de participação. Brasil, nov. 2020

Integrantes	Bolsista		Voluntários		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	3.186	50,2	827	77,1	4.013	54,1
Tutor	536	8,4	106	9,9	642	8,6
Preceptor	1.960	30,9	132	12,3	2.092	28,2
Coordenador de grupo	547	8,6	8	0,7	555	7,5
Coordenador de projeto	120	1,9	0	0,0	120	1,6
Total	**6.349**	**100**	**1.073**	**100**	**7.422**	**100**

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2020.

4 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS

No século 21 encontramos uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais que se soma a novos riscos infecciosos, ambientais, sociais e comportamentais, em um momento de transições demográficas e epidemiológicas aceleradas que apontam para um incremento prospectivo das condições crônicas não transmissíveis, degenerativas e de saúde mental (FRENK et al., 2010; BARRET, CHARLES e TEMTE, 2015). Essa situação de saúde não poderá ser adequadamente respondida por práticas de saúde episódicas e uniprofissionais, que privilegiam a resolução de problemas agudos (WHO, 2010).

Os novos e dinâmicos padrões dos processos saúde-doença exigem um novo perfil profissional e uma força de trabalho em saúde mais integrada, imprimindo, portanto, redesenhos dos processos de formação em saúde que visem melhorar a interdependência e o desempenho dos trabalhadores, das práticas e dos sistemas de saúde face a contextos de atuação específicos. A proposta que vem sendo fomentada pela OMS é a EIP, estratégia pedagógica capaz de mobilizar mudanças das práticas e dos modelos tecnoassistenciais em direção à colaboração profissional e ao cuidado integral centrado no paciente e em suas necessidades (WHO, 2010; MATUDA, AGUIAR e FRAZÃO, 2013; REEVES, 2016).

A EIP tem sido amplamente discutida e divulgada globalmente. Entre as produções de maior relevância mundial sobre o tema estão o “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, produzido pela OMS em 2010, e “Introdução à Educação Interprofissioanal”, produzido pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (*Centre for the Advancement of Interprofessional Education* - CAIPE) em 2013.

Esses documentos não apresentaram uma definição teórica para além do que o próprio CAIPE já havia definido em 2002 de que a EIP se constitui em:

> ocasiões em que dois ou mais profissionais aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração eficaz, melhorar os resultados na saúde e aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços” (CAIPE, 2013, p. 3).

A OMS acrescenta, em sua definição, a importância da EIP para a formação dos profissionais da área da saúde:

> Uma força de trabalho colaborativa preparada para a prática é uma maneira específica de descrever os profissionais de saúde que tenham recebido treinamento eficaz sobre educação interprofissional. A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões

> aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde. Ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estão prontos para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa (WHO, 2010, p.10).

Parte-se do pressuposto de que mediante as inter-relações profissionais os estudantes aprenderão uns com os outros, aprimorando a colaboração profissional e, consequentemente, a qualidade dos cuidados e serviços de saúde. Nessa ótica, oportunidades de aprendizado conjunto e compartilhado no contexto real da produção do cuidado são imprescindíveis.

É importante ponderar que a abordagem interprofissional não desconsidera a formação uniprofissional ou multiprofissional. Estas últimas se mostram adequadas para alguns objetivos de aprendizagem específicos; a interprofissional, por sua vez, deve ser valorizada para a formação de competências para o efetivo trabalho em equipe, se mostrando potente para o exercício da colaboração como aspecto diferencial no trabalho em saúde.

A colaboração pode ser entendida como um processo interprofissional de comunicação e tomada de decisão que permite que o conhecimento e as habilidades individuais e as compartilhadas dos diferentes profissionais de saúde influenciem sinergicamente o atendimento ao paciente. Para tanto, é importante que os membros da equipe se comuniquem e resolvam seus conflitos eticamente, assegurando equidade na tomada de decisões; tenham clareza sobre os papeis, funções, responsabilidades e limitações de cada categoria profissional envolvida no cuidado, que deve ser centrado no paciente/família/comunidade; e formulem, implementem e avaliem cuidados de maneira conjunta visando à melhoria dos resultados de saúde (CIHC, 2010).

O sistema de saúde brasileiro, orientado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e sob a égide de um modelo tecnoassistencial baseado no fortalecimento da APS e na atuação compartilhada das equipes de saúde, vem historicamente tentando estabelecer um processo de formação coerente com suas diretrizes. A EIP assume singular importância nesse contexto, não apenas porque se admite o reconhecimento da premissa de que o SUS é interprofissional, mas também porque propostas de formação e de exercício para a prática interprofissional (PIP) já estão postas na realidade brasileira, o que torna incabível qualquer medida controversa que deslegitime tal condição (CECCIM, 2004; PEDUZZI, 2016).

A PIP é compreendida como a aquela que se exerce mediante atuação profissional integrada, em função de objetivos comuns, centralidade do paciente e resolutividade dos probelmas de saúde, o que pressupõe esforço mútuo, diálogo, negociação e compartilhamento de ações e conhecimentos advindos de processos formativos ancorados na EIP (WHO, 2010; FREIRE FILHO e SILVA, 2017).

Embora, no Brasil, ainda sejam recentes as experiências sistematizadas de EIP e PIP, reconhece-se que há um consistente repertório de estratégias em curso e outras previstas no nível macro da política de saúde, o que favorece a indução para a implementação dessa abordagem no cenário nacional (PEDUZZI, 2016). Mas, pensar a EIP implica olhar para três dimensões centrais da realidade: micro, meso e macro.

A dimensão micro está relacionada às relações interpessoais e interprofissionais no cotidiano da formação e do trabalho em saúde, o que inclui as posturas de abertura ou de resistência à abordagem interprofissional, colocando em evidência que, nessa dimensão, devem ser abordados os efeitos da socialização de estudantes e docentes, entendida como o processo pelo qual atitudes, crenças e comportamentos são transferidos de atores já estabelecidos para novos membros incluídos nos movimentos de implementação da EIP (OANDASAN e REEVES, 2005).

A dimensão meso se refere a um conjunto de processos administrativos e logísticos e seus impactos na EIP. Incluem-se, neste conjunto, o planejamento e a estruturação dos currículos e programas dos cursos, a disponibilidade e uso de metodologias de ensino-aprendizagem coerentes com a abordagem interprofissional, bem como os instrumentos e processos avaliativos da formação empregados. Nessa ótica, o empoderamento e o comprometimento dos gestores acadêmicos e dos docentes para a condução de iniciativas que promovam a EIP são imprescindíveis. Por fim, a dimensão macro está relacionada ao apoio político e institucional; logo, envolve a formulação de políticas integradas de saúde e de educação que possam apoiar a implementação da EIP e das PIP face o contexto dos sistemas nacionais de saúde e das necessidades dos usuários. Esta dimensão deve legitimar e apoiar as iniciativas das outras duas dimensões (OANDASAN e REEVES, 2005).

Estas três dimensões precisam estabelecer e manter relações de diálogo para que as iniciativas planejadas sejam bem-sucedidas e os resultados alcançados apontem para a melhoria das práticas e da qualidade da atenção à saúde. Isso

posto, fazer o debate sobre essas dimensões é fulcral e mostra a complexidade da adoção e implementação da EIP (BRASIL, 2017).

Como referido anteriormente, a criação da SGTES, no ano de 2003, possibilitou a institucionalização de uma política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, incluindo aquelas assentadas nos elementos teórico-metodológicos da EIP. Um marco de destaque para a indução da EIP no Brasil foi a instituição da PNEPS, que consolidou aspectos essenciais para o desenvolvimento de ações formativas para os trabalhadores da saúde sob a lógica da integração ensino-serviço-comunidade e do trabalho em equipe multiprofissional, e que assumiu os serviços do SUS como cenários privilegiados para o aprendizado (PEDUZZI et al., 2013).

Sob os preceitos da PNEPS nascem diferentes iniciativas focalizadas na reorientação dos processos formativos dos cursos de graduação na área da saúde, a exemplo do PET-Saúde que, comparado a outras estratégias, é detentor de componentes estratégicos diferenciados, como: a inserção dos estudantes da saúde na realidade dos serviços SUS; acompanhamento por tutoria e conformação de grupos tutoriais multiprofissionais composto por representantes do ensino e do serviço; e aprendizagem em serviço e em equipe. Por esses e outros diferenciais, o PET-Saúde, em especial a edição Interprofissionalidade, revela-se como proposta potencial para a promoção da EIP e das PIP.

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso exploratório, descritivo e qualitativo, desenvolvido no estado do Rio de Janeiro. O estudo de caso é definido por Yin (2015, p. 17-18) como sendo:

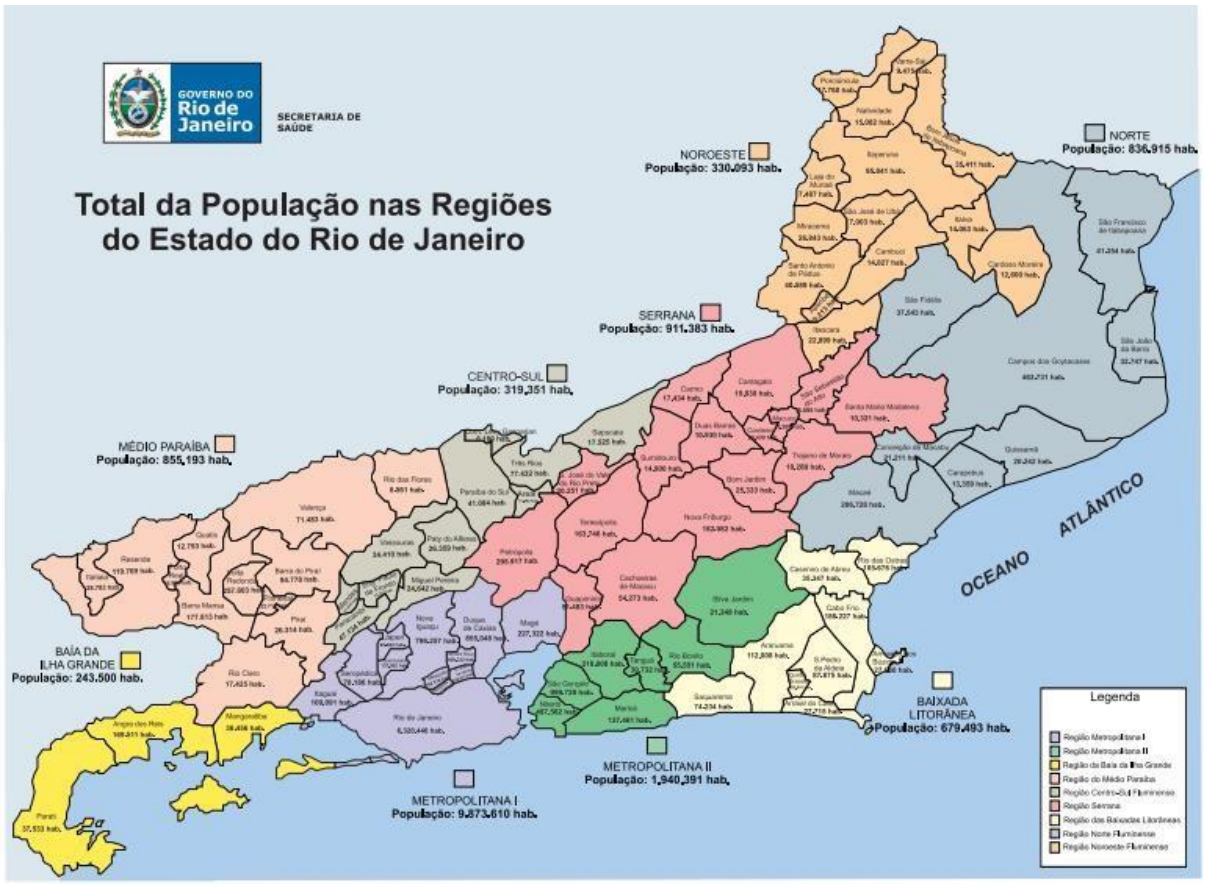
> uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (“o caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes. [...] A investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que ponto de dados, e, como resultado, conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular e, como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e a análise de dados.

Este tipo de estudo pode combinar abordagens qualitativas e quantitativas, ser classificado como exploratório, descritivo ou explanatório; e utilizar diversas técnicas para a coleta e análise de dados (YIN, 2015). No que se refere a esta pesquisa, adotou-se a abordagem qualitativa, pois, diferente de outros métodos das ciências sociais, indica em amplitude sua potencial relevância e fascínio, pois praticamente todo acontecimento da vida real pode ser objeto de um estudo qualitativo (YIN, 2016). É exploratória porque buscou se aproximar mais profundamente sobre o tema; e é, ainda, descritiva porque se propôs a descrever os aspectos e características do fenômeno investigado (GIL, 2010).

5.2 Cenário do estudo, unidades de análise e participantes

Esta tese se debruçou sobre a experiência do estado do Rio de Janeiro com o PET-Saúde/Interprofissionalidade, em razão de este ser o território de localização da Uerj, o território de atuação profissional da autora, e por se tratar de um dos estados com o maior número de projetos aprovados para a edição Interprofissionalidade, ficando atrás apenas do estado de São Paulo e Minas Gerais. Além disso, é o segundo estado com o maior número de vagas em cursos de graduação na área da saúde (PIERANTONI; MAGNAGO, 2017).

Figura 2 - Divisão territorial do estado do Rio de Janeiro, por regiões e municípios. Rio de Janeiro, 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico 2010.

A unidade de análise foi a edição PET-Saúde/Interprofissionalidade no estado do Rio de Janeiro, traduzida pelos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade aprovados para serem desenvolvidos no biênio 2019-2020 (Quadro 2).

Quadro 2 Projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade do estado do Rio de Janeiro aprovados. Brasil, 2018

Município	**Instituição de ensino**
Macaé	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Niterói	Universidade Federal Fluminense
Nova Friburgo	Universidade Federal Fluminense
Pinheiral e Volta Redonda	Centro Universitário de Volta Redonda
Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro	Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Seropédica	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Teresópolis	Centro Universitário Serra dos Órgãos
Valença	Centro de Ensino Superior de Valença

Fonte: Portaria nº 313, de 30 de outubro de 2018.

Para a produção dos dados, foram consideradas fontes os diferentes integrantes de projetos que tiveram como proponentes instituições de ensino

também participantes da edição anterior do programa (PET-Saúde/GraduaSUS). Isso, pois, considerou-se oportuno analisar a experiência de instituições que já haviam iniciado processos de mudanças na perspectiva da EIP e das práticas colaborativas, que também foram fomentadas pela edição GraduaSUS.

Dos dez projetos do estado, cinco atenderam a esse critério: o da Universidade Federal Fluminense – UFF (Niterói); dois da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Macaé e Rio de Janeiro); um da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj (Rio de Janeiro); e um do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA (Pinheral e Volta Redonda). Oportuno dizer que os projetos selecionados estão distribuídos nas regiões de saúde na seguinte maneira: dois na região Metropolitana I, um na Metropolitana II, um na Baixada Litorânea e um na Médio-Paraíba.

Para a definição dos sujeitos, buscou-se incluir os diferentes perfis de integrantes por projeto: coordenador, tutor, preceptor e estudante. Assim, uma vez definidos os projetos, os seus coordenadores foram convidados a participar da pesquisa e a eles solicitado que estendessem o convite a outros integrantes do PET-Saúde, sendo pelo menos dois estudantes de cursos diferentes, um preceptor e um tutor. Manifestaram desejo em participar os cinco coordenadores de projeto, 11 estudantes, nove preceptores e sete tutores que, juntos, conformaram a amostra multiprofissional do estudo (n=32).

5.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A proposta metodológica para a produção dos dados foi um estudo de caso. A realização desse tipo de estudo constitui-se como um dos empreendimentos mais desafiadores das ciências sociais. E, como método de pesquisa, é usado em muitas situações com vistas ao aprofundamento do conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2015).

Isso considerado, as estratégias metodológicas adotadas foram escolhidas tendo em vista as questões norteadoras e objetivos específicos delineados (Quadro 3).

Quadro 3 - Objetivo geral, questões norteadoras, objetivos específicos e estratégias metodológicas adotadas para o levantamento de dados da pesquisa. Rio de Janeiro, 2020

Objetivo geral	Questões norteadoras	Objetivos específicos	Estratégias metodológicas
Analisar o desenvolvimento do PET-Saúde Interprofissionalidade na perspectiva dos elementos teóricos-metodológicos da EIP e das práticas colaborativas	O PET-Saúde Interprofissionalidade tem colaborado para o desenvolvimento de estratégias alinhadas ao pressupostos da EIP e das práticas colaborativas?	Identificar se os pressupostos da EIP e das práticas colaborativas estão sendo aplicados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde Interprofissionalidade	Aplicação de um questionário para a caracterização da amostra Entrevista aberta com os coordenadores, tutores, preceptores e acadêmicos dos grupos tutoriais do PET-Saúde Interprofissionalidade
	Quais as mudanças na formação induzidas pela edição Interprofisisonalidade segundo a percepção dos integrantes de projetos do PET-Saúde?	Analisar as mudanças na formação induzidas pelo PET-Saúde Interprofissionalidade	
	Quais são as dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes no desenvolvimento dos projetos desta edição?	Conhecer as dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes do PET-Saúde Interprofissionalidade no desenvolvimento dos projetos	
	Quais as implicações da Covid-19 no desenvolvimento das atividades do PET-Saúde?	Investigar as implicações da pandemia de Covid-19 no desenvolvimento das atividades do PET-Saúde	

Fonte: Autora, 2021.

Dois tipos de instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: questionários estruturados autoaplicáveis (um para cada perfil de entrevistado), com perguntas relacionadas à caracterização dos sujeitos (Apêndice A); e roteiros não estruturados, diferenciados segundo perfil de entrevistado (estudante, coordenador e tutor/preceptor), que nortearam as entrevistas individuais, conformados por oito, 10 e 11 perguntas, respectivamente (Apêndice B).

A proposta inicial era aplicar o questionário e realizar as entrevistas de modo presencial, conforme agendamento definido com os sujeitos. Contudo, o período inicial da coleta de dados coincidiu com o momento da eclosão da pandemia de covid-19 no Brasil, que culminou com a paralização das atividades presenciais nas insituições de ensino, dadas as medidas de isolamento social adotadas para a contenção da doença. Sendo assim, foi estabelecido contato com os participantes do estudo, seguido do envio de uma carta de apresentação (Apêndice C), com os quais ficou acordado que a coleta de dados se daria remotamente, por intermédio de

recursos disponíveis online.

Isto posto, os dados foram coletados entre abril e setembro de 2020, em dois momentos: autopreenchimento do questionário estruturado para a caracterização da amostra, elaborado e disponibilizado pela plataforma Google Forms; e entrevistas virtuais individuais, realizadas pela plataforma Zoom, as quais foram norteadas pelos roteiros não estruturados.

Para o registro das entrevistas foi utilizado o gravador de voz da ferramenta, mediante autorização e consentimento individual dos participantes. O sigilo de suas identidades foi esclarecido e garantido. Esses encontros duraram, em média, 60 minutos.

5.4 Técnicas de análise

Os dados produzidos a partir da aplicação do questionário foram exportados para planilhas de Excel e tratados por estatística descritiva. Os depoimentos, por sua vez, foram submetidos à análise de conteúdo pela proposta de Bardin (2016), compreendida como:

> um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, cuja intenção é produzir indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 47).

Bardin (2016) organiza a análise de conteúdo a partir de três fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise corresponde à organização e seleção dos materiais produzidos. Trata-se de um momento em que se estabelece o primeiro contato com os documentos e que tem por objetivo “tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 2016, p. 125).

A fase de exploração do material consiste essencialmente em empregar operações de codificação, decomposição ou enumeração dos textos, em função de regras previamente formuladas. A terceira fase, por fim, configura-se como o momento no qual os resultados brutos são tratados de maneira a torná-los significativos; é nesta etapa que as inferências e interpretações são realizadas conforme os objetivos previamente delineados, ou em função de novos achados de pesquisa (BARDIN, 2016).

Neste estudo, após a transcrição das entrevistas, os documentos produzidos foram organizados e lidos exaustivamente; em seguida, recortes de textos foram selecionados, codificados e agrupados em três grandes temas: PET-Saúde/Interprofissionalidade como instrumento de promoção da educação interprofissional e das práticas colaborativas; Dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes no percurso de desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade; e Movimentos de adaptação das atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade no contexto da pandemia de covid-19.

Registra-se que a saturação teórica, constatada por meio da identificação de ausência de elementos novos em cada agrupamento, foi alcançada para coordenadores, preceptores, tutores e estudantes, ratificando a suficiência do número amostral (n=32).

Cada um dos grandes temas originou outros subtemas, sobre cujos conteúdos foram tecidas inferências e interpretações, adotando-se como referencial os elementos teórico-metodológicos da EIP. Foram utilizadas especialmente as publicações do CAIPE, instituição inglesa estabelecida em 1987 que tem tradição nos estudos sobre o tema, entre elas as diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP proposta por Barr (2003) (Quadro 4).

Quadro 4 - Matriz analítica baseada nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP

Categorias analíticas	Questões norteadoras	Elementos da EIP
Objetivos	- Os objetivos declarados promovem/contribuem para a prática colaborativa?	- Duas ou mais profissões aprendendo juntas - Desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa - Aprendizado sobre o papel de cada profissão - Estabelecimento de objetivos comuns - A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção
Fundamentação teórica	- O Programa informa sua fundamentação teórica?	- Bases em teorias educacionais que promovam a aprendizagem reflexiva e colaborativa em serviço
Estrutura e métodos de ensino-aprendizagem	- O aprendizado interprofissional é incorporado ao programa? - O programa adota a prática baseada em evidências? - O programa é formado por valores interprofissionais? - São adotados métodos de aprendizagem interativa? - Todas as profissões estão representadas no planejamento do ensino? - Usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?	- A aprendizagem interprofissional deve estar prevista na estrutura curricular, integrando os módulos/unidades - Conjugação de métodos pedagógicos comuns e compartilhados - Utilização de metodologias de aprendizado que integrem diferentes recursos interativos e de contextualização - Recursos pedagógicos que promovam o aprendizado compartilhado entre diferentes profissões - Aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas
Mecanismos de avaliação	- A aprendizagem interprofissional é avaliada? - Como o programa é avaliado? - Os resultados são divulgados?	- Processos avaliativos contínuos dos aprendizes, que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais - Avaliação periódica do programa que permita o replanejamento dos métodos pedagógicos - Os resultados das práticas educacionais devem ser divulgados para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências que aprimorem os contextos educacionais

Fonte: Adaptado de Barr (2003).

Por fim, seguindo as proposições teóricas e os objetivos da pesquisa, sobre os conjuntos de dados foram extraídas conclusões e inferências do que foi apreendido sobre o fenômento investigado. Para tanto, foi utilizada como estratégia analítica a construção da explicação que é, na realidade, um processo de refinamento de um conjunto de ideias, cujo objetivo é analisar os dados construindo uma explicação sobre o caso (YIN, 2015).

Esse processo analítico foi orientado pelas reflexões de Oandans e Reeves (2005) a respeito das três dimensões centrais da realidade que exercem forte

influência no processo de adoção da EIP: a micro, meso e macro. Para os autores, o sucesso da implantação dessa abordagem pedagógica depende de um conjunto de iniciativas que precisam estar articuladas, mantendo forte relação de interdependência entre essas três dimensões, salvaguardadas suas importâncias.

De acordo com YIN (2015), a construção da explicação ocorre de forma narrativa refletindo algumas proposições teoricamente significativas, das quais as magnitudes podem compensar a carência da precisão. Nesse sentido, o estudo de caso pode levar a futuras ações políticas e a contribuições importantes. E é exatamente o que se espera com esta tese sobre o estado do Rio de Janeiro.

5.5 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi apreciado e aprovado por cinco Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando-se às determinações da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa acerca dos aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, e às normas estabelecidas pelas instituições participantes (Anexo A).

- CEP IMS/Uerj, CAAE 27845819.6.0000.5260, Parecer 3.899.608
- CEP HUPE/Uerj, CAAE 27845819.6.3003.5259, Parecer 3.977.438
- CEP SMS/RJ, CAAE: 27845819.6.3001.5279, Parecer 3.993.894
- CEP HUAP/UFF, CAAE: 27845819.6.3002.5243, Parecer: 3.982.264
- CEP HMMR/RJ, CAAE: 27845819.6.3004.5255 Parecer 4.039.647

Ressalta-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) foi assinado em duas vias; e que, visando preservar o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados por seu perfil de participação no PET-Saúde (coordenador, tutor, preceptor, acadêmico), seguido por um número arábico correspondente a ordem de realização das entrevistas.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Este tópico apresenta a caracterização dos entrevistados, a partir dos dados coletados pelo questionário aplicado por meio do Google Forms. A entrevista aberta foi virtualizada pela plataforma Zoom, mediante carta de apresentação e consentimento dos participantes. A investigação foi dirigida a 32 integrantes de cinco diferentes grupos PET-Saúde do estado do Rio de Janeiro. Obteve-se uma amostra com cinco coordenadores de projeto (um por cada grupo tutorial), um coordenador de grupo, seis tutores (sendo um por cada grupo tutorial), 9 preceptores (pelo menos um por grupo) e 11 acadêmicos (pelo menos dois por grupo tutorial).

Do conjunto dos discentes, três cursam medicina, outros três cursam nutrição e dois cursam serviço social. Enfermagem e psicologia são cursos frequentados por um estudante, cada (Tabela 7). Fica comprovada a constituição multiprofissional dos grupos tutoriais, tal como previsto pelo edital.

Tabela 7 - Distribuição dos estudantes segundo curso de graduação. Rio de Janeiro, 2020

Curso	**N**	**%**
Medicina	3	30
Nutrição	3	30
Serviço Social	2	20
Enfermagem	2	10
Psicologia	1	10
Total	**11**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa.

No momento da coleta de dados, os estudantes cursavam o terceiro, quarto ou quinto ano; isto é, todos eles estavam no mínimo no 6º período do curso de graduação (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos estudantes segundo período acadêmico. Rio de Janeiro, 2020

Período acadêmico	**N**	**%**
6º período	3	26,7
7º período	3	26,7
8º período	1	10
9º período	1	10
10º período	3	26,7
Total	**11**	**100%**

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme se verifica pela Tabela 9, todos os estudantes estão envolvidos com outras atividades acadêmicas, em especial a extensão e a pesquisa. Esse dado

é interessante porque essas atividades possibilitam que os estudantes desenvolvam diferentes competências que contribuem para a conformação de um profissional de perfil crítico e reflexivo, como dispõem as DCN. As atividades universitárias complementares têm a finalidade de enriquecer o processo ensino-aprendizagem, privilegiando a complementação da formação social e profissional, sendo realizadas por meio de atividades acadêmico-científico-culturais (CRUZ et al., 2019).

Autores indicam que a iniciação científica tem a finalidade de despertar a vocação para a pesquisa e de estimular o aluno a se aproximar da realidade social, constituindo-se, assim, como um instrumento que promove a qualificação dos processos formativos (SANTOS, ANJOS e ALMEIDA, 2015). A extensão universitária, por seu turno, facilita o vínculo universidade-sociedade mediante a promoção de diferentes formas de cultura, com vistas a responder necessidades sociais e de formação; e de viabilizar o cumprimento da missão universitária de formar e de transformar a realidade (VEITIA ACOSTA et al., 2020).

É no período de formação que os futuros profissionais de saúde irão desenvolver competências, habilidades, atitudes e valores que o acompanharão durante toda a vida profissional. Nesse sentido, as atividades complementares podem potencializar a experimentação de contato com o mundo do trabalho e com as necessidades sociais e, consequentemente, causar impactos no SUS e na sociedade (CRUZ et al., 2019).

Tabela 9 - Participação dos estudantes em atividades acadêmicas complementares. Rio de Janeiro, 2020

Atividades acadêmicas	**N**
Extensão	10
Pesquisa	8
Atividades extracurriculares	7
Iniciação científica	5
Liga acadêmica	1

Fonte: Dados da pesquisa.

No que tange às estratégias de divulgação do edital de seleção para o PET-Saúde por meio das quais os estudantes souberam da proposta, identificou-se que cinco deles obtiveram informações através de professores de seus respectivos cursos, três souberam por amigos e dois se informaram por meio de cartazes físicos.

Quanto à formação dos demais integrantes dos projetos PET-Saúde (n=22), identificou-se que a maior parte se formou em enfermagem (36%) e medicina (18%), como se verifica pela Tabela 10. Cabe ressaltar a heterogeneidade de profissionais,

incluindo um administrador que não é formado na área da saúde. Ademais, importante mencionar a participação de biomédico, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas, cuja participação na APS é, ainda, pouco valorizada. Dados semelhantes foram identificados no processo de avaliação da edição de GraduaSUS (BRASIL, 2018; FRANÇA et al., 2018).

Tabela 10 - Distribuição do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores segundo curso de formação. Rio de Janeiro, 2020

Curso/ Formação	**n**	**%**
Enfermagem	8	36
Medicina	4	18
Fisioterapia	2	9
Nutrição	2	9
Psicologia	2	9
Administração	1	5
Ciências Biomédicas	1	5
Serviço Social	1	5
Terapia Ocupacional	1	5
Total	**22**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à titulação desses atores, identificou-se número expressivo de mestres e doutores, o que sugere alta qualificação profissional desse conjunto de apoiadores dos estudantes (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores por maior titulação. Rio de Janeiro, 2020

Maior titulação	**N**	**%**
Graduação	2	9
Residência	1	5
Mestrado	9	41
Doutorado	5	23
Pós-doutorado	5	23
Total	**22**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa.

Do conjunto, a maioria desses atores se formou há mais de dez anos (73%), com destaque para aqueles que se formaram há 20-25 anos (Tabela 12), sugestivo de maior experiência profissional e, consequentemente, de experiência no SUS. No caso da edição GraduaSUS, cujo perfil refere-se apenas aos coordenadores de projeto (vinculados aos serviços de saúde) e aos coordenadores de curso (docentes), foi evidenciado que 54,5% e 43,3% estavam vinculados há mais dez anos às instituições participantes do PET-Saúde (BRASIL, 2018; FRANÇA et al., 2018).

Tabela 12 - Tempo de formação do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores por maior titulação. Rio de Janeiro, 2020

Tempo de formação	**n**
Até 5 anos	1
5 a 10 anos	5
11 a 15 anos	5
16 a 20 anos	1
20 a 25 anos	8
26 a 30 anos	1
Acima de 31 anos	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos coordenadores de projeto, quatro são representantes das secretarias de saúde, dos quais três ocupam cargos de gestão; e dois são docentes de IES. Essa participação de gestores do SUS indica envolvimento mais ativo e corresponsável da rede de serviços com os processos de formação na saúde, ao mesmo tempo que potencializa a integração entre o ensino e o serviço. Entre os preceptores, um atua em cargo de gestão e os demais desenvolvem funções clínicas.

Por fim, sobre a participação desses atores em edições anteriores do PET-Saúde, a Tabela 9 indica que a menor parte está participando pela primeira vez do programa (41%). A experiência e vivência anterior transita como relevante ponto de atenção, já que mais da metade mantem-se integrante dessa proposta política indutora de mudanças, ancoradas na ESP.

Tabela 13 - Participação do conjunto de coordenadores, tutores e preceptores em edições anteriores do PET-Saúde. Rio de Janeiro, 2020

Participação	**n**	**%**
1ª vez	9	41
2ª edição	9	41
3ª ou mais edições	4	18
Total	**22**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa.

6.2 PET-Saúde/Interprofissionalidade: o caso do estado do Rio de Janeiro

As entrevistas individuais com os atores da edição Interprofissionalidade do estado do Rio de Janeiro, que duraram em média 60 minutos, produziu 300 páginas de transcrição, que atendem não apenas aos objetivos da pesquisa, como também realça achados que os extrapolam. Ressalta-se que, nesta tese, foram trabalhadas apenas as informações que responderam às questões norteadoras e aos objetivos delienados para o estudo. Outros pontos serão trabalhados a *posteriori* em produções científicas.

Isto dito, os resultados deste estudo estão apresentados sob a forma de três

artigos científicos, um deles já submetido e aprovado para publicação (artigo 3). Os demais (artigos 1 e 2) serão oportunamente revistos e adaptados conforme normas dos periódicos escolhidos para submissão. Isso dito, optou-se, aqui, por apresentá-los em suas versões mais estendidas. Cabe acrescentar, também, que cada artigo responde a objetivos específicos e representam o exame pormenorizado dos três grandes temas emergidos do processo de análise de conteúdo:

Artigo 1. PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de competências colaborativas: uma proposta assertiva

Este artigo responde aos seguintes objetivos específicos: identificar se os pressupostos da EIP e das práticas colaborativas estão sendo aplicados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade; e analisar as mudanças na formação induzidas pelo PET-Saúde/Interprofissionalidade. Mais, representa a análise detalhada do grande tema 'PET-Saúde/Interprofissionalidade como instrumento de promoção da educação interprofissional e das práticas colaborativas'.

Artigo 2. Barreiras para a implementação da educação interprofissional no Brasil: um olhar sobre o PET-Saúde

Este artigo responde ao objetivo específico de conhecer as dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade no desenvolvimento dos projetos; e representa a análise detalhada do grande tema 'Dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes no percurso de desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade'.

Artigo 3. Movimentos de adaptação das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no contexto da pandemia de covid-19

Este manuscrito responde ao último objetivo específico, qual seja: investigar as implicações da pandemia de Covid-19 no desenvolvimento das atividades; e representa a análise detalhada do grande tema 'Movimentos de adaptação das atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade no contexto da pandemia de covid-19'. Este *paper* foi submetido, aprovado e publicado na revista científica Research, Society and Development (https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16029).

6.2.1 *Artigo 1*

PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de competências colaborativas: uma proposta assertiva

RESUMO

Este artigo busca analisar as mudanças na formação induzidas pelo Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), edição Interprofissionalidade, e identificar se os pressupostos da educação interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas estão sendo aplicados no desenvolvimento dos projetos. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso, desenvolvido no estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados mediante entrevistas abertas, com 32 atores do programa, e tratados por análise de conteúdo à luz do referencial teórico-metodológico da EIP. Três categorias foram produzidas: O PET-Saúde/Interprofissionalidade como dinâmica construtiva de práticas colaborativas; A interprofissionalidade como fundamento de estruturação de currículos e práticas pedagógicas; e Os mecanismos de avaliação do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Este estudo de caso possibilitou que as instituições de ensino e de serviço do estado do Rio de Janeiro, com trajetória consolidada no PET-Saúde, revelassem os caminhos tomados para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e da formação na saúde na perspectiva do sistema de saúde. A edição Interprofissionalidade deflagrou experiências assertivas a partir da aplicação dos pressupostos da EIP e das práticas colaborativas, resultando em indução de reformas curriculares e criação de disciplinas interprofissionais; porém, ainda não representa uma política incorporada pelas instituições de ensino, cujos impasses para sua solidificação perduram. Atenção especial deve ser dada aos processos avaliativos, ainda muito incipientes. Uma preocupação latente é a sustentabilidade dos avanços alcançados na perspectiva dos pressupostos da EIP, o que requer apoio político e institucional.

Descritores: Formação profissional em saúde; Serviços de integração docente-assistencial; Educação interprofissional; Prática colaborativas.

INTRODUÇÃO

As mudanças do perfil epidemiológico, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e de novos riscos ambientais, infecciosos e comportamentais, reforçam a complexidade do setor saúde e formalizam a necessidade de se redesenhar os modelos tecnoassistenciais em direção à integralidade da atenção; e os processos de formação em saúde, visando melhorar a colaboração e o desempenho dos trabalhadores[1-3].

A proposta que vem sendo globalmente fomentada no sentido de mobilizar essas mudanças é a educação interprofissional (EIP), estratégia político-pedagógica que promete preparar a força de trabalho para ofertar cuidados mais efetivos e responder às necessidades locorregionais de saúde[3,4]. Conceitualmente, a EIP ocorre quando os estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre, com e

uns com os outros para aprimorar a colaboração profissional, a qualidade dos cuidados e serviços e, por consequência, melhorar os resultados de saúde[3,5].

É importante ponderar que a abordagem interprofissional não desabona a formação uniprofissional ou multiprofissional, que se mostram apropriadas para objetivos de aprendizagem específicos. A essência da EIP é valorizar a formação de competências que promovam o exercício efetivo da colaboração como aspecto diferencial no trabalho em saúde[6]. Parte-se do pressuposto de que, mediante as inter-relações profissionais, os estudantes aprenderão a trabalhar de maneira planejada, integrada, comunicativa e intencional, buscando equacionar os problemas de saúde que se apresentam no cotidiano dos serviços. Nessa ótica, oportunidades de aprendizado conjunto e compartilhado no contexto real da produção do cuidado são imprescindíveis.

O sistema de saúde brasileiro, orientado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e sob a égide de um modelo tecnoassistencial baseado no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) e na atuação compartilhada das equipes de saúde, vem historicamente tentando estabelecer um processo de formação coerente com suas diretrizes. A EIP assume singular importância nesse contexto, não apenas porque se admite o reconhecimento da premissa de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional, mas também porque propostas de formação e de exercício para a prática interprofissional já estão postas na realidade brasileira[7,8].

Embora, no Brasil, ainda sejam recentes as experiências sistematizadas de EIP, reconhece-se que há um consistente repertório de estratégias em curso e outras previstas no nível da macropolítica de saúde, que podem induzir a implementação dessa abordagem no cenário nacional[8]. Entre elas, um marco de destaque para a promoção da EIP foi a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que consolidou aspectos essenciais para o desenvolvimento de ações formativas para os trabalhadores da saúde sob a lógica da integração ensino-serviço-comunidade e do trabalho em equipe multiprofissional, e que assumiu os serviços do SUS como cenários privilegiados para o aprendizado[9].

Sob os preceitos da PNEPS nascem diferentes iniciativas focalizadas na reorientação dos processos formativos dos cursos de graduação na área da saúde, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), constituído em 2008 a partir do acúmulo construído em experiências anteriores de

integração ensino-serviço[10]. Como política pública, o PET-Saúde apresenta objetivos audaciosos para a formação em saúde, dentre eles, o de consolidar o papel constitucional do SUS de ordenador da formação de profissionais de saúde, e o de sensibilizar e preparar profissionais para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de necessidades de saúde da população brasileira[11].

O PET-Saúde é detentor de componentes estratégicos diferenciados, como a inserção de estudantes da saúde na realidade dos serviços do SUS e processo de ensino-aprendizagem viabilizado por grupos tutoriais interprofissionais. Ademais, opera por meio de projetos diretos de intervenção, com base em diagnóstico situacional do território, que se desdobram em ações de ensino, pesquisa e extensão e que envolvem estudantes, docentes, equipes de saúde e a comunidade usuária do SUS, com vistas a assegurar uma abordagem integral dos processos saúde-doença.

Desde a sua institucionalização, o programa passou por uma incorporação sucessiva de diretrizes norteadoras para o desenvolvimento de projetos, assumindo como foco diferentes áreas consideradas prioritárias ao SUS, como a APS, a saúde mental e a vigilância em saúde. Muitos foram os avanços observados, especialmente no que se refere ao fomento da integração entre o ensino e o serviço, ao desenvolvimento de novas práticas pedagógicas e ao aprofundamento dos conhecimentos em saúde pública pelos estudantes[12-14]. Por outro lado, o programa não foi capaz de alterar o modelo fragmentado dos currículos dos cursos[15,16].

Isto considerado, em 2015 o programa foi redesenhado, tendo o seu foco direcionado para a mudança curricular sob os preceitos da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. Nesta nova lógica, duas edições já foram lançadas. A primeira, sob o título temático PET-Saúde/GraduaSUS, foi capaz de mobilizar movimentos de discussão disparados entre os diferentes cursos de graduação, com vistas à incorporação dos elementos teórico-metodológicos da EIP como fundamentos de estruturação de currículos e de projetos pedagógicos institucionais; bem como induziu a criação de disciplinas integradas. Apesar de pontuais, essas iniciativas reafirmaram a potência do programa, subsidiando a elaboração de uma nova edição: o PET-Saúde/Interprofissionalidade[16-18].

Lançada em 2018, a edição Interprofissionalidade focou na promoção da EIP e das práticas colaborativas, a partir da constituição de grupos tutoriais conformados obrigatoriamente por, no mínimo, três diferentes categorias profissionais de saúde.

Dado o seu ineditismo e constituída como a primeira iniciativa macropolítica de indução da EIP, esta edição foi tomada como objeto de análise deste estudo, que foi norteado pelas seguintes questões: Quais as mudanças na formação induzidas pelo PET-Saúde/Interprofissionalidade? Esta edição tem colaborado para o desenvolvimento de estratégias alinhadas aos pressupostos da EIP e das práticas colaborativas?

Isto exposto, a pesquisa objetivou identificar se os pressupostos da EIP e das práticas colaborativas estão sendo aplicados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade; e analisar as mudanças na formação induzidas por esta edição.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório e qualitativo, do tipo estudo de caso, cujo cenário de pesquisa foi o estado do Rio de Janeiro. A população de interesse foi composta por integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade, cujos projetos fossem desenvolvidos por instituições de ensino também participantes da edição anterior do programa (PET-Saúde/GraduaSUS). Atenderam a esse critério cinco projetos: três de universidades federais, um de universidade estadual e outro de um centro universitário privado sem fins lucrativos.

Os cinco coordenadores de projeto foram convidados a integrar o estudo e a indicar outros membros dos grupos tutoriais, sendo pelo menos um preceptor, um tutor e dois acadêmicos de cursos distintos. Manifestaram interesse em participar da pesquisa e integraram a amostra: cinco coordenadores, nove preceptores, sete tutores e 11 estudantes.

Os dados foram coletados em 2020, por meio de entrevista aberta individual, realizada virtualmente em plataforma de webconferência, em razão das medidas de distanciamento social impostas pela pandemia de Covid-19. As entrevistas foram orientadas por um roteiro não estruturado, duraram em média 60 minutos e foram gravadas com o consentimento de cada participante.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, aplicando-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração, e inferência e interpretação[19]. A pré-análise consistiu na transcrição integral das entrevistas, dando origem ao corpus analítico, seguida pela leitura flutuante do material produzido. Na fase de exploração, foram destacados os recortes de ordem semântica do corpus

que demonstrassem correspondência com os elementos teórico-metodológicos previstos nas diretrizes orientadoras para a construção e avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP[20]. Esses recortes foram agrupados por similaridade em três categorias analíticas (Quadro 1), cujos achados foram interpretados e confrontados com a literatura sobre o tema.

Quadro 1. Categorias elaboradas a partir do *corpus* da pesquisa e os respectivos elementos teórico-metodológicos da educação interprofissional (EIP) verificados. Rio de Janeiro, 2021

Categorias	Elementos da EIP verificados[(1)]
PET-Saúde Interprofissionalidade como dinâmica construtiva de práticas colaborativas	Duas ou mais profissões apreendendo juntas Desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa Aprendizado sobre o papel de cada profissão A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção
A interprofissionalidade como fundamento de estruturação de currículos e práticas pedagógicas	A aprendizagem interprofissional deve estar prevista na estrutura curricular, integrando os módulos/unidades Conjugação de métodos pedagógicos comuns e compartilhados Utilização de metodologias de aprendizado que integrem diferentes recursos interativos e de contextualização Recursos pedagógicos que promovam o aprendizado compartilhado entre diferentes profissões Aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas
Os mecanismos de avaliação do PET-Saúde/Interprofissionalidade	Processos avaliativos contínuos dos aprendizes, que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais Avaliação periódica do programa que permita o replanejamento dos métodos pedagógicos Os resultados das práticas educacionais devem ser divulgados para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências que aprimorem os contextos educacionais

Fonte: elaboração da autora. [(1)]Elementos previstos por Barr[20].

Em conformidade com as normativas que envolvem pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, bem como das instituições participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado aos entrevistados por correio eletrônico e devolvido assinado pela mesma via. Visando à preservação do anonimato dos sujeitos, eles foram identificados por uma letra (C – coordenador, T – tutor, P – preceptor, A –acadêmico), seguido por um número arábico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos dos participantes foi possível identificar os elementos centrais que subsidiam a EIP e as práticas colaborativas no âmbito do PET-Saúde/Interprofissionalidade, estando estes representados em três categorias.

O PET-Saúde/Interprofissionalidade como dinâmica construtiva de práticas colaborativas

Nos discursos dos respondentes foi possível evidenciar que os principais elementos teórico-metodológicos que fundamentam os objetivos de iniciativas assentadas na EIP se enunciam nos processos pedagógicos desenvolvidos no âmbito do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Entre eles, a composição multiprofissional dos grupos de aprendizagem, caracterizada pela presença de pelo menos duas profissões de saúde distintas. Ressalta-se, entretanto, que essa composição, por si só, não insinua a aplicação dos preceitos da interprofissionalidade; é preciso que os processos de ensino agenciem a adoção de novas posturas, novas relações e novos modos de perceber as outras profissões[21].

> Quando chega a proposta do PET-Saúde/Interprofissionalidade, ele tira todos nós do lugar, porque os grupos tutoriais passam a ser interprofissionais. Nós temos o tutor que é de um curso, o coordenador que é de outro curso, e os alunos que são cada um de um curso diferente (C1).
>
> O fato de os alunos estarem interagindo com preceptores diferentes, tutores diferentes, vivendo experiências do ponto de vista de profissionais diferentes, sendo eles, por exemplo, o rapaz que é da graduação da psicologia, está vendo aquilo pela perspectiva do médico que está atendendo, da enfermeira ou do psicólogo, isso já ajuda muito no processo de formação dele (P7).
>
> Eu passei a ver serviços que eu não conhecia com outros olhos. Eu comecei a ver a importância de cada profissional ter o seu espaço e de que é preciso respeitar a conduta do outro profissional; de entender que os profissionais são complementares. Acho isso muito importante na formação do médico. Está sendo uma experiência muito boa, porque o programa mostra para a gente, a partir da vivência, como é importante a complementariedade das profissões, como é importante um apoiar o outro [...]. Os atendimentos são interprofissionais, tem a pediatra, tem a fisioterapeuta, tem a fonoaudióloga, tem a assistente social e é muito legal, porque a abordagem passa a ser integral (A1).

Mais ainda, é imprescindível assumir a intenção de promover o desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa, compreendidas como aquelas que viabilizam o trabalho em equipe resolutivo e alinhado às necessidades de saúde[22]. Trabalhar em equipe na perspectiva da interprofissionalidade significa atuar com diferentes profissões/núcleos de saber, cujos arranjos transitem colaborativamente entre áreas específicas, promovendo a qualificação das práticas em saúde[23,24].

O atual panorama sociossanitário exige uma formação orientada para o desenvolvimento e a integração de conhecimentos, competências, valores éticos e atitudes que habilitem os profissionais de saúde a diagnosticar a realidade,

solucionar problemas, tomar decisões complexas e empreender intervenções interdisciplinares em equipe, no mundo social e cultural no qual estão inseridos[25,26]. Segundo Barr[27], o profissional competente é capaz de contribuir para o aprimoramento do conhecimento e das práticas de outros profissionais, colaborar para melhorar a eficácia dos serviços de saúde e contribuir para o planejamento, implementação e o monitoramento conjunto de cuidados.

Sobre isso, os depoimentos deste estudo demostram que a edição Interprofissionalidade tem engendrado movimentos de escuta, de reconhecimento dos diferentes papeis profissionais, e de discussão sobre quais competências têm potencial para agregar valor às práticas colaborativas no contexto brasileiro.

> Quando a gente entende o que é uma equipe de saúde, que ela tem que trabalhar em conjunto e que, para isso, são necessárias competências colaborativas, percebemos que há questões que precisam ser trabalhadas em conjunto para a tomada de decisão quanto a melhor terapêutica a ser aplicada para o paciente. E se que, enquanto profissional, estou totalmente envolvido, o benefício é muito grande (C2).

> Eu acho que essa é a verdadeira formação sustentada pela educação permanente. É quando a gente consegue ver um novo mundo possível a partir da presença dos outros. Quando eu tenho um encontro com um usuário, eu projeto uma coisa, outro profissional projeta outra coisa, e o fato de a gente estar junto cria a possibilidade de um novo mundo. Eu acho que o desafio do trabalho colaborativo é que, para ele acontecer, ser efetivo, todos têm que colaborar. Eu acho que é preciso tentar garantir um espaço onde a escuta seja atenta (T5).

> A gente meio que sabia a hora de falar e sobre como falar. Desenvolvemos a habilidade de trabalhar em equipe. Quando a gente passa a conhecer o que o outro faz, a gente passa a dar mais valor à profissão do outro. A gente vê que a gente não consegue dar conta de tudo sozinho. Até me soa estranho quando eu vou fazer um estágio da grade curricular regular, porque eu não tenho ninguém; quer dizer, tenho os meus colegas que são da mesma área, mas quando estou com um paciente que está com uma dor e eu não tenho meu colega da fisioterapia, não tenho o meu colega da educação física para me apoiar, eu sinto angústia, uma sensação de impotência. Então, acho que o PET-Saúde me agregou muito, mais do que o estágio curricular regular (A2).

> Oportunizamos vários momentos para abordar especificamente sobre a interprofissionalidade. A gente constrói oficinas bimensais para tentar esmiuçar, conceituar, tentar compreender melhor o que seria essa formação interprofissional, e como isso se dá em serviço (A4).

Diferentes organismos internacionais têm trabalhado no reconhecimento, construção e revisão de um conjunto de competências colaborativas, que podem ser adaptadas face o contexto em que a EIP é implementada. As produções mais conhecidas são as matrizes de competência da *Canadian Interprofessional Health Collaborative*[28] e a da organização americana *Interprofessional Education Collaborative*[29]. Ambas consideram a colaboração como um processo interprofissional de comunicação e tomada de decisão que permite que o

conhecimento e as habilidades individuais e as compartilhadas dos diferentes profissionais de saúde influenciem sinergicamente o atendimento ao paciente.

Nessa perspectiva, estas organizações consideram imprescindível a promoção de competências que permitam que os membros da equipe se comuniquem e resolvam seus conflitos eticamente, assegurando equidade na tomada de decisões; tenham clareza sobre os papeis, funções, responsabilidades e limitações de cada categoria profissional envolvida no cuidado, que deve ser centrado no paciente/família/comunidade; e formulem, implementem e avaliem cuidados de maneira conjunta visando à melhoria dos resultados de saúde[28,29].

No caso do PET-Saúde, os participantes reforçaram a importância de se compreender primeiro o papel de cada profissão, ter clareza sobre elas para, então, ser possível o estabelecimento de objetivos comuns. Para eles, a EIP torna visível e possível superar os “silos” disciplinares, isto é, escapar dos nichos profissionais, por vezes também referidos como nichos comunicativos, nos quais cada profissão se apropria de uma linguagem específica.

A literatura também traz essa discussão, e revela que, embora o desenvolvimento de uma identidade profissional seja parte fundamental da educação profissional, uma desvantagem desse processo é que os membros de um grupo percebem os atributos de outros grupos menos desejáveis, fortalecendo o fenômeno do “tribalismo das profissões”. Essa construção de identidades rígidas pode levar a tensões e tem se configurado como uma barreira psicológica para a comunicação entre diferentes categorias profissionais[30-32].

> Acho que os alunos estão tendo uma oportunidade única, e que é o diferencial desta edição do PET-Saúde: a possibilidade de conhecer outras profissões, de saber o que faz o médico, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, o assistente social, que eles nem mesmo têm ideia de quando se formam [...], que a gente não conhece profundamente. Quando a gente fala de saúde, temos conhecimentos de senso comum sobre os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e não deveria ser assim (C3).

> O aluno tem essa visão de que o cuidado é ampliado. Ele entende que essa é a proposta do PET-Saúde, e ele se envolve nas atividades propostas, aprende o que é a interprofissionalidade e desenvolve entendimento sobre o seu próprio papel na equipe de saúde, no cuidado do usuário. (T1).

> Sobre esse despertar para a importância de aprender com o outro, eu posso dizer que o Ministério da Saúde se superou com essa edição. O programa nos mostrou como é importante deixarmos de atuar em caixinhas e abraçarmos um novo modelo de atuação, para o qual todos os profissionais são importantes para o cuidado em saúde. Esperamos não esquecer dessa importância e dessa oportunidade que a gente está tendo de aprender com o outro (T6).

> Percebe-se que há uma maior valorização das outras profissões. A gente também

> observa que os alunos entendem melhor a sua própria profissão e competências; e eles conseguem ter a visão de que as suas competências se entrelaçam às competências das outras profissões, que são interligadas, que dependemos uns dos outros para atender os usuários de maneira mais resolutiva (P1).
>
> A gente tem a preocupação de ir para o serviço e montar equipes com preceptores, tutores e estudantes de diferentes áreas e, no dia a dia, na rotina, isso acaba ficando um pouco diluído e a gente meio que se esquece qual que é a área profissional de cada um. Isso no sentido de que todo mundo se empenha para fazer o trabalho e de perceber o profissional que não se quer ser. A preocupação não é fugir do especialismo, mas pensar no que atravessa, pensar em como cada especialidade pode contribuir; pensar "isso aqui não é da minha caixinha, mas eu posso continuar fazendo" (A4).

Nota-se, a partir dos depoimentos, que o PET-Saúde/Interprofissionalidade tem estimulado o desenvolvimento de ações de interação, comunicação e de trabalho coletivo entre diferentes cursos de graduação[33]. O diálogo e a percepção de que se está em um ambiente de apoio que permite a expressão de desacordos são condições *sine qua non* para o reconhecimento de objetivos comuns, valores, responsabilidades e compromissos norteadores do trabalho em equipe colaborativo[34].

Os desdobramentos desta colaboração refletem na modificação das práticas, confluindo para o objetivo central da EIP, qual seja: a melhoria dos resultados de saúde[35,36], que também fora mencionado pelos entrevistados. Para eles, a edição Interprofissionalidade se apresenta como um diferencial justamente por implicar diretamente na qualidade da atenção.

Implicação essa que é movida pelo trabalho em equipe, conformada por diferentes atores dotados de concepções próprias construídas ao longo de sua vida e de sua trajetória acadêmica e profissional. Nos cenários vividos pelo PET-Saúde também nos deparamos com esses diferentes profissionais que, juntos, ou se vestem de uma postura resistente ou se despem, tornando-se comprometidos e dispostos a romperem e a se desvincularem de uma postura estritamente individual para, então, participarem ativamente do processo de aprendizagem colaborativo.

> Trabalhar com os alunos é sempre muito potente. Então, quando você coloca esses alunos juntos, no serviço, a capacidade que eles têm de deslocar os profissionais, de fazer os professores pensarem é muito legal [...]. Eles inventam coisas muito interessantes, fazem perguntas e essas perguntas acabam deslocando a gente para outros territórios. Isso é uma potência. Você ter o aluno, dentro do serviço, em contato direto com o cotidiano, com as necessidades de saúde é muito potente. E é potente, por quê? Porque provoca cenas pedagógicas, mas também provoca melhoria da qualidade da assistência (C4).
>
> Esse PET-Saúde tem um diferencial, porque, para mim, ele prioriza uma questão que vai impactar diretamente na qualidade e na forma com que a assistência acontece, porque muitas vezes a gente não conhece o trabalho do outro, a limitação de um e outro, e isso

> acaba prejudicando um conjunto de cuidados que você poderia exercer quando você conhece o trabalho do outro. Você pode somar esse conhecimento e isso vai refletir num cuidado muito mais holístico, muito mais completo e vai trazer satisfação para esses usuários. E essa edição do programa tem gerado isso (P9).

A mudança de postura é o disparador para que o trabalho interprofissional e a prática colaborativa aconteçam e sustentem uma atuação integrada e integral, em benefício de pacientes, famílias e comunidades, possibilitando o melhor uso dos recursos disponíveis e o desenvolvimento de ações de cuidado mais criativas e efetivas[37]. Sendo assim, discutir e aplicar os pressupostos da EIP, tal como vem sendo feito pelo PET-Saúde, se faz mister para a promoção de uma aprendizagem reflexiva e colaborativa.

A interprofissionalidade como fundamento para a estruturação de currículos e práticas pedagógicas

A construção de contextos educacionais na perspectiva da EIP implica assumir a intenção de formar profissionais de saúde críticos, éticos e aptos para atuar colaborativamente e com responsabilidade social. Essa intencionalidade exige a organização de currículos e conteúdos e o uso de metodologias pedagógicas que estimulem a promoção de saberes e de capacidades cooperativas[22,38].

Sobre este ponto, os relatos revelam que há, em curso, um processo de indução para reformas curriculares nos diferentes cursos de graduação envolvidos no PET-Saúde; alguns, inclusive, já conseguiram implementar disciplinas interprofissionais. Contudo, as mudanças curriculares sobre os preceitos da EIP não representam uma política incorporada pelas instituições de ensino.

> O curso de Educação Física já conseguiu implantar uma disciplina de educação interprofissional; o de enfermagem está usando os egressos do PET-Saúde: os alunos que entram são recebidos pelos alunos que já participaram para falar de educação interprofissional; o curso de nutrição também já está com uma proposta de disciplina e a gente está aguardando oficialmente o curso de medicina (C1).

> A gente tem alguns cursos em reforma curricular, e conseguimos colocar alguns temas que o PET-Saúde está tratando dentro dos novos currículos (C3).

> O PET-Saúde proporciona uma formação diferente para esses alunos que estão no projeto. Além disso, tem propiciado que eles participem de algumas reuniões cuja pauta é discutir e trabalhar nas grades curriculares de toda a universidade (P4).

> Em relação às mudanças curriculares, o que a gente percebeu é que a própria instituição entende o PET-Saúde, valoriza o PET-Saúde e, por isso, foi incluída na grade curricular uma disciplina sobre interprofissionalidade [...]. Para o ano de 2021, ela vai entrar na grade dos cinco cursos da saúde (T1).

> A gente tem percebido que é muito difícil entrar, tecer a discussão da interprofissionalidade nos NDE (Núcleos Docentes Estruturantes). E a gente entende que essa discussão é necessária para que a educação interprofissional de fato aconteça nos cursos de graduação. Além do foco agregado que é a formação diferencial do aluno e do profissional em serviço, a gente tem tido esse foco de trabalhar a educação interprofissional na formação, dentro dos NDE. E aí cada tutor vai nas reuniões. Elas acontecem a cada mês, ou a cada dois meses em cada curso e é discutida a matriz curricular. E nós convidamos profissionais, preceptores vinculados ao PET-Saúde para participarem desta reunião, para que incitem a discussão sobre a interprofissionalidade no currículo [...]. A ideia é que nós estejamos, tanto professores vinculados ao PET-Saúde quanto profissionais do serviço, dentro desses núcleos para discutirmos a importância da incorporação do conceito de interprofissionalidade na matriz curricular dos acadêmicos da área da saúde (T2).

> Tivemos pouca discussão sobre isso, de como que a gente poderia pensar, em termos de mudanças curriculares para integrar a perspectiva da interprofissionalidade. Isso ficou muito incipiente, mas a gente começou a retomar agora para pensar, de fato, em formas de a gente efetivar uma disciplina integradora de fato interprofissional. A gente começou agora, mas eu vejo com muita potencialidade (T4).

> Nós temos algumas disciplinas que são interdisciplinares, que passa por vários cursos. Isso foi muito legal, porque antes a gente tinha muitas disciplinas; na verdade, ainda temos disciplinas específicas de determinados cursos. Mas agora temos disciplinas eletivas de políticas públicas em saúde, que os professores são de diferentes áreas. Eu sou da medicina, mas o coordenador é da enfermagem e eu participo dessa disciplina com ele, e essa disciplina agora está sendo oferecida para todos os outros cursos. Então, isso também está se desenvolvendo. Além disso, a gente está discutindo uma disciplina especificamente da interprofissionalidade. Um dos grupos já tem ementa, carga horária. Ela já foi aprovada para o curso da medicina e agora a gente também está abrindo para outros cursos, para farmácia, nutrição e enfermagem e vai passar no Núcleo Docente Estruturante desses outros cursos. Essa mudança curricular, essa disciplina nasceu de um projeto de um dos grupos (T7).

Esses achados não diferem substancialmente daqueles já publicados anteriormente sobre a edição GraduaSUS, os quais sugerem que a construção de um projeto que efetivamente contemple a EIP como fundamento estruturante dos projetos políticos pedagógicos e currículos ainda se constitui um desafio para as instituições de ensino[18]. Apesar disso, já se percebe uma atitude de mudança e um movimento de discussão e de construção coletiva que caminha em direção ao fortalecimento da EIP como abordagem de escolha para a transformação das práticas pedagógicas, que ultrapassa o contexto da graduação. Há aspirações que envolvem outros níveis de formação, como nos indica um entrevistado:

> Teve uma coisa que aconteceu, mas não sei que desfecho vai ter agora. A gente começou a discutir uma residência que abarcaria a nutrição, a psicologia e a odontologia, e parte do quadro docente da residência seria conformada pelos docentes que atuam no PET-Saúde. A proposta era de conseguir ter uma vivência na pós-graduação interprofissional. Aos poucos os frutos vão sendo gerados, mas não são frutos que refletem mudanças muito grandes. Teríamos que ter alguém na gestão, na pós-graduação, que comprasse essa ideia como uma questão institucional. A gente não conseguiu isso ainda (C3).

Para Barr[20], a aprendizagem interprofissional além de estar prevista na

estrutura curricular, integrando os módulos de aprendizagem, ela pressupõe a conjugação de métodos comuns e compartilhados e de recursos pedagógicos interativos e de contextualização. Por se alicerçar na aprendizagem em serviço, o PET-Saúde é, *per si*, uma proposta educacional contextualizada na realidade, como nos lembra um depoente:

> A gente trabalha muito a questão da integração ensino-serviço-comunidade. Inicialmente, a gente avalia, elabora um diagnóstico situacional dos cenários de práticas, conhece a rede [...]. Então, a gente vai para os campos de práticas e a partir das demandas específicas que vão surgindo na secretaria de saúde, na comunidade, a gente vai construindo atividades interprofissionais com os alunos e os preceptores da formação. Então, a gente trabalha muito a partir das experiências vividas desses profissionais com esses alunos (C1).

> Acaba possibilitando a gente sair bastante da sala de aula, sair dos muros da universidade e fazer um pouco do exercício da construção, da parceria ensino-serviço, fazer ações que se dão no serviço, compreendendo que o trabalho é um ambiente pedagógico, rico de possibilidades para o aprendizado do aluno (C4).

Nesta direção, os integrantes do programa aproveitam os diferentes dispositivos do cuidado em saúde, já utilizados no cotidiano dos serviços, como recursos pedagógicos de promoção do aprendizado compartilhado entre as diferentes profissões. São, portanto, além de interativos, recursos contextuais, que partem das necessidades de saúde e a elas se aplicam. São exemplos o consultório interprofissional, a visita domiciliar, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), os grupos educativos, os *rounds*, a discussão de casos clínicos e os projetos nas comunidades.

> A gente instituiu o consultório interprofissional. A médica, no momento da consulta, ela chamava o aluno de nutrição, o aluno de enfermagem, e a população viu isso de uma forma muito positiva, porque quando o usuário adentrava o consultório, ele já se deparava com todos esses olhares voltados para a demanda dele. [...] A gente tem procurado fortalecer duas ações: o consultório interprofissional e a visita domiciliar. E a gente percebe que são raras as pessoas que dizem: “Não, eu só quero o médico!”. Eles aceitam bem, aceitam bem a chegada desses acadêmicos e eles são muito bons, muito críticos, reflexivos (C1).

> Para construir uma assistência, uma atenção à saúde colaborativa entre os profissionais, a gente tem algumas ferramentas que já são comuns, que a gente conhece, e outras que a gente foi inventando aqui. [...] O Projeto Terapêutico Singular, o PTS, a gente tem um grupo aqui [...] que trabalha ele, e a gente está tentando construir isso dentro da Unidade de Saúde da Família na qual a gente atua e dentro das policlínicas também (C4).

> A gente montou um grupo de dor mecânica. E aí, os alunos da medicina ficavam responsáveis pelo agulhamento a seco, mas todos os outros alunos já achavam os pontos gatilho. A gente aprendeu algumas massagens e aí trabalhava todo mundo junto porque, por exemplo, o paciente tinha uma dor, mas também tinha sobrepeso, e aí cabia orientar para melhorar a questão do sobrepeso. Então, eu já entrava com a nutrição, o aluno de educação física falava sobre o alongamento e o da enfermagem falava sobre o autocuidado (A2).

> A gente foca mesmo no trabalho em equipe, na comunicação. Por exemplo, a gente já incentivou mais profissionais a fazerem *rounds*, a discutirem casos, fazerem uma consulta conjunta, às vezes com dois profissionais juntos para poder otimizar o atendimento, ser mais rápido para o paciente e para fortalecer o contato entre os profissionais. Quando tem essa comunicação o serviço flui melhor (A10).

Por ser contextual e disparar ações que visam responder às demandas de saúde do território, o PET-Saúde promove a aprendizagem baseada na inclusão e centralidade do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas. Estes elementos foram mencionados pelos depoentes, cujos relatos demonstram modos de aprender e de ensinar que tomam o usuário como centro das ações, e que se baseiam no estreitamento das relações com as comunidades na busca por mobilizações e inclusão dos movimentos sociais nas discussões e na condução dos serviços.

> Essa experiência tem mostrado para gente, primeiro, que é possível a gente construir uma outra forma de ensinar os profissionais de saúde e quando eu falo em ensinar é uma via de mão dupla, a gente ensina e aprende ao mesmo tempo. Mas esse processo de ensino-aprendizagem a gente consegue fazer a partir da experiência, a experimentação das necessidades de saúde do usuário, fazer com que as equipes tomem como centro das suas atividades o usuário. Nisso a gente tem caminhado. Não é fácil, mas a gente tem conseguido provocar a rede de serviços nesse sentido (C4).

> A gente fez discussões sobre as visitas domiciliares que foram realizadas no âmbito do projeto, a gente fez discussões de gênero, a gente fez discussões raciais, a gente pensou nos atravessamentos raciais com profundidade. E isso impacta quando a gente pensa na saúde da população negra; faz uma diferença enorme que os profissionais de saúde estejam sendo formados e podendo discutir isso concretamente. [...] E saber sobre saúde é, antes de tudo, saber fazer. As perguntas precisam sempre ser respondidas localmente, territorialmente e nunca a partir de um efeito de colonização, de entendimento prévio, mas de um entendimento que precisa ser construído 'com'. Então, eu entendo que os benefícios são muitos para a comunidade local e eles se multiplicam (T3).

> Marcante foi a nossa troca com o território, com a comunidade, com a mobilização comunitária. A gente tem uma primeira ideia de fazer [...] as histórias do local. A gente chama as pessoas para participar, justamente para ter um outro tipo de contato com as pessoas, para além da questão de saúde, de maneira direta, e isso gera uma boa mobilização, que vai permitir que a gente faça o ocupa: ocupa criançada, ocupa mulherada e que a gente também faça depois o que a gente chamou de oficinas voadoras, que são oficinas que a gente fazia no próprio território, mas não no espaço da clínica. Aconteciam nas quadras, associações de moradores [...]. E isso ficou muito forte nessa edição do PET/Interprofissionalidade, [...] ficou muito estreita essa relação com os movimentos sociais [...]. Isso permitiu que a gente ampliasse a discussão de saúde mental e conseguisse tentar se debruçar sobre algo que é muito importante, que é a formação de rede, do matriciamento (T5).

> O meu grupo começou a fazer várias ações que começaram a envolver projetos de saúde coletiva, como o curso que nós fizemos no ano passado. Esse curso foi endereçado às pessoas da graduação e às pessoas do município em si, os profissionais. Essa foi a experiência mais marcante [...]. Nós, como alunos do PET-Saúde, tivemos que elaborar, chamar convidados. [...] e nem sempre nós temos essa oportunidade de preparar algo assim tão grande. De preparar uma coisa para a comunidade inteira, que chame pessoas que estão fora da graduação (A11).

O PET-Saúde, alicerçado na proposta da EIP, foi referido como revolucionário, desafiador, gerador de resultados, ousado, contemporâneo e o caminho possível para a formação; pois, a partir dele é possível ver outra lógica, um percurso de ensino que faz mais sentido por ser mais integrado, ativo e promotor de novas posturas e novos modos de cuidar.

> A gente tem um certo preconceito com as profissões. Pelo menos eu tinha muito isso. E aí, estando ali, vendo como os profissionais atuam, eu consegui ver que não preciso necessariamente ser formada naquilo para, por exemplo, ter uma escuta qualificada, uma escuta sensível, e possibilitar que aquele usuário tivesse acesso a uma consulta. Quando eu estou em reunião, conversas e debates, eu falo: “gente, o usuário é complexo, não é só a doença, não é só algum tipo de sofrimento, é preciso ver a raiz, o porquê de ele estar assim, de onde aquilo está surgindo. Vamos ver também onde ele está vivendo, o momento político que a gente está vivendo, sabe?” Tudo tem muito a ver, impacta na vida dele, do usuário, de qualquer pessoa, dos profissionais que não estão recebendo. Então, é ter esse olhar, ver qual ou o que que a gente pode fazer em conjunto, para o bem daquele usuário (A6).

É notável que o serviço se transforma facilmente, é mutável, e por ser um ambiente pedagógico poderoso, como referido por vários respondentes, é possível garantir ao acadêmico o protagonismo. É possível garantir a todos os envolvidos protagonismos. Para os sujeitos dessa pesquisa o desafio está nos movimentos com as gestões, nas questões institucionais. São nas instituições que persistem os percalços e, apesar deles, são desenvolvidas ações diversificadas que se sustentam pela colaboração, pela corresponsabilização e postura ativa dos atores envolvidos.

Reforçado como política indutora de mudanças, os entrevistados aludiram que o PET-Saúde ajuda a garantir o compromisso ético das instituições públicas com as políticas públicas; e que seu objetivo de ser disparador de transformações é atendido. Por isso, eles expressaram o desejo de que os currículos sejam, cada vez mais, repensados para além de quem participa do PET-Saúde, para que quando este se encerrar, a proposta e as mudanças conquistadas sejam sustentáveis dentro do projeto curricular da instituição. Espera-se por esse legado.

> Pensando de que forma a instituição vai conseguir promover academicamente, quer dizer quando o PET-Saúde acabar, esperamos que essa ação seja sustentável dentro do projeto curricular da instituição (C1).

> O programa é bem desafiador mesmo, mas eu percebo que o resultado é grande também. [...] a gente está se convencendo de que o caminho é esse mesmo, o da educação interprofissional. A gente já tinha a clareza de que ir ao campo mais cedo era melhor para a formação; mas a universidade tem que comprar isso também. É interessante ter um programa, ter bolsas e tudo mais, a gente sabe que as pessoas geram compromisso pela questão financeira, mas eu acho que tinha que ser uma questão mais institucional. Sei que é difícil. Mas como é que o Ministério da Saúde pode discutir com a gestão das universidades, buscando as pró-reitorias e os pró-reitores,

> pensando sobre quem é preciso convencer para que isso tenha continuidade. [...] Porque mudar uma universidade depois de tantos anos é um desafio enorme. Como se faz para convencer cursos de medicina, de enfermagem, que são muito tradicionais, de mudar? Porque a medicina é difícil, mas a enfermagem também é muito difícil, porque o enfermeiro também é um ser que é muito arraigado na formação que oferece aos alunos. Então, essa mudança realmente precisa ser, tem que ser mais profunda para conseguirmos ter mais frutos, e não beneficiar apenas 50 alunos. Tem que beneficiar 5.000. E acho que a vantagem não é só para o SUS, porque é isso que os alunos falam. Eles vão trabalhar em equipe, com outros profissionais, no hospital, na cozinha industrial. Isso é para a vida deles (C3).
>
> Para a comunidade acadêmica, a perspectiva é de esses alunos se exercitarem numa outra lógica de saúde, uma outra lógica de cuidado [...]. O PET-Saúde é o projeto de formação que eu mais acredito, é o projeto que eu mais aposto que seja o caminho possível para a formação [...]. Para mim, o PET-Saúde é o caminho! (T2).
>
> O PET-Saúde, para mim, é uma revolução para o ensino, é um modo de revolucionar a universidade, de pensar como é que a gente forma profissionais para área de saúde. O PET-Saúde, nesse momento, é uma das coisas que me estimula a estar começando a pensar, em montar um projeto de uma pós-graduação *stricto sensu* nessa área. O PET-Saúde repercute para além dos meus estudantes que estão ali cadastrados como bolsistas. Ele oportuniza e repercute na minha sala de aula, entre os meus estagiários que não estão diretamente vinculados ao projeto, mas que vão se nutrir de tudo que o projeto fomenta dentro da universidade (T3).
>
> O PET-Saúde é um desses programas que ajudam a garantir o compromisso ético das instituições públicas com as outras políticas públicas. É integração de política pública de educação com a política pública de saúde [...]. Uma preocupação fundamental é dar continuidade às ações para depois do PET-Saúde, deixar um legado. [...] porque ele é indutor de várias coisas, de uma integração ensino-serviço-comunidade, acho que ele é efetivo nisso. Ele é indutor porque promove financiamento por meio de bolsa e isso é importantíssimo para garantir a continuidade das ações. Ele também é indutor no sentido de fazer com que a formação de graduação de diversos cursos seja interligada à política pública de saúde (T5).
>
> O programa é muito ousado, contemporâneo. A gente tem trocas com preceptores da rede, com outros professores, com alunos de todos os cursos. A gente não teria essa oportunidade e muito menos os alunos que estão em processo de formação, se não fosse o PET-Saúde. Quem dera que fosse para todos os cursos e para sempre. Eu acho que os currículos devem, cada vez mais, serem repensados, de todos os cursos. Esses encontros poderiam ser oportunizados para além de quem participa do PET-Saúde (T6).
>
> Estar no serviço, ter sido recebido no serviço da forma com que o PET-Saúde me possibilitou fez com que eu transformasse a minha visão de como poderia ter sido a graduação para mim [...]. Não é nem uma questão de sentir que existe uma preparação maior, é uma questão de o percurso fazer mais sentido, do que eu vivi como estudante ter mais sentido, de uma forma mais integrada, de uma forma mais ativa (A4).
>
> Pensando no meu lado subjetivo, na minha formação, enquanto profissional, eu acho que estou tendo grandes avanços, ainda mais pelo amadurecimento profissional. Porque a grade curricular vai caminhando a passos lentos, para só no final do curso você ter toda a totalidade de conhecimento que o enfermeiro precisa ter. Eu acho que o PET-Saúde traz uma certa provocação em relação a isso, porque quando estou inserido no cenário, eu já sou profissional. As preceptoras me tratam assim. Tem esse sentimento de você, aluno, está em processo formativo, mas você também está ali para desenvolver a interprofissionalidade e é importante ter essa postura ativa. Então, acho que tem mudanças e avanços através do PET-Saúde (A9).

Já não faz mais sentido pensar a formação fora do mundo do trabalho, pois é

tão somente a partir dele que se constrói uma leitura crítico-reflexiva da realidade que transforma os atores em sujeitos ativos. E é nessa perspectiva que a integração ensino-serviço-comunidade, instada pelo PET-Saúde, visa transformar o processo de trabalho em um movimento dinâmico, a *práxis*; isto é, em uma atividade social conscientemente intencional, orientada a um objetivo[39]. Ao incorporar uma intencionalidade, posta pela EIP como a qualificação das práticas e dos resultados de saúde, os sujeitos podem interferir na transformação da realidade sociossanitária.

Essa potência do PET-Saúde já foi demonstrada por estudos prévios referentes a outras edições do programa[14,17,18,40,41]. Contudo, ainda reside a percepção de que a iniciativa não consegue atingir, de maneira mais significativa, um conjunto maior de sujeitos. Assim, um ponto comum observado nestes estudos refere-se à necessidade de sua ampliação, de modo a viabilizar a participação de um maior número de instituições, cursos de graduação, unidades de saúde, estudantes e trabalhadores do SUS. Essa expectativa reforça a imprescindibilidade da institucionalização desta proposta, que pode e deve ser fomentada pela comunidade universitária e pelos serviços de saúde.

Os mecanismos de avaliação do PET-Saúde/Interprofissionalidade

A mudança do paradigma de formação também exige mudanças dos processos avaliativos, que devem ser considerados pilares para o reconhecimento e efetividade da EIP. Avaliações adequadas contribuem para o crescimento pessoal e profissional dos atores envolvidos nas intervenções de ensino, e para o aprimoramento do processo pedagógico docente e institucional, assegurando que se está preparando profissionais dotados dos atributos essenciais ao trabalho colaborativo em saúde[42].

Para Barr[20], os mecanismos de avaliação devem assegurar processos avaliativos contínuos dos aprendizes que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais, permitam o replanejamento dos métodos pedagógicos, e cujos resultados devem ser publicizados para auxiliar o planejamento de novas experiências de EIP.

Tendo em vista que, no âmbito do PET-Saúde, a implementação da EIP vem sendo induzida a partir da introdução de estudantes e do desenvolvimento de ações nos cenários do SUS com vistas ao seu fortalecimento, os mecanismos avaliativos também devem considerar o impacto nos resultados de saúde. A partir dessa ótica,

a avaliação constitui-se um ato de aprendizagem capaz de garantir o progresso formativo de todos os atores envolvidos no ensino, e um instrumento viabilizador de troca de experiências e de planejamento de ações que conduzam a melhores práticas de cuidado[39,43].

Apesar disso, o que se observou neste estudo é que os processos de avaliação da EIP empregados no âmbito do PET-Saúde ou foram considerados incipientes ou não foram mencionados. Embora reconheçam que a edição Interprofissionalidade provocou mudanças no ensino e no serviço, os atores do programa não dispõem de instrumentos de avaliação, indicadores e resultados sistematizados que demonstrem os impactos do programa.

> A gente vê equipes fazendo deslocamentos no seu processo de trabalho a partir dos efeitos do PET-Saúde, a gente vê condutas sendo reorientadas a partir de discussões do programa, a gente vê alunos respondendo de forma mais consciente. Há mais consciência prática a partir do que essas discussões do PET-Saúde provocam [...]. A gente não mediu isso e é uma coisa que a gente precisava medir, o impacto. E aí eu estou falando de um indicador de resultado na população local [...]. Não temos um indicador para isso. A gente tem indicador de processo, mas indicador de resultado a gente não tem. A gente não tem como medir o impacto das nossas ações. A gente tem evidências desse processo e dos benefícios para todos os alunos, para os professores, para a comunidade, para os usuários, mas a gente não consegue medir isso em resultados quantitativos (C4).

> Os processos de avaliação são limitantes, incipientes. Não há um processo de avaliação, tanto que a gente, por minha iniciativa, introduziu um a partir de um instrumento validado sobre a disposição para a educação interprofissional, e a gente conseguiu aplicar entre os estudantes. [...]. A gente precisa avaliar, de fato, se há alguma mudança nesses estudantes que estão entrando e que estão saindo do PET-Saúde, na perspectiva do trabalho interprofissional [...]. Acho que os processos de avaliação ainda são muito incipientes. Não sabemos se, de fato, a gente está conseguindo alcançar o objetivo (T4).

Alguns grupos tutoriais lançam mão de estratégias de avaliação intragrupos e de divulgação dos resultados alcançados com o PET-Saúde, em geral fomentados por docentes e estudantes que buscam relatar suas experiências e publicar dados por meio de artigos científicos. São movimentos isolados, não institucionais e não governamentais, mas representam um esforço de acompanhamento das ações desenvolvidas e dos benefícios percebidos no cotidiano do ensino.

> A gente tem tentado acompanhar, fazer um *follow-up* dos alunos que saíram do PET-Saúde. [...]. Nós temos muitos relatos, vários artigos de alunos falando sobre a mudança deles de olhar e da importância de um outro tipo de trabalho em saúde. Temos um professor que também publicou um artigo que vai nessa direção de avaliar a qualidade do PET-Saúde na transformação dos alunos. Para a gente que está no PET-Saúde é extremamente subjetivo, mas os relatos que a gente tem são muito vivos, muito interessantes (T2).

> A gente tem passado agora, nessas últimas semanas, por uma fase de avaliação do

> PET-Saúde. [...]. A gente tem refletido criticamente sobre como a gente está agora, como foi o caminho que percorremos até aqui, aonde queremos chegar e também o que pode melhorar, o que se pode fazer para que o PET-Saúde, cada vez mais, gere resultados na realidade (A3).

Na edição anterior do PET-Saúde (GraduaSUS), percebeu-se um esforço por parte do Ministério da Saúde em empreender, pela primeira vez, um processo avaliativo sistematizado, de âmbito nacional, sobre essa iniciativa de reorientação do modelo de formação, cujos resultados subsidiaram a elaboração da edição Interprofissional[44]. Ainda assim, os resultados publicados sinalizaram para a ausência de mecanismos permanentes de avaliação que identificassem as fortalezas e fragilidades do programa e, por conseguinte, subsidiassem os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento[16,17].

Também foram previstos mecanismos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento dos projetos do PET-Saúde/Interprofissionalidade, que seriam monitorados por meio de relatórios e relatos de experiências emitidos pelas instituições executoras, visitas *in loco* realizada por assessores ministeriais e pesquisas de monitoramento e avaliação[45]. Esse aspecto foi mencionado por um entrevistado, segundo o qual a visita de assessores foi uma oportunidade de aprendizado conjunto, embora não suficiente para a produção de dados que colaborem para a sustentabilidade do programa e da abordagem da EIP.

> A própria avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, quando enviou um assessor para avaliar o PET-Saúde, foi uma oportunidade para estarmos juntos, preceptores, alunos [...]. Eu vejo que foi um grande momento de aprendizado para todos termos participado de um momento avaliativo proporcionado pelo Ministério da Saúde. Eu nunca tinha participado de algo assim tão diretamente. Então, acho que foi bastante válido, mas eu endosso que falta muito mais. Falta um pensamento transversal em todos os grupos. A gente ainda não conseguiu avançar para algo não linear, não engessado (T6).

O número de estudos e de instrumentos para avaliar a prática colaborativa e a EIP tem aumentado nos últimos dez anos. Há diversos instrumentos padronizados disponíveis para determinar a satisfação do aprendiz, a mudança de atitudes e os modos como as competências estão sendo integradas à prática cotidiana do aluno. Contudo, o que se observa é que a literatura sobre o tema valoriza mais a dimensão atitudinal (ser) do que a conceitual (saber) e procedimental (saber fazer)[42,46]. Mais, as evidências nacionais disponíveis sobre experiências de educação na saúde e de trabalho alicerçadas na EIP não dispõem de propostas estruturadas de coleta e análise de informações que mensurem e ajuízem os seus efeitos sobre as práticas e os resultados de saúde[47].

Fato é que os processos de monitoramento e avaliação ainda são muito pouco implementados no Brasil, constatação que é reforçada pelos achados deste estudo. Segundo Carvalho et al.[48], os procedimentos avaliativos ainda não fazem parte da cultura institucional, se apresentam pouco incorporados às práticas e possuem, quase sempre, um caráter prescritivo e burocrático. Para os autores[49], quando empregados, esses procedimentos podem resgatar o compromisso e a corresponsabilidade entre a academia e os serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional e para o processo de institucionalização da avaliação.

As políticas públicas e os programas, projetos e ações que as sustentam precisam garantir respostas eficientes e eficazes aos problemas de caráter público. Nesse sentido, todas as políticas implementadas devem ser monitoradas e avaliadas, de modo transparente e democrático[50]. Considerando que a EIP, por meio do PET-Saúde, se constitui estratégia pública com o propósito de desencadear transformações das práticas de trabalho e da formação profissional para, por consequência, produzir resultados significativos para a qualificação da assistência de saúde, os processos de avaliação também são aplicáveis e requeridos.

O monitoramento e a avaliação podem ser vistos como parte do esforço mais amplo para melhorar a formulação de políticas públicas, contribuindo para aperfeiçoar o planejamento e a gestão das intervenções em desenvolvimento. Tais processos se fazem importante, pois permitem medir o grau de implementação de uma intervenção sobre seus efeitos, bem como apreciar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está implantada[51]. Nessa ótica, avaliar a proposta de introdução da EIP nos cursos de graduação em saúde, para descobrir o efeito dessa intervenção no ensino e no contexto do SUS, pode assegurar a essa abordagem um espaço de reconhecimento, bem como subsidiar processos de tomada de decisão baseados em evidências que visem ao aperfeiçoamento das estratégias utilizadas para a sua implementação.

REFLEXÕES FINAIS

Em que pese os diferentes avanços na formação mobilizados pelas versões anteriores do PET-Saúde e fundamentais para a estruturação de novos arranjos que visem à efetiva transformação dos processos de ensino-aprendizagem; é a partir dos resultados da edição Interprofissionalidade que se identificam processos mais

robustos de integração, provocativos de um movimento inclusivo dos ideários da EIP e das práticas colaborativas, não apenas no âmbito intramuros da academia e dos serviços do SUS, mas também nos territórios onde se produz saúde.

Para Magnago et al.[18], esses movimentos de articulação disparados e cultivados no contexto do PET-Saúde podem ser compreendidos como um trabalho coletivo e colaborativo que se concretiza nas várias dimensões da integração ensino-serviço-comunidade, quais sejam: intrainstitucional, interinstitucional, extrainstitucional e interprofissional. A primeira dimensão reflete os movimentos de aproximação, diálogo e ação decorridos entre os diferentes atores da academia. A interinstitucional compõe-se dos processos conduzidos entre os sujeitos vinculados ao ensino e os vinculados aos serviços do SUS, enquanto a extrainstitucional revela a *práxis* que acontece na, com e para a comunidade no território em que vive. A dimensão interprofissional, por sua vez, manifesta as ocasiões e os resultados produzidos a partir do aprendizado compartilhado entre as diferentes profissões de saúde.

Interdependentes, essas dimensões refletem os diferentes momentos empreendidos no percurso de desenvolvimento dos projetos de intervenção do programa, desejosos por processos de mudanças que sustentem práticas de formação e de cuidado consoantes às demandas sociais e comprometidas com a integralidade, com a saúde enquanto direito e com a construção da cidadania.

Este estudo conseguiu demonstrar que, assumindo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como foco central a mudança curricular sob os preceitos da EIP e da colaboração profissional, a edição PET-Saúde/Interprofissionalidade deflagrou experiências assertivas de ensino-aprendizagem nos cenários do SUS.

Além de mobilizar reformas curriculares e a criação de disciplinas alicerçadas nos preceitos da EIP, o programa tem conseguido promover o desenvolvimento de um conjunto de atitudes e competências para a prática colaborativa. Destacam-se, nesse sentido, uma postura de abertura para a alteridade, aqui compreendida como a atitude de tomar responsabilidade pelo outro, se opondo ao aprisionamento de si mesmo em seus núcleos profissionais[52]. Como reflexos, percebem-se alterações de comportamento perante o coletivo, reconhecimento de suas próprias funções e dos diferentes papeis profissionais, aumento da implicação no exercício da coprodução, compromisso e corresponsabilidade com a melhoria dos resultados de saúde.

Ancorando-se na premissa da EIP de “aprender juntos para trabalhar juntos”, os atores do PET-Saúde/Interprofissionalidade, nos cenários do SUS, valem-se de dispositivos de gestão e produção do cuidado para promover o aprendizado interativo, compartilhado e colaborativo entre estudantes e trabalhadores. Funcionam, portanto, como recursos pedagógicos inclusivos aos usuários e contextualizados às suas demandas de saúde. Por essa ótica, as ações desempenhadas, planejadas e estruturadas coletivamente, demonstram que é possível ensinar e aprender a partir da realidade cotidiana dos serviços de saúde.

As conquistas alcançadas em função de iniciativas interprofissionais demonstram disponibilidade dos atores do SUS para romper com os processos de ensino e de trabalho na saúde baseadas na hierarquização dos núcleos de saber e das relações de poder e autoridade[23]. Contudo, a dinâmica de trabalho do PET-Saúde e a abordagem da EIP ainda não se manifestam como políticas estruturantes dos cursos de graduação em saúde, cujos empecilhos para a sua institucionalização ainda persistem, sobretudo às relacionadas ao meso e ao macronível.

Oandasan e Reeves[53] sugerem que pensar a EIP implica olhar para três dimensões centrais: a micro, relacionada aos determinantes interacionais que permeiam as relações intersubjetivas; a meso, que abarca um conjunto de processos administrativos e logísticos, como o planejamento, a disponibilidade e o uso de métodos de ensino e de mecanismos avaliativos; e o macro, que alude políticas integradas de educação e saúde, recursos e apoio institucional.

No âmbito do PET-Saúde/Interprofissionalidade, atenção especial deve ser dada aos processos avaliativos, ainda muito incipientes, que não oportunizam a sistematização das evidências sobre os impactos da iniciativa na formação, atuação profissional e nos resultados de saúde. Outra preocupação patente é a sustentabilidade dos processos e avanços alcançados na perspectiva dos pressupostos da EIP, o que requer investimento em recursos, métodos pedagógicos, estratégias para a qualificação de docentes e preceptores; e maior suporte político às instituições de ensino de modo a aprofundar e garantir a perenidade e a legitimidade desta abordagem nas políticas de reorientação da formação em saúde.

Mesmo que este estudo tenha analisado o PET-Saúde/Interprofissionalidade a partir de experiências circunscritas em uma unidade federativa, resta comprovado que este tem contribuído progressivamente para as transformações no ensino, e para a disseminação dos conceitos e pressupostos que orientam a EIP entre

estudantes, docentes, profissionais e gestores de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005

2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923-58. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

3. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010

4. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface. 2016;20(56):185-96. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092

5. Barr H, Low H. Introducing Interprofessional Education. Reino Unido: Centre for the Advancement of Interprofissional Education; 2013.

6. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. J Interprof Care. 2005;19(suppl 1):21-38. https://doi.org/10.1080/13561820500083550

7. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-78.

8. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. Interface. 2016;20(56):199-201. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383

9. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. Rev Esc Enfermagem da USP. 2013;47(4):977-83. https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029

10. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em Saúde. Rev Bras Educ Med. 2012;36(supl1):3-4. https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200001

11. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da União, 27 ago. 2008.

12. Xavier NF, Monteiro JCMS, Caldas CA, Pires CAA. PET-Saúde: o impacto do Programa na formação do profissional médico. Rev Bras Ciênc Saúde. 2018;22(1):37-44. https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n1.26911

13. Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(3):997-1004. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.15822016

14. Mira QLM, Barreto RMA, Vasconcelos MIO. Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. Rev Baiana Saúde Pública. 2016;40(2):514-31. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a1682

15. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. Interface. 2015;19(supl.1):779-91. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542

16. França T, Magnago C, Santos MR, Belisário SA, Silva CBG. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. Saúde Debate. 2018;42(spe2):286-301. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S220

17. Magnago C, França C, Belisário AS, Santos MR. PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. Saúde Debate. 2019;43(spe1):24-39. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S102

18. Magnago C, França C, Belisário AS, Santos MR. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. In: Castro JL, Vilar RLA, Dias MA (Org.). Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde. Natal, RN: Uma; 2020. p. 245-71.

19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

20. Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. CAIPE Bulletin. 2003;(22):2-3.

21. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde Debate. 2018;42(spe1):163-73. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111

22. Freire JR, Magnago C, Costa MV, Forster AC. Interprofessional education and the formative actions of the emergency provision axis of the More Doctors Program. Saúde Debate. 2019;43(spe1):50-63. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S104

23. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. Interface. 2018;22(suppl2):1739-49. https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477

24. Vendruscolo C, Trindade LL, Maffissoni AL, Martini JG, Silva Filho CC, Sandri JVA. Implication of the training ad continuing education process for the interprofessional performance. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180359. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359

25. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface. 2004;8(15):375-80. https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000200019

26. Deluiz N. Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores? Tempo e Presença. 1997;(293):14-6.

27. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. J. Interpr. Care. 1998;12(2):181-7. https://doi.org/10.3109/13561829809014104

28. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canada: CIHC; 2010.

29. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.

30. Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. Med Educ. 2012;46(2):134-6. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04178.x

31. Hudson B. Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? J Interprof Care. 2002;1691):7-17. https://doi.org/10.1080/13561820220104122

32. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgrad Med J. 2014;90(1061):149-54. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168

33. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. Saúde Debate. 2019;43(spe1):86-96. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107

34. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. J Interprof Care. 2017;31(6):679-84. https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1351425

35. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;22(6):CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3

36. Griggio AP, Mininel VA, Silva JAM. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. Interface. 2018;22(suppl2):1799-809. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0831

37. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health (Oxf). 2015;37(4):716-27. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102

38. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: an update. J. Interpr. Care. 2016;30(4):405-7. https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1197735

39. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Educar em Revista. 2011;(39):159-75. https://doi.org/10.1590/S0104-40602011000100011

40. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Teaching-service-community integration in practice scenarios of interdisciplinary Health Education: an experience of the Work Education for Health Program (PET-Health) in Southern Bahia. Interface. 2018;22(67):1257-66. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0226

41. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. Interface. 2015;19(suppl.1):743-52. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0996

42. Gontijo ED, Freire Filho JR, Forster AC. Educação interprofissional em saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. Caminhos do Cuidado. 2019;3(2):20-38.

43. Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV, Forster AC. Specialization courses offered in the scope of the More Doctors Program: documentary analysis from the perspective of Interprofessional Education. Interface. 2018;22(suppl2):1613-24. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0842

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 2018.

46. Frasson F, Laburú CE, Zompero AF. Aprendizagem significativa conceitual, procedimental e atitudinal: uma releitura da Teoria Ausubeliana. Contexto & Educação. 2019;34(108): 303-318.

47. Michel C, Olsson TO, Toassi RFC. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. Revista da ABENO. 2019;19(4):78-90. http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i4.781

48. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(4):901-11. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012

49. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(3):401-12. https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300002

50. Garcia RC. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Cardoso Jr JC, Cunha AS (Org.). Planejamento e avaliação de políticas públicas. Brasília: Ipea; 2015. p. 233-96.

51. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis, J-L, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46.

52. Lévinas E. O humanismo do outro homem. 3 ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2009.

53. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. J Interprof Care. 2005;19(suppl 1):39-48. https://doi.org/10.1080/13561820500081703

6.2.2 *Artigo 2*

Barreiras para a implementação da educação interprofissional no Brasil: um olhar sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

RESUMO

Este artigo se propôs a analisar as barreiras para a implementação dos pressupostos da Educação Interprofissional (EIP) enfrentadas e percebidas por docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde, que integraram a edição Interprofissionalidade do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e analítico, cujos dados foram coletados em 2020 mediante entrevistas individuais com 32 sujeitos, e tratadas por análise de conteúdo. As barreiras identificadas foram agrupadas em três dimensões: profissional, cujo elemento central é o modelo de formação fragmentado, baseado em silos profissionais; cultural, que se expressa pela resistência a mudanças e pela dicotomia ensino *versus* serviço; política, que se relaciona com a carência de processos de apoio institucional que fortaleçam o sentido da corresponsabilização do ensino e do serviço com as mudanças; e estrutural, refletida na incompatibilidade de horários dos diferentes cursos e rotatividade de gestores e profissionais do serviço. O PET-Saúde corresponde uma prática educacional inovadora que atende ao objetivo central da EIP e que se configurou num salto qualitativo ao incorporar habilidades e competências ao ensino e à qualidade da assistência. Contudo, ainda apresenta barreiras e desafios. Espera-se que as reflexões propostas neste estudo possam contribuir para a ampliação do olhar sobre o PET-Saúde, sendo relevante uma reavaliação nacional e, por conseguinte um redirecionamento dos desdobramentos do programa.

Descritores: Formação profissional em saúde; Serviços de integração docente-assistencial; Educação interprofissional; Prática colaborativas.

INTRODUÇÃO

Reformas inovadoras nos sistemas de educação dos profissionais de saúde vêm sendo experimentadas desde o início do século XX, quando do lançamento do relatório Flexner. Apesar dos progressos alcançados, as reformas não têm sido capazes de acompanhar e responder equitativamente aos inúmeros desafios, passados e atuais, que se apresentam ao campo da saúde, em grande parte por causa dos currículos obsoletos e fragmentados que produzem graduados mal preparados para enfrentar às reais necessidades de saúde da população[1,2].

No século 21 encontramos uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais que se soma a novos riscos infecciosos, ambientais, sociais e comportamentais, em um momento de transições demográficas e epidemiológicas aceleradas que apontam para um incremento prospectivo das condições crônicas não transmissíveis, degenerativas e de saúde mental[1,3]. Essa situação de saúde não poderá ser adequadamente respondida por práticas de saúde episódicas e

uniprofissionais, que privilegiam a resolução de problemas agudos[4].

Os novos e dinâmicos padrões dos processos saúde-doença exigem um novo perfil profissional e uma força de trabalho em saúde (FTS) mais integrada, imprimindo, portanto, redesenhos dos processos de formação em saúde que visem melhorar a interdependência e o desempenho dos trabalhadores, das práticas e dos sistemas de saúde face a contextos de atuação específicos[1,4,5]. A proposta que vem sendo fomentada pela Organização Mundial da Saúde é a educação interprofissional (EIP), estratégia pedagógica capaz de mobilizar mudanças das práticas e dos modelos tecnoassistenciais em direção à colaboração profissional e ao cuidado integral centrado no paciente e em suas necessidades[4-6].

A EIP, em sua concepção, sustenta a proposta de um modelo de formação que valorize e oportunize momentos de aprendizado conjunto e interativo entre estudantes de duas ou mais profissões de saúde, para que aprendam entre si, com e sobre os outros, e desenvolvam atitudes, conhecimentos e habilidades para o trabalho colaborativo[4,7]. Nas últimas três décadas foi reconhecida pelas políticas de saúde e adotada por diferentes países, cujas experiências, ainda que isoladas, demonstram melhoria dos resultados e da segurança dos pacientes, aumento da produtividade, da confiança dos trabalhadores e do acesso à assistência de saúde[4,7,8].

No contexto brasileiro, ao considerar que os modelos hegemônicos de formação e de assistência à saúde não oferecem subsídios para a operacionalização das diretrizes adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a EIP ganha força por seu potencial para inverter a lógica da educação verticalizada e tradicionalmente estabelecida, e por oportunizar avanços para a consolidação dos processos de trabalho baseados em equipes interprofissionais[5,9,10].

O Brasil é um país de dimensões continentais, territorialmente subdivido em cinco regiões macroeconômicas – Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul – com diferentes condições demográficas, socioeconômicas, culturais e de saúde, e profundas desigualdades internas[11]. As regiões Sudeste e Sul, por exemplo, ocupam a menor parte do território nacional (11% e 7%), mas apresentam as maiores densidades demográficas e os índices mais elevados de desenvolvimento humano e de produto interno bruto. As regiões Norte e Nordeste, por outro lado, apresentam os maiores índices de concentração de pobreza e de mortalidade infantil. Essas desigualdades regionais são reproduzidas pela configuração territorial do SUS, cujos

avanços têm sido obstruídos por iniquidades estruturais e decisões políticas que limitam o financiamento público ao mesmo tempo que fortalecem o setor privado[12,13].

Resultado de uma ampla reforma do setor de saúde, que fora impulsionada pela sociedade civil em uma conjuntura de luta pela redemocratização do País na década de 1980, o SUS ancora-se no princípio de que a saúde é direito da cidadania, e no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), grande responsável por ampliar o acesso e o estado de saúde da população, e a fomentar políticas de reorientação das práticas e da formação profissional em saúde[2,11,12].

Ao longo dos mais de 30 anos do SUS, o Brasil adotou inúmeras estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação e gestão da FTS[14]. Foram instauradas políticas e programas voltados para a formação e a educação permanente, para a desprecarização, regulação, humanização e negociação do trabalho[15]. Contabilizam-se muitos avanços. Contudo, ainda há desafios a serem superados. Evidências indicam, entre outros problemas, oferta de cursos de graduação em saúde distante das necessidades nacionais, com estrutura curricular centrada em disciplinas fragmentadas, e que pouco prepara os alunos para o desenvolvimento de ações multiprofissionais, de promoção da saúde, preventivas e focalizadas na comunidade[2,16]. Na dimensão da gestão do trabalho, verifica-se número insuficiente de médicos generalistas e especialistas nas áreas prioritárias do SUS; dificuldades para atrair e fixar profissionais; e baixa participação do Estado na regulação das profissões de saúde, cujas resultantes são a fragilidade das leis que regem o exercício das profissões e o embate corporativo por disputas de campos de atuação[17-19].

Essas e outras questões já haviam sido sinalizadas pela OMS, no Relatório Mundial de Saúde de 2006[20], e na mais recente Estratégia Global de Recursos Humanos para Saúde[21], aprovada em 2016. Nota-se, assim, que perdura a subvalorização do papel dos trabalhadores da saúde como um fator de mudança social, com a percepção de que constituem um gasto crescente e não um investimento para melhorar a saúde. E, nessa toada, persistem as iniquidades quantitativas e qualitativas da FTS, as quais se mostram persistentes e resistentes ao tempo e às diversas estratégias de enfrentamento adotadas pelos governos, obstando a ampliação dos serviços de saúde, especialmente os de APS e em regiões rurais e remotas[22,23].

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no atual contexto

social e político do Brasil, é preciso estabelecer mecanismos para a democratização da oferta educacional na saúde, garantir a qualidade, avançar na formação interprofissional e valorizar a formação em APS, com ênfase na saúde da família[24].

Por todos esses aspectos e a reboque das discussões e experiências positivas e da convocação de organismos internacionais, a EIP é a abordagem pedagógica que formalmente vem sendo introduzida no Brasil. Compreende-se que há correspondência entre os elementos conceituais da EIP com as bases fundantes do SUS que, dentre outros pontos, pressupõe o trabalho baseado em equipe; a integração entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade; e a transformação das práticas de saúde a partir de processos de educação permanente que tem como pano de fundo o cotidiano do trabalho em saúde[9,25].

Iniciativas brasileiras pautadas na EIP já vêm sendo implantadas; no entanto, são propostas que não alteram o modelo fragmentado dos currículos da saúde, posto que são acanhadas, pontuais e de frágil suporte teórico, institucional e político[9,26,27]. Por outro lado, políticas de abrangência nacional já começam a apresentar a interprofissionalidade como um eixo prioritário para a mudança na formação em saúde, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação[28].

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Lançado em 2008, o PET-Saúde tem como objetivo fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, assumindo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como pressuposto a educação pelo trabalho. Trata-se de uma política pública desafiadora à consolidação do SUS, que visa a induzir as instituições de ensino a desenvolver atividades que envolvam o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social.

Os grupos tutoriais são conformados por tutores acadêmicos (docentes), preceptores (profissionais do serviço) e estudantes de graduação em saúde e funcionam como instrumento viabilizador de estágios e vivências nos serviços de saúde. Bolsas de auxílio são concedidas a partir de um processo seletivo que envolve a submissão de um projeto de trabalho, desenhado conjuntamente pelas instituições de ensino e os serviços nos quais os grupos desenvolverão as atividades, por um período de dois anos. A participação voluntária é permitida e

incentivada.

O primeiro edital do PET-Saúde teve por foco a Estratégia Saúde Família (ESF), sendo posteriormente estendido para outras áreas de interesse da saúde pública brasileira, a saber: Vigilância em Saúde, Saúde Mental, e Redes de Atenção à Saúde. Neste movimento, avanços foram perceptíveis; contudo, constatou-se que a condução do programa enfrentava diversas dificuldades relacionadas principalmente à incompatibilidade dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos com as necessidades dos serviços de saúde[27,29].

Em 2015, sob o título temático PET-Saúde/GraduaSUS, a iniciativa direciona o seu foco para a mudança curricular das graduações da saúde, assumindo como pressupostos norteadores das mudanças a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade, a integração ensino-serviço, e a integralidade da assistência à saúde. Contudo, um dos critérios de admissibilidade dos projetos foi a conformação de grupos tutoriais uniprofissionais, o que limitou o desenvolvimento de atividades interdisciplinares e interprofissionais. Apesar disso, pesquisa nacional com os integrantes do programa revelou que esta edição foi a mais inovadora e a mais potente na promoção de mudanças curriculares[29].

Com base nos resultados do referido estudo nacional[29], em 2018 foi lançada uma nova edição do programa, batizada de PET-Saúde/Interprofissionalidade, que adotou como objetivo promover mudanças curriculares nos cursos da saúde a partir dos elementos teóricos e metodológicos da EIP e das práticas colaborativas. Para esta edição, os grupos tutoriais deveriam ser conformados obrigatoriamente por, no mínimo, três cursos de graduação de profissões de saúde diferentes. Os projetos deveriam propor o desenvolvimento de ações na APS para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria da atenção à saúde; e estimular o desenvolvimento de competências colaborativas.

Para esta edição foram aprovados 120 projetos de instituições de ensino públicas (72,5%) e privadas sem fins lucrativos (27,5%), distribuídos em todos os estados brasileiros. Foram conformados 548 grupos tutoriais de aprendizagem interprofissionais envolvendo 7.302 integrantes, sendo 4.013 estudantes, 2.092 docentes, e 1.197 tutores (profissionais de saúde).

Objetivo

Considerando o fim da vigência da edição Interprofissionalidade do PET-

Saúde e tendo em vista seu caráter inédito e de potencial contribuição para a transformação do ensino, este estudo objetivou conhecer e analisar as barreiras à implementação dos pressupostos da EIP nos cursos de graduação em saúde.

MÉTODO

Desenho

Conduzimos um estudo de caso, exploratório e qualitativo, no estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil. É o terceiro menor estado brasileiro, mas o terceiro mais populoso, com 17,4 milhões de habitantes. Possui o segundo maior produto interno bruto, o quarto mais elevado índice de desenvolvimento humano, e concentra o segundo maior número de vagas em cursos de graduação em saúde (128 mil)[30,31].

Participantes

O estado teve dez projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade aprovados pelo Ministério da Saúde, que envolveu dez instituições de ensino e 510 integrantes (253 estudantes, 161 preceptores, 86 tutores, e dez coordenadores de projeto), sendo essa a população de interesse do estudo. Para a determinação da amostra, foram considerados os 304 integrantes dos grupos tutoriais dos cinco campus universitários que também participaram da edição anterior do programa (PET-Saúde/GraduaSUS). Esse critério foi adotado por entendermos que essas instituições tiveram um período maior para a produção de mudanças curriculares na perspectiva da EIP.

O recrutamento dos sujeitos de pesquisa foi iniciado por meio de convite de participação aos cinco coordenadores do projeto, e a eles foi solicitado que estendessem o convite a outros integrantes do programa, sendo pelo menos dois estudantes de cursos diferentes, um preceptor e um tutor. Manifestaram desejo em participar os cinco coordenadores, 11 estudantes, nove preceptores e sete tutores, totalizando 32 sujeitos.

A maior parte dos coordenadores, tutores e preceptores se formou em enfermagem (n=8) ou medicina (n=4), atua profissionalmente há mais dez anos (n=16), possui o título de doutor (n=10), e já participou de outras edições do PET-Saúde (n=13). Os estudantes incluídos eram de 3º, 4º e 5º anos de cursos de graduação em enfermagem, medicina, nutrição, psicologia e serviço social.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, norteadas por um roteiro não estruturado com questões relacionadas à condução das atividades de ensino na perspectiva da introdução dos elementos teórico-metodológicos da EIP. Este instrumento foi desenvolvido pelas autoras e testado previamente com uma pequena amostra. Após a validação interna do instrumento, prosseguiu-se com a coleta de dados entre maio e setembro de 2020, que foi realizada pela primeira autora do artigo, enfermeira, mestre em saúde pública, professora e pesquisadora com experiência na condução de pesquisas qualitativas, e que já atuou como coordenadora de projetos no âmbito do PET-Saúde.

Análise dos dados

As entrevistas duraram em média 60 minutos, foram gravadas com a anuência dos participantes, imediatamente transcritas na íntegra, e submetidas à análise de conteúdo. Registra-se que a saturação teórica, constatada por meio da identificação de ausência de elementos novos em cada agrupamento, foi alcançada para coordenadores, preceptores, tutores e estudantes, ratificando a suficiência do número amostral (n=32). Dadas a magnitude da pesquisa e a alta densidade dos dados, neste artigo serão apresentados apenas os resultados alusivos às barreiras para a implementação dos pressupostos da EIP.

Para a análise dos dados foram empregadas três etapas[32]: pré-análise, exploração, e inferência e interpretação. Na pré-análise, o material foi organizado, lido e dele foram extraídas as principais ideias captadas. Na etapa de exploração do material, com base nas evidências científicas sobre os fatores de sucesso/insucesso[33-35] da EIP e das práticas colaborativas, as unidades de registro foram identificadas, codificadas e agrupadas por similaridade em quatro temas analíticos: barreiras profissionais, barreiras culturais, barreiras políticas e barreiras estruturais. Finalmente, com base no referencial teórico-conceitual e metodológico da abordagem interprofissional, os resultados foram interpretados e deles extraídas inferências.

Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 3.899.608), e seu desenvolvimento respeitou todos os aspectos éticos previstos pela legislação brasileira e pela Declaração de Helsinque.

A elaboração do relatório da pesquisa seguiu o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)[36].

RESULTADOS

Das entrevistas emergiram quatro temas analíticos que agrupam um conjunto de fatores considerados barreiras importantes para a implementação da EIP (Quadro 1).

Quadro 1. Temas e subtemas emergidos da análise representativos do conjunto de barreiras à implementação da educação interprofissional percebidas pelos integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Rio de Janeiro, 2020

Temas	Subtemas
Barreiras profissionais	*Silos profissionais* *Relações de poder* *Comunicação* *Conflitos* *Formação e atuação fragmentadas* *Sobrecarga de trabalho/escassez de RH*
Barreiras culturais	*Profissionais dos serviços X instituições de ensino*
Barreiras políticas	*Sociais* *Institucionais* *Do programa* *Entendimento incipiente sobre interprofissionalidade*
Barreiras estruturais	*Incompatibilidade de horários e áreas verdes* *Espaço físico inadequado* *Rotatividade de funcionários no serviço* *Fragmentação da agenda*

As barreiras profissionais foram caracterizadas pelo núcleo do saber, pelas hierarquizações impostas pelas profissões, formação fragmentada, comunicação e conflitos. As barreiras culturais trouxeram consigo uma visão profissional dotada de reservas face a celebração de parcerias entre o ensino e serviço. As barreiras políticas estão relacionadas ao SUS, ao pertencimento dos gestores das instituições de ensino e serviço com a proposta do PET-Saúde e da EIP, ao desenvolvimento do programa, ao desconhecimento sobre a abordagem da interprofissionalidade e a políticas sociais que impactam nas condições dos territórios. Por fim, as barreiras estruturais perpassam pela incompatibilidade de horários, espaços físicos inadequados e rotatividade de profissionais do serviço (Quadro 2).

Quadro 2. Extratos de depoimentos representativos das barreiras à implementação da educação interprofissional. Rio de Janeiro, 2020

Barreiras	Depoimentos
Profissionais	
Silos profissionais	A primeira coisa que a gente observa é que mesmo levando a discussão da educação interprofissional ainda existiam o que a gente chama de silos profissionais. As pessoas ainda se achegam muito ao profissional que tem a mesma formação que ela. Então, você conhecer o outro, saber as características do outro, o que que o outro traz de conhecimento para agregar ao seu, ainda é um desafio. Mas isso eu acho que é a proposta do PET. Ela é isso. Ela vem para dizer que a gente precisa aprender a conhecer melhor a profissão do outro, saber onde é o limite do outro, onde é o nosso limite, e assim a gente vai avançando dentro dessa propostas. (C1) Eu acho que assim, quando a gente entra pra uma universidade, você vem querendo aprender aquilo que você se propõe, então [...] ele tem uma certa dificuldade de pensar com amplitude, que ele pode ser mais do que aquilo que se propõe a fazer entendeu. E assim, eu acho, que o acadêmico tem a gente, eu num sei se é, são, ... da universidade, ou uma questão também da sociedade, que impõe a eles um DR, um perfil e pra romper isso é muito muito difícil. (P3) A gente vai criando um modo de enxergar as coisas, a partir da nossa graduação e, parece que as graduações são muito específicas assim. Você vai afunilando e aí, você vai enxergando um fio de cabelo, e a outra graduação enxerga o outro fio e a outra o outro fio e aí, a gente não consegue enxergar o todo sabe, que é uma pessoa na sua integralidade. (A7)
Relações de poder no serviço	As relações de poder instituídas no interior dos serviços, ainda dificulta um pouco ainda é um entrave para isso. Com uma certa competitividade ainda entre as áreas, e disputas relacionadas principalmente ao corpo das práticas exercitadas, exercidas nos serviços. Se pensasse a nível de serviço, eu acho que esse é o grande desafio. (T2)
Comunicação	Uma barreira muito grande, que os alunos falam disso, é assim, a questão da comunicação né. E a gente, numa ultima discussão que a gente tava tendo, essa coisa cada profissão tem seus códigos internos, então, quando você começa fazer um trabalho colaborativo, como é que você, como é que a gente faz essa tradução, como é que eu transformo isso que já é, digamos assim, que já é uma coisa comum dessa prática profissional. Como é que eu transformo isso, em algo que possa circular e ser indutor de uma construção de uma prática única, centrada e voltada no usuário. (C4) É o que a gente tem no panorama atual, a gente tem profissionais aprendendo a trabalhar de forma interprofissional, mas com uma dificuldade muito grande. Quando se trabalha dessa forma, é todo tempo, você tendo que falar, o quanto é importante você tá trocando com o outro. As pessoas não conseguem. Eu tenho a formação, ... Eu acho que a formação nossa, acadêmica, é muito ruim nesse aspecto, e o PET Saúde vem justamente proporcionar isso, para esses alunos, para eles entenderem como funcionam e conseguirem trabalhar o indivíduo de forma integral. É isso que eu acho superinteressante assim. E isso a gente não teve na nossa formação. (P4) Eu acho, que muda muito, porque eu nunca tive contato com outros cursos assim, durante a graduação. Quando eu fiz matérias de outras graduações, que eram próximas mais de humanas, de filosofia, do que propriamente da área da saúde. Então, ... parecia que a gente tava falando línguas diferentes assim, quando a gente conversava, até pra produção desse seminário mesmo, ou de outros trabalhos, ou de uma atividade, quando a gente ia marcar os dias, que a gente ia pra clínica, o quê que a gente ia

	fazer lá, parecia que a gente estava falando de coisas completamente distintas assim. Eram, pareciam idiomas diferentes. (A7)
Conflitos	Acho que a outra coisa é o conflito, as dificuldades que enfrenta para trabalhar em equipe. É, eu vou pra reunião, e a gente, como é que eu transformo essa reunião, em uma reunião potente, resolutiva e não apenas um espaço pra queixas. Tudo bem, um espaço pra queixas. (C4)
Formação e atuação fragmentadas	Então, embora eu [...] eu assim batalhei pelo projeto, sempre achei o projeto importante, e a gente vai dialogar com coordenador de área que não sabe nem o que é sabe? [...] às vezes muito nessa pegada ainda um pouco fragmentada né e mais voltada pra ... pra ações e programas de saúde, uma peça um pouco seletiva é ... e com uma relação institucional, de apoio institucional ruim com as unidades né. Muito vertical né. Muito pouco é ... trabalha muito pouco a gestão participativa né. (C5) Na questão da grade curricular né, que é muito, ainda é muito, muito voltada para o modelo médico-centrado né, independente se é médico, tô falando até de enfermeiro, de nutrição, enfim... onde cada um contribui com a sua parte, com o seu, ... com o seu, ... com a sua experiência. De você discutir o indivíduo e não a sua doença separadamente. Eu acho muito interessante, muito proveitoso isso. Só assim, a gente vai transformar, acho que a saúde do Brasil. (P2) Um cuidado de saúde e um ensino que seja voltado pra totalidade, assim de enxergar o indivíduo, não com o que ele está precisando de atendimento naquele momento, mas ultrapassar essas barreiras, é, que existem na formação né. Por isso que é importante, quando,... por isso que é importante, fazer esse processo de integração, porque vai pra realidade do serviço e do serviço volta pra universidade e pra comunidade também. (A3)
Sobrecarga de trabalho	Como era difícil a gente poder sentar né. É, porque as pessoas são assoberbadas de trabalho entendeu, assim na ponta. Assim, não tem tempo. São sobrecarregadas. A gente tem uma escassez de recursos humanos muito grande, então eu acho que isso. (T4)
Barreiras culturais	
Ensino versus serviço	Quando você aborda essas pessoas, para falar que vai entrar um programa relacionado a uma universidade, que vai discutir processos de trabalho dentro daquela unidade existe uma reação inicial de blindar né? De falar não, quem manda aqui sou eu né, quem vai dizer como que a equipe tem que trabalhar, sou eu né. Então esse é um cenário inicial, que eu acho que é uma baita barreira sabe é a falta de cultura das pessoas de lidarem com atravessamentos como ... com ... atravessamentos saudáveis, relacionados a relação com a universidade, com instituições de ensino né. (C5) Tem unidade e unidade né, tem unidade que te abraça mais, que faz discussões, mas tem unidade que se incomoda, que não é muito falado, mas você percebe na postura que às vezes, que acha que o tempo né, fica maior por ter que parar, pra poder tá com alunos próximos, enfim. É, eu acho que ainda temos muito o que mudar, porque temos profissionais muito, muito cabeça, assim de formação mesmo, de uma outra maneira, então eu acho, que a barreira tá muito mais nos profissionais, que hoje estão atuando, do que na dos alunos, que já estão indo preparados dessa maneira, para trabalhar em equipe interprofissional. (P2) E a mesma coisa o profissional. O profissional, quando a gente quer solicitar, um farmacêutico por exemplo, de ficar com o bolsista, ele se sente meio que incomodado, ainda mais se ele num é da farmácia. A gente tem que tá articulando, para que o profissional entenda, de ficar com um acadêmico que não é da sua área, dá um olhar, mas abrangendo um olhar mais integrador, que é aquilo que ele ta se formando. (P3)
Barreiras políticas	
Sociais	Às vezes, ela não vai estar ou aquela unidade não vai poder acontecer, porque o território está violento, então nem o profissional de saúde está

	podendo sair pra loco, para o cenário, mas aí, então, a gente repensa, a gente refaz, a gente tenta vencer né, esses, esses desafios. (T6) A questão da violência, em algumas áreas [...] porque lá tava tendo tiroteio. Tava tendo alguma coisa de invasão, por isso que a gente tem que pensar nesse risco desse aluno também, então eu acho que é essa a questão mesmo né, da violência né, que aí também não é, nem questão do PET em si, mas que atrapalha. (P8) Então, tem uma disparidade assim, das pessoas que circulam naquela localidade, naquela unidade, então, de certa forma, você consegue acaba criando perfil também dos usuários dali né. Então é isso, você vai se deparar, com pessoas, quando tiver formada, com pessoas negras, que vivem em comunidades, moram em situações assim, insalubres, e pessoas que estão no seu prédio, no seu apartamento, e, é outra realidade, então assim, você se depara com outra realidade, e vai atender essas duas pessoas. Então, você vai de atender de forma igual né. [...]. Você se depara com realidades, não precisa ir pro nordeste pra ver pessoas, que num tem nada sabe, aqui no Rio de Janeiro tem. As vezes pra mim, é um desafio né, porque é difícil você se deparar com essas coisas, mas também é um ganho muito grande, traz a luz pra muitas coisas que a gente num vê na academia. (A6)
Institucionais	Esse campo da mudança curricular pra gente é o mais complexo assim. Eu vejo... e também mudou a gestão na universidade, mudou a gestão, então tudo que eu tinha pactuado com a Reitoria com o Pró-Reitor foi por água abaixo, porque mudou. O novo aí, o novo não tem tempo, não tem agenda, marca hora, vai atrás e aí veio depois a pandemia, para a gente não conseguir. (C3) Então, se a gente olha as grades dos cursos de graduação daqui da instituição de ensino, isso, a gente conseguiu a todo momento, tem essa questão da discussão da saúde, do ponto de vista da saúde coletiva. A gente também tem algumas disciplinas que são comuns e que a gente abre a dificuldade que a gente tem, de dentro da semana um espaço, que os alunos de todos os cursos se unirem. A gente tem algumas disciplinas Interprofissionais, mas elas entram nas grades dos cursos de forma optativa né, então a gente tem que estimular os alunos na inscrição dessas disciplinas. A gente tá querendo um movimento mais forte, na musculatura, nesse sentido, uma musculatura que tornasse mais orgânico. A gente queria algo mais musculoso. E esse é o nosso grande desfaio hoje, que é fazer essa dobra dessa onda pra dentro da universidade. Acho que esse é o grande desafio nosso! (C4) A gente tem algumas outras dificuldades né, relacionadas a ideia de articulação com a comunidade, processos administrativos dos serviços, a logística também dos cursos, a perspectiva da educação interprofissional, também dificulta o apoio organizacional também. Eu acho, que as parcerias institucionais, também no território e nos serviços, nem sempre garantem a sustentabilidade de iniciativas de educação interprofissional. (T2)
Do programa	Apesar do PET se constituir uma política indutora, nem 10 % são contemplados. Nós temos nainstituição, oito cursos participando e cada curso aí, com um número muito grande de alunos e o número total de alunos do PET que recebem bolsa são 30 alunos. Temos aí, cerca de seis a sete voluntários, é, então nós temos um número mínimo de alunos que se beneficiam da formação do PET, da oportunidade de estar num serviço, de estar com o usuário de outra forma, da oportunidade de ter assunção de responsabilidade. (T2) Esse PET especifico, não mais aluna, quanto tutora, houve pouca divulgação pra se candidatarem a participar. É tanto, que a gente, um numero mínimo de professores da enfermagem participando, o que houve e como houve pra pleitear, quem ia ser tutor ou coordenador. Veja, isso a nível, no curso de enfermagem, não vendo outros cursos. Mas eu fiquei

	sabendo que tava acontecendo o PET, e como participar e aí a gente capixaba é meio arretada ...já percorreu, tantos caminhos. E eu fui atrás participar do PET, e aí, eu consegui por uma fresta. Mas eu vejo que isso, não sei dizer o motivo, até hoje, não sei identificar, mas eu acabei entrando e os professores da enfermagem que também queriam, não tiveram a mesma oportunidade que eu tive. Duas entraram, como se diz, como voluntarias, mas queriam também e aí a gente fica um pouco triste, que as vezes acontece algum .... Que a gente não sabe, dizer porque, não sei te explicar o porquê. Eu vejo isso um desafio. (T6)
Entendimento incipiente a educação interprofissional	Especificamente relacionado a Interprofissionalidade que é a barreira da gente não ser Interprofissional. A gente não é. A gente finge que tem equipe né, que tem mil e cem equipes de saúde da família, mas a gente não tem. (C5) A dificuldade de entender o que é trabalhar interprofissionalmente. Eu acredito que nós ainda não estejamos ainda fazendo é ... 100% tá? (T1) Eu acho que a gente hoje, não consegue, pelo menos assim, o nosso grupo eu sinto mais coeso. Eu num acho que ele está integrado, eu não acho que ele está integrado à equipe de saúde da família né, as equipes da clínica [...] eu acho que ainda é muito incipiente e a pandemia desfavorece justamente essa formação, acredito né, a prática do trabalho aqui da clínica né. Então, eu acho que isso foi bastante prejudicado né. (T4)
Barreiras estruturais	
Incompatibilidade de horários	É o horário né, do PET, assim a carga-horária, às vezes, bate com o horário das disciplinas deles, porque a farmácia, é mais noturno, as aulas são noturnas. Nos outros são o dia inteiro né, então, às vezes, a gente marca reunião, aí um tem aula, tem não sei o quê ... aquelas confusões de carga horária. (CG1) É o fazer acontecer no serviço. É uma tarefa árdua. Não muito fácil, porque a matriz curricular, oferece pouco espaço que a gente chama de área verde, com um currículo massificado por disciplinas, que muitas vezes impedem que os alunos estejam nos serviços. Então, acaba que, os alunos não conseguem estar concomitantemente no mesmo serviço [...] A gente entendeu, que se esses alunos estiverem em campo, em horários diferentes, pouca coisa vai mudar. Porque eles vão continuar contando, só com a reunião de equipe como um espaço de discussão e isso não transforma. A gente tem defendido isso de forma muito categórica. A reunião de equipe é um dos dispositivos, mas ela não transforma a formação dos alunos. Então, que eles possam aprender juntos em campo, no campo e fazer junto. (T2) A gente não conseguiu fazer uma agenda, que todo mundo ficasse no mesmo dia, que é uma coisa mais interprofissional, mas mesmo assim, funcionou bem [...] os próprios tutores do PET, fizeram uma disciplina sobre Interprofissionalidade, na quarta-feira de manhã. Começou, acho, que esse semestre, se não me engano. Eu não pude participar, porque é o período da minha prática, e se eu faltar, eu repito. Mas sim, a gente está tentando é, introduzir isso no currículo da instituição e teve muita gente inscrita (A8).
Espaço físico inadequado	Para mim tem uma barreira político social gigantesca, que é o fato do SUS está sendo sucateado. Isso representa uma barreira pro projeto, porque aí trocam os preceptores, fecham as unidades de saúde, desaparecem as equipes da família, então assim fica difícil, fica difícil né. Se você fica sendo bombardeado o tempo inteiro por um sucateamento e uma destruição do SUS e ininterrupta é, ... isso é uma barreira para o projeto. (T3) As redes de atenção elas funcionam de uma forma, digamos que um pouquinho peculiar. Tem várias diferenças então. Assim, as vezes, a gente tem alguma dificuldade na questão de ter colaborações ou na questão dos campos de estágio. Porque aqui, eles são bem pequenininhos, então nem sempre cabe todos os alunos. (A11)

Rotatividade de funcionários no serviço	Barreiras é ... do funcionamento mesmo né, que às vezes é ... eles falam um pouco, sobre a rotatividade de funcionários né, na atenção básica e acaba dificultando ali a continuidade né da ... da atuação, porque tem questionários que eles têm que aplicar né, na atenção básica, e que às vezes é ... quando vê a pessoa, já não está ... já não está mais lá. A barreira seria talvez essa ... essa rotatividade, que ainda tem na atenção básica, em termos de profissionais de saúde. (P5) A gente teve algumas trocas de alunos e de preceptores, depois de um ano de PET. Uma preceptora saiu, porque ela tava entrando no mestrado. Então, ela preferiu sair do PET, e dá oportunidade [...] para outro profissional da rede, também participar como preceptor. Então, a gente teve troca nesse sentido. De alunos, por exemplo, da enfermagem, que participava do nosso subgrupo, que se formou, hoje em dia estão até na residência aqui no Rio [...] e outros alunos, pediram para ir para outro grupo do PET, a gente não sabe dizer porque assim. Porque a gente sempre faz com tanto carinho e com tanta responsabilidade, mas principalmente alunos do curso de nutrição, de farmácia no nosso, no nosso PET em específico, teve essa troca de cadeiras né. Foram para outro PET, estão lá e ao mesmo tempo, a gente pode chamar né, outros alunos que tava lá na lista de espera, como voluntariado. (T6)
Fragmentação da agenda	Tem uma barreira que ela é constante que é o da fragmentação de agenda assim [...] A gente vive uma sociedade fragmentada né, a gente vive o individualismo. E isso, por mais boa intenção, que a gente tenha, como profissional mesmo, que atue na atenção, na saúde pública, a gente ... cada um tem a sua dificuldade de agenda né. (T5).

DISCUSSÃO

A eleição dos silos profissionais enquanto barreiras evidencia a necessidade de superação do modelo de formação exclusivamente uniprofissional, que ainda perdura apesar das inúmeras políticas indutoras de reorientação do ensino na do próprio PET-Saúde. Para Costa[37], essas diferentes políticas fortaleceram a integração ensino-serviço-comunidade, potencializou a adoção de estratégias metodológicas mais ativas, e catalizou mudanças curriculares que incorporaram relevantes transformações na dinâmica educacional dos profissionais de saúde.

É sabido, no entanto, que ainda há resistência para o rompimento do modelo hegemônico de formação, que legitima e é legitimado pelos modelos tecnoassistenciais pautados na fragmentação do trabalho. Nessa ótica, os profissionais continuam sendo formados separadamente para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS[37].

Cabe refletirmos sobre os mecanismos que levam a tal persistência: tratam-se de processos de formações, de espaços, de serviços, de instituições, de gestões ou de vontade política?

Reeves[6] nos convoca insistentemente a compreender que juntar alunos ou

profissionais de diferentes categorias profissionais num mesmo espaço, não significa a materialização da interprofissionalidade. É preciso que os processos de ensino promovam a adoção de novas posturas e novas relações profissionais, e sejam orientados para o desenvolvimento de competências e a integração de conhecimentos e atitudes que capacitem os estudantes, futuros profissionais, a atuarem colaborativamente[38,39].

Isto porque o histórico processo de formação apoia a constituição de identidades profissionais rígidas que sustentam relações de poder hierárquicas, obscurecendo a potência das parcerias colaborativas entre as diferentes áreas. E mesmo quando algumas mudanças são feitas para apoiar o desenvolvimento de causas interprofissionais, os silos profissionais triunfarão, a menos que as posturas individuais e as barreiras estruturais sejam abordadas[40].

Outra questão fundamental é que os estudantes de programas uniprofissionais passam muito tempo aprendendo sua própria linguagem e nutrindo a sua própria prática em suas comunidade profissionais; e os esforços para conservar e resguardar sua “tribo” agencia o elitismo e o isolamento[41]. Esse mecanismo potencializa as dificuldades comunicativas e os conflitos interpessoais deflagrados no interior das instituições de ensino e dos serviços, tal como referido pelos atores deste estudo.

Essas variadas formas de disputas pelo poder, nem sempre explícitas, interferem nos processos de articulação das atividades dos diferentes profissionais, embaraçando a distinção das formas legítimas de disputa na consecução do trabalho da equipe, dos conflitos disparados por vaidades ou interesses pessoais. É com base nessas reflexões que a EIP apregoa como imprescindível a promoção de competências comunicativas e de resolução de conflitos, que afiançem o diálogo, a corresponsabilização e a cogestão do cuidado[42,43].

Sob o ponto de vista da macropolítica, os fatores que contribuem para o insucesso da EIP residem sobretudo nas limitações dos sistemas educacionais e sociais. Temos um sistema de educação fortemente arraigado nas premissas flexnerianas, que abrigam iniciativas inovadoras de transformação ainda limitadas a um pequeno público, como o PET-Saúde. Esse achado sustenta os resultados de outros estudos, cujos registros estabelecem que se faz mister a instituição do PET-Saúde como política permanente mais robusta, permissiva à inclusão de um maior número de atores e com edições estendidas[29,44].

Há o desejo de que os currículos sejam, cada vez mais, repensados para além de quem participa do PET-Saúde, para que caso este se encerre ou mantenha-se limitado, a proposta e as mudanças conquistadas sejam sustentáveis institucionalmente.

Sob outra perpectiva, temos uma rede de serviços capilarizada presente em diferentes territórios, incluindo áreas de conflito armado, nos quais atuam os profissionais de saúde, em especial os da atenção primária, *locus* privilegiado de inserção dos estudantes de saúde. Esse contexto fragiliza a formação profissional, pois imprime limites à inserção de estudantes nos diferentes cenários do SUS, ao mesmo tempo que põe em risco a segurança de profissionais, estudantes, docentes e usuários. Trata-se de uma problemática, com desdobramentos no campo social, econômico, político e da saúde, que precisa ser discutida intersetorialmente para que se possa pactuar uma intervenção qualificada sobre tal situação[45].

Ainda no que se refere aos serviços de saúde, a infraestrutura precária e a rotatividade de profissionais também foram pontuadas como barreiras importantes à introdução dos estudantes na realidade do SUS, conforme já relatado em outros estudos[2,15,46,47].

No que se refere aos desafios impostos pelos processos administrativos e logísticos das instituições de ensino, foram mencionados o engessamento das grades curriculares, que não possibilita momentos de encontros entre os diferentes estudantes de saúde, condição precípua da abordagem interprofissional; e a rotatividade dos gestores universitários, uma vez que a mudança de gestão nem sempre permite a continuidade dos acordos estabelecidos em direção ao reordenamento dos processos formativos.

Esses desafios são denominados por Pirrie et al.[48] como "inibidores internos", cuja potência pode inibir a participação dos atores, já que estes terão que devotar maior energia e tempo para superar as adversidades logísticas. Como reflexo, a instituição pode encontrar problemas de continuidade das propostas, que tendem a não perserverar[33].

O PET-Saúde/Interprofissionalidade trouxe como proposta para as instituições de ensino participantes o desenvolvimento de ações de interação e comunicação entre os diferentes cursos de graduação na área da saúde, por meio da inserção dos estudantes nos serviços de saúde, o que possibilitou a experiência do trabalho coletivo com ênfase na integração ensino-serviço. Contudo, os resultados

demonstraram que as instituições de ensino necessitam de maior suporte para dar sustentabilidade às ações desenvolvidas nessa perspectiva interprofissional[49].

Para colocar a EIP em prática, alguns importantes desafios precisam ser superados nos níveis macro, meso e micropolíticos, abarcando fatores de ordem política, estrutural, organizacional e relacional. Inclui-se, nesse sentido, maior investimento em qualificação docente; oferta de apoio financeiro e institucional; e pactuação de acordos e compromissos entre os diferentes atores imbricados nos processos de formação[6,9]. Há, ainda, que se disponibilizar e usar metodologias de ensino-aprendizagem coerentes com a abordagem interprofissional e mecanismos avaliativos que devem ser considerados pilares para o reconhecimento e efetividade da EIP[50,51].

O entendimento de que a EIP opera na interface entre os sistemas de educação e saúde e que os princípios e diretrizes do SUS patrocinam o desenvolvimento das práticas colaborativas são elementos que sustentam o valor para sua implementação no Brasil[26,52]. Isto considerado, justifica-se intensificar a sua utilização, conhecer mais sobre sua proposta e priorizar investimentos em experiências interprofissionais[6,53].

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo podem orientar profissionais, docentes e tomadores de decisão a uma melhor compreensão dos principais fatores que podem contribuir para o sucesso ou insucesso da implementação da EIP e de seus pressupostos no sistema de educação nacional. Essa abordagem político-pedagógica pressupõe necessariamente encontros dialógicos que oportunizem o desenvolvimento de competências e atitudes de colaboração, que é essencialmente um processo interpessoal.

Mais que isso, é preciso atuar sobre os diferentes determinantes do sucesso da EIP, interacionais, organizacionais e sistêmicos, entre os quais se incluem o redesenho da estrutura curricular, o fortalecimento de iniciativas de reorientação do ensino, caso do PET-Saúde, e o investimento nas redes de atenção à saúde e das instituições formadoras, de modo que possam contribuir para uma formação mais qualificada e coerente às necessidades do SUS.

Almeja-se por instituições formadoras em ruptura com o modelo tradicional de formação em saúde, por projetos políticos pedagógicos na perspectiva da EIP e das

práticas colaborativas, e por gestões de ensino e saúde integradas e comprometidas com a transformação da educação e das práticas de cuidado em saúde.

Espera-se que as reflexões propostas nesta pesquisa possam contribuir para a ampliação do olhar sobre o programa e a abordagem interprofissional, sendo relevante empreender processos avaliativos abrangentes e permanentes que apoiem os direcionamentos necessários e assegurem ao PET-Saúde e à EIP um espaço de reconhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923-58. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

2. Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, Girardi SN. Nurse training in health in different regions in Brazil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2017;17(Suppl 1):S219-S228. https://doi.org/10.1590/1806-9304201700s100010

3. Barrett B, Charles JW, Temte JL. Climate change, human health, and epidemiological transition. Prev Med. 2015;70:69-75. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.013

4. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

5. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. Saúde Soc. 2013;22(1):173-86. https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016

6. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface. 2016;20(56):185-96. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092

7. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(3):CD002213. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3

8. Zirn L, Körner M, Luzay L, Sandeck F, Müller-Fröhlich C, Straub C et al. Design and evaluation of an IPE module at the beginning of professional training in medicine, nursing, and physiotherapy. GMS Journal for Medical Education. 2016;33(2).

9. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. Interface. 2016;20(56):199-201. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383.

10. Madruga LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHSM, Pérez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives. Interface. 2015;19(suppl. 1):805-16

11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011; 377:1778-97. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8

12. Machado CV, Silva GA. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. Global Health 15, 77 (2019). https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5

13. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. Cien Saude Colet. 2017 Apr;22(4):1055-1064. https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016

14. França T, Magnago C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. Saúde Debate. 2019;43(spe1):4-7. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s100

15. Magnago C, Pierantoni CR, França T, Vieira SP, Miranda RG, Nascimento DN. Policy of Labor Management and Health Education: a ProgeSUS experience. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(5):1521-30. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016

16. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RG. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. 2018;42(spe1):189-207. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s113

17. Dal Poz MR, Perantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 3. pp. 187-233.

18. Aith FMA. Public interest in the Brazilian health professions regulation. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27:e3114. https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3114

19. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(11):3547-52. https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015

20. World Health Organization. The World Health Report 2006 - working together for health. Geneva, Switzerland; WHO; 2006.

21. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva, Switzerland; WHO; 2016.

22. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(6):1869-78. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014

23. Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Genebra: World Health Organization; 2016.

24. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Técnico 102: Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso a saúde universal. Washington: OPAS; 2020.

25. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(spe2):16-24.

26. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. Saúde Debate. 2019;43(spe1):86-96. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s107

27. Magnago C, França T, Belisário SA, Santos MR. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. In: Castro JL, Vilar RLA, Dias MA (Org.). Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde. Natal, RN: Uma; 2020. p. 245-271.

28. Camara AMCS, Pinho DLM. A educação interprofissional no PET-Saúde: uma experiência de educação transformadora. Cad Educ Saúde Fisioter. 2015;2(3).

29. Magnago C, França T, Belisário SA, Santos MR. PET-Health/GraduaSUS in the perspective of service and teaching actors: contributions, limits, and suggestions. Saúde Debate. 2019;43(spe1):24-39. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s102

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

31. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2019. Brasília, DF: Inep; 2021.

32. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

33. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. J Interprof Care. 2005;19(suppl 1):39-48. https://doi.org/10.1080/13561820500081703

34. Martín-Rodriguez L San, Beauliei M D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care. 2005;1(Supl.)132-147.

35. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. J Interprof Care. 2014 Jul;28(4):305-10. doi: https://doi.org/10.3109/13561820.2014.895977

36. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

37. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. Interface. 2016;20(56):197-8. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311

38. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde Debate. 2018;42(spe1):163-73. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111

39. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. J. Interpr. Care. 1998;12(2):181-7. https://doi.org/10.3109/13561829809014104

40. Meleis AI. Interprofessional Education: A Summary of Reports and Barriers to Recommendations. J Nurs Scholarsh. 2016 Jan;48(1):106-12. https://doi.org/10.1111/jnu.12184

41. Pecukonis E. Interprofessional education: a theoretical orientation incorporating profession-centrism and social identity theory. J Law Med Ethics. 2014;42(Suppl. 2): 60-4. https://doi.org/10.1111/jlme.12189

42. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canada: CIHC; 2010.

43. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.

44. Freitas PH, Colomé JS, Carpes AD, Beck CLC. Repercussions of the program for education through work for health (pet-health) in the training of students from the health area. Esc Anna Nery. 2013;17(3):496-504. https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300013

45. Santos RS, Mourão LC, Almeida ACV, Daher DV, Santos KM, Brazolino LD. Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica. Cad Saúde Pública. 2020;36(10):e00139519. https://doi.org/10.1590/0102-311X00139519

46. Argentino S, Domingues RJS, Oliveira NP. Percepção do estudante de medicina sobre a infraestrutura e materiais disponíveis para o ensino na atenção primária. Interdiscip J Health Educ. 2020;5(2). https://doi.org/10.4322/ijhe.2020.008

47. Adler MS, Gallian DMC. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. Interface. 2017;22(64):237-49. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0455

48. Pirrie A. AMEE Guide No. 12: Multiprofessional education Part 2. Promoting cohesive practice in health care. Medical Teacher. 2009;20(5):409-16. http://dx.doi.org/10.1080/01421599880481

49. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. Interface. 2015;19(suppl. 1):709-20. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0994

50. Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. CAIPE Bulletin. 2003;(22):2-3.

51. Gontijo ED, Freire Filho JR, Forster AC. Educação interprofissional em saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. Caminhos do Cuidado. 2019;3(2):20-38.

52. Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. J Interprof Care. 2015;29(2):131-7. https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955910

53. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(4):977-83. https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029

6.2.3 *Artigo 3*

Movimentos de adaptação das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no contexto da pandemia de covid-19

RESUMO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) visa reorientar a formação profissional em saúde a partir da inserção de estudantes nos serviços de saúde. Com a pandemia de covid-19 as atividades dos grupos tutoriais precisaram ser repensadas em função do interrompimento das atividades presencias. Este estudo de caso objetivou conhecer o processo de adaptação dos grupos tutorias para o desenvolvimento de atividades no contexto da pandemia de covid-19. Foram entrevistados 32 integrantes de projetos PET-Saúde do estado do Rio de Janeiro. Seis movimentos de adaptação foram identificados: replanejamento das ações, adaptação para o uso das tecnologias digitais, intensificação das atividades intragrupos, constituição de grupos de apoio, apoio às secretarias de saúde, e educação em saúde por meio das mídias sociais. Os movimentos de adaptação são flexíveis a ajustamentos, permitindo que os grupos reflitam e incorporem a complexidade do contexto pandêmico e as necessidades da comunidade no desenvolvimento das ações. As ações desempenhadas, planejadas e estruturadas coletivamente, respeitando-se as limitações e vulnerabilidades dos estudantes, preceptores e tutores, demonstram que é possível apoiar o enfrentamento da pandemia de covid-19, e ensinar e aprender a partir da realidade cotidiana dos serviços de saúde, mesmo não estando na linha de frente.

Descritores: Serviços de Integração Docente-Assistencial; Infecções por Coronavírus; Pandemias; Educação Interprofissional; Educação superior.

INTRODUÇÃO

Nos mais de 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram implementadas diferentes iniciativas de reorientação da formação de profissionais de saúde balizadas na educação permanente em saúde e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área. Insere-se, nesse conjunto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado em 2008 com o objetivo de promover o desenvolvimento de atividades de integração ensino-serviço-comunidade. Para tanto, prevê a conformação de grupos tutoriais de aprendizagem, conformados por tutores (docentes), preceptores (profissionais do serviço) e estudantes da saúde, como instrumento de inserção e vivência desses últimos nos serviços do SUS[1].

Desde a sua criação, o programa teve nove edições lançadas, sendo a última delas o PET-Saúde/Interprofissionalidade, configurada no sentido de promover a educação interprofissional (EIP)[1,2], compreendida como um modelo pedagógico que propõe a aprendizagem compartilhada e interativa entre atores de diferentes cursos

da saúde. Por meio da EIP se aprende sobre os outros, com os outros e entre si visando ao desenvolvimento de habilidades e competências colaborativas que viabilizem o trabalho em equipe efetivo, resolutivo e alinhado às necessidades de saúde[3,4].

Efetivamente iniciada em abril de 2019, com período de vigência previsto de 24 meses, a edição Interprofissionalidade aprovou 120 projetos propostos conjuntamente por Secretarias Municipais/Estaduais de Saúde e instituições de ensino superior, as quais deveriam desenvolver as ações de integração entre os atores do SUS e a comunidade acadêmica delineadas em seu projeto. Acredita-se, no entanto, que as atividades dos grupos tutoriais precisaram ser repensadas em função da pandemia de *coronavirus disease* (covid-19), que já matou mais de 360 mil pessoas no Brasil[5]. Isso, pois, desde março de 2020, as instituições de ensino precisaram interromper as atividades presenciais em favor do isolamento social, uma das principais medidas adotadas para a contenção da doença[6]; e um ator basilar do programa, o preceptor, vem atuando na linha de frente da luta global contra a covid-19, potencialmente afetando o desenvolvimento das ações planejadas nos serviços de saúde.

Considerando a finalização da vigência da edição e a ausência de publicações sobre o programa no atual cenário de crise sanitária, este estudo objetivou conhecer o processo de adaptação de grupos tutorias do PET-Saúde/Interprofissionalidade para o desenvolvimento de atividades no contexto da pandemia de covid-19.

MÉTODO

Este estudo se configura como pesquisa exploratória e qualitativa, do tipo estudo de caso, desenvolvido no estado do Rio de Janeiro no período de maio a setembro de 2020. A população de interesse do estudo foi composta pelos integrantes de projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade que tiveram como proponentes instituições de ensino também participantes da edição anterior do programa (PET-Saúde/GraduaSUS). Dos dez projetos do estado, cinco atendem a esse critério: o da Universidade Federal Fluminense (Niterói); dois da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Macaé e Rio de Janeiro); um da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro); e um do Centro Universitário de Volta Redonda.

Os coordenadores de projeto foram convidados a participar da pesquisa e a

eles solicitado que estendessem o convite a outros integrantes do PET-Saúde, sendo pelo menos dois estudantes de cursos diferentes, um preceptor e um tutor. Manifestaram desejo em participar os cinco coordenadores de projeto, 11 estudantes, nove preceptores e sete tutores que, juntos, conformaram a amostra multiprofissional do estudo (n=32).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas virtuais e individuais realizadas na plataforma de webconferência Zoom e gravadas com o consentimento de cada participante. A coleta dos dados foi orientada por um roteiro não estruturado, composto por questões relacionadas à condução das atividades do PET-Saúde Interprofissionalidade no contexto pandêmico.

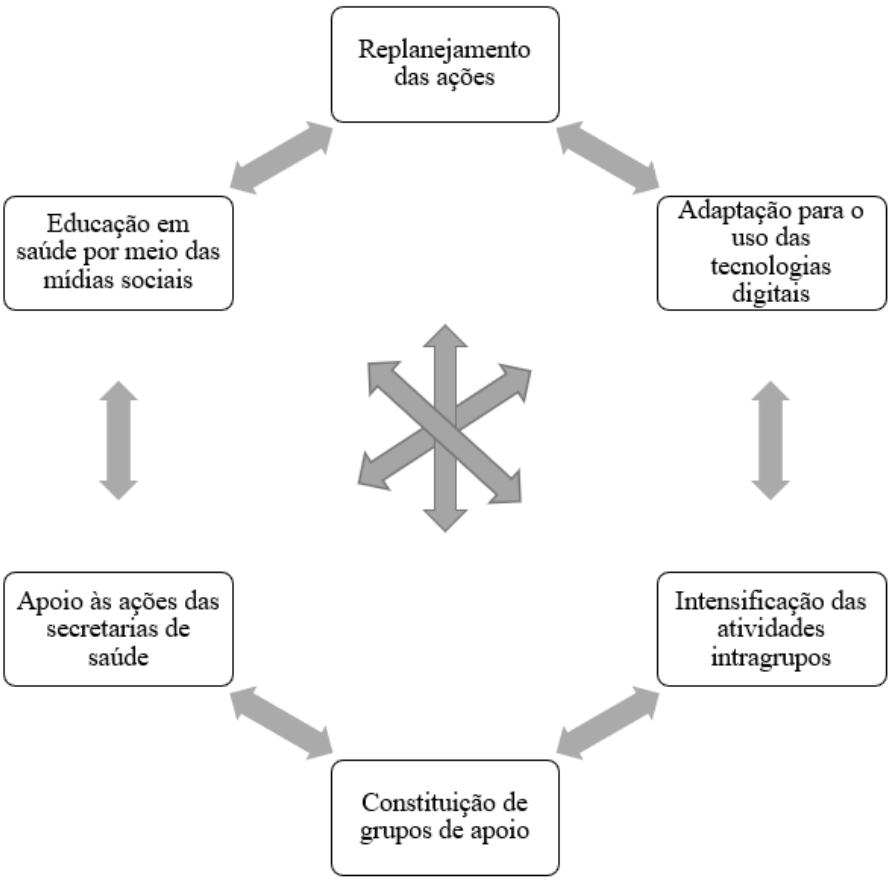
As entrevistas, que duraram em média 40 minutos, foram transcritas integralmente e submetidas às etapas usuais da análise de conteúdo[7]: pré-análise, fase em que o material foi organizado, lido e dele foram extraídas as principais ideias captadas; exploração do material, na qual os registros foram identificados, codificados e agrupados por similaridade; e, finalmente, inferência e interpretação das informações analisadas.

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado por cinco diferentes Comitês de Ética em Pesquisa, conforme resoluções de cada instituição participante, e obedeceu a todas as normas nacionais relativas a pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A partir das entrevistas foi possível constatar que os grupos tutoriais do estado do Rio de Janeiro trilharam e vêm trilhando um percurso similar desde o início da pandemia. Esse trajeto pode ser traduzido em seis movimentos simultâneos, interdependentes e flexíveis a ajustamentos, que permitem refletir e incorporar a complexidade do contexto pandêmico e as necessidades da comunidade no desenvolvimento das ações (Figura 1).

Figura 1. Movimentos operados pelos grupos PET-Saúde Interprofissionalidade do estado do Rio de Janeiro no contexto da pandemia. Rio de Janeiro, 2020



Diante da situação de excepcionalidade provocada pela pandemia, os integrantes do PET-Saúde foram instados a empreender **movimentos de replanejamento** e de construção de estratégias não presenciais, que não apenas considerassem os objetivos do programa e os preceitos da EIP, mas também as demandas emergidas pela covid-19.

> "A gente teve que se reorganizar nesse período, de forma muito abrupta, para que houvesse uma solução de continuidade do trabalho do PET-Saúde. Então, cada tutor ficou responsável por desenhar propostas com seus preceptores." (Tutor 2)

> "Com a pandemia, tudo mudou por conta do isolamento social. A gente teve que fazer um outro recorte, dentro da pespectiva da interprofissionalidade, com os portadores da covid-19. Foi preciso reorganizar." (Preceptor 3)

Se, por um lado, para algumas instituições de ensino e de saúde retirar os estudantes do território assistencial e remodelar as atividades presenciais para atividades virtuais e remotas foi tarefa basilar e consensual; para outras, houve dissenso sobre a atuação dos alunos nos serviços de saúde como fonte de apoio ao enfrentamento da pandemia, sobretudo em razão da escassez de profissionais para

atendimento da demanda aumentada.

> “Uma das tutoras, que é médica, foi a primeira pessoa que me sinalizou a importância de a gente tirar os alunos das unidades e oferecer alternativas. Então, eu escrevi uma nota, enquanto assessor da secretaria municipal de saúde e coordenador do projeto do PET-Saúde, que solicitava a retirada dos alunos das unidades, independentemente de ser PET ou não, e organizando tarefas de monitoramento remoto de pacientes. [...] A gente apresentou a proposta para a prefeitura [...] e identificamos que algumas pessoas estavam reticentes, pois achavam que os alunos tinham que ficar lá para atender porque não tinha médico [...]. Mas, com o apoio da universidade, dos preceptores e tutores, ganhamos força e conseguimos virtualizar as atividades.” (Coordenador de projeto 5)

Dado que o fio condutor do programa é a integração ensino-serviço-comunidade, o que, em primeira análise, imprime a realização de atividades nos cenários do SUS, a transposição das atividades do plano presencial para o virtual constituiu-se, de fato, um desafio. Desafio esse que exigiu, de maneira abrupta, **movimentos de adaptação para o uso rotineiro de tecnologias digitais**, e de compreensão dos problemas estruturais da vida real que limitam o acesso e a utilização dessas tecnologias pelos atores do PET-Saúde.

> “Com a pandemia tivemos que, a toque de caixa, aprender a usar as tecnologias.” (Tutor 1)

> “Mudamos o aplicativo porque tivemos problemas, fomos para o Zoom, depois Google Meet, e vamos mudando quando necessário.” (Preceptor 9)

> “Fizemos um seminário via *live*, uma novidade. Todo mundo aprendendo a mexer com essa coisa de YouTube [...]. Foi muito legal e aí a gente vai tentando se adaptar a esse novo cenário, com aula remota. É tudo muito novo e é assim que a gente tem feito, tudo online.” (Preceptor 8)

> “A gente tem trabalhado com o ensino remoto, com propostas assíncronas, síncronas, laboratório reflexivo, em que o aluno tem a oportunidade de produzir. E a gente vai elencando as atividades dentro dessas modalidades do ensino remoto.” (Coordenador de projeto 1)

> “A gente tem um grupo no WhatsApp, onde a gente tenta discutir as nossas estratégias semanais e as próximas e todos contribuem.” (Preceptor 2)

> “A gente tem trabalhado de forma virtual, por esses aplicativos de webconferência.” (Acadêmico 9)

> “Nós temos estudantes de vários níveis socioeconômicos. Tem gente que está em casa otimamente bem, liga a internet e trabalha, mas tem gente que está cuidando do irmão, da avó, da tia.” (Coordenador de projeto 3)

> “Todos têm participado, mas sempre tem um ou outro com alguma dificuldade de conexão, de falta de privacidade, pois não é só você ter inclusão digital, conexão e um computador. Temos que pensar nos que precisam estudar em uma casa de um quarto só, com vários membros da família.” (Tutor 4)

Apesar dos percalços que envolvem o uso de tecnologias digitais, o trabalho remoto **intensificou as atividades intragrupos** e aumentou a frequência dos

encontros, agora virtuais. Nesses momentos, os participantes do programa buscam planejar novas ações, estudar e aprender juntos, discutir casos e desenvolver pesquisas e produções bibliográficas.

> “Todo mundo do PET-Saúde fez o curso do coronavírus disponibilizado pela Fiocruz e pelo Ministério da Saúde. A gente fez o curso e foi debatendo sobre o que aprendemos.” (Tutor 6)

> “Estamos escrevendo artigos, inclusive acabamos de submeter um sobre o NASF [Núcleo Ampliado de Saúde da Família] e a necropolítica em tempos de pandemia. [...] A gente também está sendo muito estimulado a fazer pesquisas [...]. Vamos desenhar um projeto para enviar para o Comitê de Ética.” (Acadêmico 8).

> “Estamos tendo reuniões para a discussão de casos de pacientes dos CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] que já estávamos acompanhando; e o que sai na discussão eu levo para a unidade, para os meus pacientes.” (Preceptor 6).

> “No momento a gente está concluindo um livro, que a gente vai publicar pela editora da universidade. Vai ter um evento de inovação na universidade e vamos fazer um vídeo para enviar. Também mandamos um resumo para uma revista.” (Acadêmico 10)

> “A gente tem utilizado esse tempo para fazer alguns alinhamentos teóricos, para avaliar o projeto do PET-Saúde. A gente também está usando esse tempo para refletir e trabalhar as evidências que já havíamos recolhido nesses últimos meses.” (Coordenador de projeto 4)

A amplificação dos encontros revelou aos integrantes do PET-Saúde como o contexto pandêmico e o isolamento social têm repercutido intensamente na sua vida coletiva e individual, desencadeando **movimentos de ajuda mútua**. Os encontros, agora virtuais, deixaram de ser apenas momentos formais de planejamento, de delineamento de ações e de ensino; passaram a ser **grupos de apoio**, abrindo espaço para o acolhimento e a escuta.

> “Então, a primeira coisa que eu fiz, enquanto coordenador, foi ir atrás do grupo para ver como é que cada um estava, tanto preceptores, como estudantes e professores. No começo, morreu o pai de uma professora, tivemos parentes doentes... a gente passou por isso, já aconteceu de tudo um pouquinho no nosso grupo.” (Coordenador de projeto 3)

> “Estamos tentando fazer uma troca de vivências; de como tem sido para cada um passar por esse período de pandemia. É como se fosse um grupo de apoio, pois algumas pessoas estão afastadas da família, afastadas do trabalho, da faculdade. Algumas continuam. E, aí, às vezes, a gente leva uma poesia, fala sobre uma música.” (Acadêmico 4)

> “Estamos fazendo reunião virtual semanal para saber como cada pessoa está, porque a vida não está normal.” (Acadêmico 6)

Nesse cenário, é preciso ressaltar o preceptor que, enquanto profissional de saúde, tem atuado incansavelmente na linha de frente, estando mais suscetível à infecção pelo novo coronavírus, assim como ao adoecimento mental, produto da

sobrecarga de trabalho, estresse ocupacional e dificuldades em lidar com as adversidades dessa situação. Nesse contexto tem sido necessário ressignificar a sua dedicação às atividades do projeto.

> “Estamos exigindo menos dos preceptores nesse momento, porque eu sei que muitos deles estão em um trabalho muito estressante.” (Coordenador de projeto 3)

> “Em um primeiro momento, os preceptores foram poupados de cuidar dos alunos. Não dava para pedir para eles organizarem atividades remotas com seus alunos, porque eles estavam loucos no meio da pandemia, muitos deles doentes.” (Coordenador de projeto 5)

Ainda nessa perspectiva e cientes do impacto da pandemia na vida dos profissionais de saúde, esses movimentos de apoio extrapolaram os grupos tutoriais e se estenderam para a rede assistencial do território onde atuam.

> “A gente tem um grupo de trabalho de saúde mental, por meio do qual a gente iniciou uma atividade de acolhimento de profissionais de saúde, pois eles estão passando por uma carga muito alta de estresse, de preocupação com a própria família e tudo o mais.” (Acadêmico 7)

Mais ainda, os resultados demonstram que a pandemia desafiou os integrantes do PET-Saúde a propor e se engajar em **estratégias que apoiassem as secretarias de saúde**, contribuindo para melhorar o quadro sanitário imposto pela covid-19 e oportunizando o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais requeridas pela situação sanitária.

> “Mesmo na quarentena, com quem tínhamos mais vínculo depois de um ano no território, foi mais fácil pensar em estratégias a distância. Você sabe que tem uma puérpera em risco de desmame, faz uma videochamada. Nós estamos dando nó em pingo d'água assim.” (Coordenador de projeto 3)

> “A gente participou de um telemonitoramento sobre os casos de coronavírus. A gente ligava para as pessoas que já tinham dado entrada na clínica com suspeita de covid-19 para checar como estavam, se os sintomas tinham melhorado ou não, para ajudar a clínica nesse processo de acompanhar os usuários.” (Acadêmico 7)

> “A gente tem uma vinculação muito forte com a vigilância em saúde do município e nós a apoiamos. Fazemos folders, publicações no Instagram e alguns estudos e damos na mão da coordenadora da vigilância, que acaba distribuindo e chegando na comunidade.” (Acadêmico 11).

> “Junto com a residência de saúde mental, a gente criou um sistema de monitoramento telefônico de usuários de saúde mental [...]. Conseguimos montar um formulário eletrônico e fazer ligações para aqueles que têm um celular. Revezamos isso com os estudantes, com os residentes e os docentes e a gente conseguiu ter uma resposta rápida para fazer um controle dessa população que tem problemas de saúde mental grave e estava isolada na pandemia e, assim, apoiar a atenção básica.” (Coordenador de projeto 3)

> “A gente está começando a fazer um telemonitoramento com foco na educação em

> saúde. Nesse caso é na puericultura, porque a gente não está fazendo acompanhamento de rotina por conta da pandemia. Fazemos ligações com frequência para saber como estão a mãe e a criança, para fazer orientações, principalmente alimentares, de aleitamento.” (Preceptor 7).

> “Os alunos estão acompanhando grupos pelo WhatsApp, evitando, por exemplo, que as gestantes venham à unidade de forma desnecessária. A enfermeira, preceptora de uma determinada unidade, fez uma lista com todas as gestantes e os telefones com WhatsApp, e o aluno liga e faz um relatório de evolução dessa gestante, se está bem ou não está bem. Se ela não está bem, a gente cria um fluxo para essa equipe acionar um agente comunitário para ir até a casa dessa pessoa. Outros alunos ficaram responsáveis por essa mesma sistematização, só que com diabéticos e hipertensos.” (Tutor 2)

Os grupos tutoriais, em especial os estudantes, também **adentraram o mundo das mídias sociais**, por meio das quais promovem **ações de educação em saúde** e engajamento comunitário. Perceberam, nessas mídias, potencial para a introdução de uma nova perspectiva de ensino-aprendizagem, para a disseminação de informações baseadas na ciência e para a manutenção dos vínculos já estabelecidos com a comunidade no primeiro ano de desenvolvimento dos projetos. Nesse âmbito, destacam-se a criação de perfis no Instagram, grupos no WhatsApp e organização de *lives* e *podcasts*.

> “A gente se organizou para poder fazer peças informativas, com ilustrações, desenhos, para poder fortalecer as informações verdadeiras sobre a pandemia e combater as fake news sobre os remédios, sobre fabricar álcool em gel em casa; e nós compartilhamos em uma rede social, o Instagram.” (Acadêmico 3)

> “A gente está fazendo trabalhos de conscientização da população em relação ao coronavírus. Tem um grupo que criou um perfil no Instagram, do qual participam os alunos e preceptores. Eles colocam informações. Inclusive, eu tenho aprendido muito. Fizeram sobre higienização de alimentos, outro sobre água clorada, sobre como higienizar sapatos quando você chegar da rua.” (Coordenador de projeto 2)

> “Estamos tentando fazer vários movimentos dentro das redes sociais de prevenção contra o coronavírus. Os alunos da nutrição lançam receitas, formas de armazenar comida e isso tudo vai pelo WhatsApp. Tem um outro grupo que fez vários podcasts sobre como é que você limpa os alimentos, a casa, como é que você faz diluição de água sanitária, lavagem das mãos. E agora tem um grupo que vai começar a fazer podcasts sobre o coronavírus. (Coordenador de projeto 4)

> “Já aconteceram algumas lives de preceptores sobre assuntos da atualidade, das experiências que nós estamos vivenciando. Nós também temos alunos do PET-Saúde fazendo vídeos sobre coronavírus, que respondem a dúvidas frequentes da comunidade.” (Preceptor 1)

> “A gente tem um grupo de WhatsApp que é para tirar dúvidas. A comunidade traz as dúvidas e os preceptores esclarecem. E isso, no início da pandemia, foi muito importante. Junto com isso, a gente começou a fazer educação popular. A partir daquelas dúvidas que eles traziam no grupo de WhatsApp, a gente produzia material sobre como evitar o contágio, sobre higiene, saúde bucal específica para covid, material relacionado aos motoboys, que são muito importantes nas comunidades.” (Tutor 5).

As redes sociais também foram palco de divulgação de ações sociais para

apoio à comunidade carente, ainda mais necessitada nesses tempos de pandemia.

> “A gente organizou uma ação social, uma arrecadação de alimentos para dar suporte para a comunidade que é bem vulnerável. [...] Teve uma listagem, a partir da Clínica da Família, sobre as famílias que mais necessitavam, e aí a gente fez uma campanha pelo Facebook, pelas mídias sociais, para arrecadar esses alimentos. Foi um projeto que contou com a participação de um mercado [...] que entregou os alimentos na casa de uma ACS [agente comunitário de saúde] e aí o pessoal do nosso grupo do PET-Saúde ajudou a separar esses alimentos e a distribuir as cestas.” (Acadêmico 5)

No cenário pandêmico, a educação em saúde tem o potencial de promover a consciência crítica da população a respeito da doença, estimulando a adoção de medidas preventivas individuais, que ainda são as principais armas contra a disseminação da doença. Pensando nisso e considerando que parte da população usuária do SUS não possui acesso a tecnologias conectadas à internet, os petianos também confeccionaram materiais físicos a serem distribuídos nas comunidades.

DISCUSSÃO

A rápida disseminação global da covid-19, declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, e caracterizada como pandemia em 11 de março de 2020, impôs a todos os países a adoção de medidas urgentes, agressivas e abrangentes de enfrentamento do vírus[8]. Entre as ações de preparação, prontidão e resposta à covid-19 a serem adotadas pelos governos e sistemas de saúde, a OMS sinalizou a importância da comunicação de risco e participação comunitária, a detecção de casos, o rastreamento e gerenciamento de contato, bem como o monitoramento da atividade do vírus nos territórios. Como medidas de saúde pública em nível populacional, recomendou a higienização das mãos e o distanciamento social[9].

No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença foi reportado em 26 de fevereiro, no estado de São Paulo. Diante da preocupação com o impacto sanitário, social e econômico na sociedade brasileira, medidas começaram a ser implementadas pelas diversas autoridades políticas, buscando conter a disseminação dos casos e preservar vidas. No âmbito do distanciamento social, que visa a atenuar ou interromper a cadeia de transmissão do vírus, uma das primeiras medidas a serem adotadas pelo Governo Federal, estados e municípios foi a suspensão das atividades acadêmicas presenciais[10,11], instando as instituições de ensino e educadores a replanejarem o calendário acadêmico e a implementarem atividades de ensino-aprendizagem remotas. Tal fato também impactou nas

atividades desenvolvidas pelo PET-Saúde/Interprofissionalidade, cuja proposta se baseia no trabalho interativo e colaborativo entre estudantes e profissionais de saúde nos cenários do SUS.

Na conjuntura inicial da pandemia, visando à preservação dos estudantes e constatada a grave interrupção no fornecimento global de equipamentos de proteção individual (EPI)[12], as atividades do programa planejadas nos serviços de saúde foram interrompidas, apesar da discordância de alguns representantes das secretarias de saúde locais, que acreditavam que os alunos deveriam permanecer nos serviços para apoiar os esforços de enfrentamento da doença, tal como vinha advogando o Governo Federal[13]. Este que, por meio do Ministério da Educação, liberou estudantes de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia a realizarem o estágio curricular obrigatório em unidades de saúde durante a pandemia[14]; e autorizou antecipação de colação de grau desses estudantes, desde que estivessem no último ano de formação e tivessem cumprido pelo menos 75% da carga horária prevista para o internato ou estágio supervisionado[15]. Medidas semelhantes foram adotadas por estados americanos. Na Alemanha, Austrália, Holanda e Dinamarca, por exemplo, incentivou-se a antecipação da formatura e o voluntariado de estudantes de medicina e enfermagem do último ano de graduação[16,17].

Contudo, tais proposições foram rechaçadas pelas entidades profissionais brasileiras e questionadas por estudiosos de outros países em razão da ausência de evidências que apoiassem a adoção de tais medidas, que poderiam significar exposição e transmissão do vírus, desperdício dos já limitados EPI, e risco para a segurança dos estudantes e dos pacientes, dado que os primeiros podem não ter experiência prática suficiente para serem uteis nas áreas mais críticas[13,18-20].

Fato é que a interrupção das atividades presenciais imprimiu um movimento de replanejamento das ações e a adoção de estratégias e métodos que oportunizassem o desenvolvimento dos projetos. Nesse prisma, a utilização das tecnologias digitais tornou-se fundamental para garantir a dinâmica do ensino e do trabalho remoto. Se, por um lado, perde-se as oportunidades das trocas singulares que acontecem no território de ação, neste caso, nas unidades básicas de saúde e na comunidade; de outro, sempre há um processo de aprendizagem envolvido na produção de novos arranjos, posto que são constituídos a partir de uma ressignificação do contexto analisado coletivamente[21].

A importância das ferramentas, plataformas e dos ambientes virtuais na

aprendizagem já é reconhecida pela literatura. Argumenta-se que os sistemas educativos não acompanham a velocidade e evolução dos saberes, carecendo, portanto, de soluções capazes de ampliar o esforço pedagógico dos formadores. Nessa esteira, advoga-se em favor das tecnologias como ferramentas viabilizadoras para o modelo de aprendizagem virtual e a Educação a Distância (EaD)[22,23]. Para que ocorram e sejam efetivas, no entanto, essas modalidades educacionais imprescindem de planejamento, materiais didáticos apropriados e profissionais docentes capacitados[24]. Mais, políticas de acesso a tecnologias e conectividade para docentes, tutores e alunos são requeridas, caso contrário, majora-se o risco do aprofundamento das disparidades educacionais. No Brasil, o acesso à internet e a ferramentas tecnológicas não é usufruto de todos. Pesquisa nacional revelou que 26% da população com dez anos ou mais (47 milhões) não acessa à internet; dessas, 45 milhões pertencem às classes econômicas C, D e E[25].

No contexto da crise sanitária, a adaptação apressada e improvisada da educação presencial para a EaD, ou melhor para o ensino remoto emergencial (nomenclatura que designa as práticas de ensino virtuais adotadas na pandemia e que não podem ser caracterizadas como EaD, pois esta tem regulamentação própria)[24] exacerbou as dificuldades enfrentadas por muitos integrantes do PET-Saúde, especialmente por alunos de instituições públicas socialmente vulnerabilizadas. Além dos desafios relativos à inclusão digital, também foram enunciadas as condições de moradia e de vida, nem sempre compatíveis com a concentração exigida pelos estudos, e o adoecimento de integrantes e/ou de seus familiares acometidos pela covid-19. Resultados semelhantes foram apresentados por estudo envolvendo mais de 500 estudantes de medicina, que também indicou o compartilhamento de equipamentos (computadores e *notebooks*) com outros membros da família como um limitante para o ensino remoto[26].

Não obstante, o uso das tecnologias digitais intensificou os encontros dos grupos tutoriais, agora virtuais, durante os quais se despende mais tempo planejando novas ações a serem desenvolvidas e adaptadas para esse contexto, mas que também funcionam como momentos de acolhimento e de apoio. Sobre isso, a pandemia trouxe muitas mudanças na forma como os indivíduos vivem e se relacionam. Evidências apontam que a crise sanitária elevou o estado de angústia e a prevalência de sofrimento psicológico e de sintomas depressivos entre italianos e estadunidenses, sobretudo nos jovens adultos, pessoas de baixa renda e pessoas

expostas a mais estressores, como perda de emprego, problemas financeiros e infecção e/ou morte de alguém próximo por covid-19[27-30].

No Brasil, os estudos sobre o tema ainda estão em andamento; mas, no Rio Grande do Sul, constatou-se que ter renda diminuída durante a pandemia, ser do grupo de risco e estar mais exposto a informações negativas sobre a crise sanitária são fatores que podem provocar maior prejuízo na saúde mental[31]. Entre estudantes de medicina, a prevalência com indícios de sofrimento psíquico foi de 62,8%; e a proporção dos que apresentaram ideação suicida foi de 9,1%. Entre os fatores de risco correlacionados estão a má adaptação ao ensino a distância, dificuldade de concentração, morar com alguém que precisa trabalhar fora de casa, ser incapaz de manter hábitos saudáveis e ter medo de ser infectado pelo vírus[32].

É preciso ressaltar que um dos componentes dos grupos tutoriais do PET-Saúde, o preceptor, precisa não apenas enfrentar os desafios cotidianos do trabalho que incluem infraestrutura e condições laborais precárias e sobrecarga de trabalho, mas dispor de mais energia e capacidade de resiliência para experienciar as adversidades da pandemia. Além de estarem mais suscetíveis ao adoecimento e morte por covid-19, os profissionais de saúde também estão mais propensos ao desenvolvimento de sofrimento mental[33,34].

No Brasil, essa situação se reflete no cenário epidemiológico da pandemia entre os profissionais da saúde. Nessa população, até o dia 29 de março de 2021 foram notificados mais de 240 mil casos de síndrome gripal suspeitos de covid-19 no e-SUS Notifica. Destes, 28,7% foram confirmados. O número de óbitos disponibilizado pelo Ministério da Saúde não reflete o total dos acometidos pela doença no país, mas se sabe que pelo menos 220 profissionais morreram em decorrência de síndrome respiratória aguda grave causada pelo Sars-CoV-2[35]. Os Conselhos Federais de Enfermagem e Medicina registraram até o momento, 14 de abril de 2020, 763 e 727 óbitos de profissionais de enfermagem e de médicos, respectivamente[36,37].

Sobre a saúde mental, dados preliminares do estudo *Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19,* realizado pelo Fundação Oswaldo Cruz, apontam que, dos mais de 15 mil entrevistados, 43,2% não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da doença, 18% sentem medo generalizado de se contaminar no trabalho e 14% estão no limite da exaustão. As alterações no cotidiano mais relatadas foram perturbação do sono, irritabilidade,

choro frequente, incapacidade de relaxar e estresse. Pensamentos negativos, incluindo ideação suicida, foram reportados por 8,3%[38].

Fato é que a incerteza, o medo, as rotinas diárias alteradas e o isolamento social afetaram drasticamente a vida das pessoas, sendo recomendável que elas contem umas com as outras para conexões e estratégias de enfrentamento para aliviar o peso da crise em sua saúde mental[39]. Muitas pesquisas demonstraram o efeito protetor do suporte social percebido na saúde mental em situações estressantes[40-42]. Nessa perspectiva, a conformação de uma rede de apoio no contexto do PET-Saúde pode ser considerada estratégia humanizadora e potente para o arrefecimento da solidão e da angústia.

Os resultados de nosso estudo também mostraram que a pandemia instou os grupos tutoriais a apoiar as secretarias de saúde no enfrentamento da pandemia. A ação de apoio predominante foi o monitoramento de usuários por meio de ligações telefônicas e aplicativos de mensagem. Esse telemonitoramento não se restringiu aos casos de coronavírus; também incluiu o seguimento de gestantes, crianças, usuários de saúde mental e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. A participação de estudantes da saúde em atividades de monitoramento remoto durante a pandemia também foi reportada por outras pesquisas[43,44].

Na impossibilidade de atuação presencial nos campos de prática, a realização do telemonitoramento possibilitou aos alunos a vivência de ações de cuidado e o desenvolvimento de competências com correspondência na atenção básica, a exemplo da comunicação, educação em saúde e vigilância em saúde. Mais, as ações também permitiram a manutenção do vínculo com a comunidade, evitou que os usuários ficassem desassistidos e que buscassem as unidades básicas desnecessariamente. Outros benefícios do monitoramento remoto citados pela literatura incluem a otimização das agendas dos profissionais de saúde para o atendimento presencial[45], identificação precoce de problemas de saúde, redução dos gastos, otimização da capacidade de atenção e, no caso da covid-19, minimização do risco de transmissão viral[46,47].

Os grupos tutoriais também investiram na educação em saúde por meio das mídias sociais, sobretudo Instagram, WhatsApp e Youtube. Por serem gratuitas e removerem as barreiras físicas que tradicionalmente impedem o acesso a recursos e suporte de saúde, essas redes sociais facilitam a interatividade, o consumo e o compartilhamento de informações de saúde[48-50]. Os “petianos” se valeram dessas

mídias para disseminar informações baseadas na ciência, em contraposição à avalanche de *fake news* que vêm sendo veiculadas desde o início da pandemia, outro problema a ser enfrentado pelos profissionais de saúde nesta Era da Informação[51].

Simultaneamente à pandemia de covid-19, outro fenômeno tem ganhado relevo: a infodemia, termo atribuído ao efeito negativo do crescente volume de informações sobre um determinado tema, nem sempre verdadeiras, que podem se multiplicar e disseminar em um curto período, e levar instituições e pessoas a tomar decisões contraproducentes para os interesses coletivos[52].

No cenário pandêmico brasileiro, as *fake news* se somam à descoordenação e desorganização da vacinação, ao desabastecimento de oxigênio e de medicamentos para intubação, à superlotação de leitos de terapia intensiva e ao negacionismo científico que tem como seu principal expoente o Presidente da República[53,54]. Este que, segundo pesquisa que analisou as mais de 3 mil normas de resposta à covid-19 editadas pela União, operou uma estratégia institucional de propagação do vírus[55].

Nessa conjuntura, *lives*, *podcasts* e *posts* foram produzidos interprofissionalmente por estudantes de diferentes cursos, com o apoio dos tutores e preceptores, a fim de conscientizar a população sobre a importância da vacinação, higienização das mãos, distanciamento social, uso de máscaras e ineficácia do chamado “tratamento precoce” – financiado e difundido pelo Governo Federal[54]. O uso das mídias sociais como plataformas de educação em saúde pode promover a adoção de práticas individuais benéficas à saúde coletiva, bem como maior aproximação da comunidade acadêmica com a população. Pontua-se, no entanto, que essas ações podem não alcançar os usuários digitalmente excluídos, o que torna imprescindível o emprego de métodos diversificados para a disseminação de informações, como relato por experiência paraense que estabeleceu uma parceria com a rádio local, visando alcançar as populações mais vulneráveis e que não possuem acesso à internet[56].

CONCLUSÕES

Consoantes às orientações científicas internacionais de distanciamento social e certos da importância de manter-se a integração ensino-serviço-comunidade, os integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade precisaram replanejar suas

atividades para o ambiente virtual. Para tanto, se alicerçaram no uso das tecnologias de comunicação digitais para a promoção de encontros semanais, nos quais o acolhimento e o apoio mútuo têm abrandado a sensação de solidão.

Até o momento da coleta de dados, as estratégias de monitoramento remoto de usuários e a educação em saúde nas mídias sociais eram as ações de enfrentamento da covid-19 mais desenvolvidas no âmbito dos projetos PET-Saúde do estado do Rio de Janeiro. Os diferentes movimentos de adaptação dos grupos tutoriais ao contexto pandêmico permitiram a continuidade segura dos projetos, apoio ao combate da doença, manutenção do vínculo com a comunidade e promoveu o despertar da criatividade e da empatia.

Os movimentos empreendidos pelos grupos tutoriais reafirmam a integração ensino-serviço-comunidade como fio condutor dos processos de reorientação da formação. Mais, as ações desempenhadas, planejadas e estruturadas coletivamente, respeitando-se as limitações e vulnerabilidades dos estudantes, preceptores e tutores, demonstram que é possível apoiar o enfrentamento da pandemia de covid-19, e ensinar e aprender a partir da realidade cotidiana dos serviços de saúde, mesmo não estando lá, na linha de frente.

REFERÊNCIAS

1 França T, Magnago C, Santos MR, Belisário SA, Silva CBG. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. Saúde Debate;42(spe2):286-301. https://doi.org/10.1590/0103-11042018s220

2 Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Saúde debate;43(spe1):97-105. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s108

3 Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface (Botucatu).2016;20(56):185-97. http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092

4 Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. J Interpr Care. 1998;12(2):181-7. https://doi.org/10.3109/13561829809014104

5 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass Covid-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr. 14]. Available from: https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/

6 Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2020; 29:e2020222. https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009

7 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

8 World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Jan 29]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline

9 World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 19 mar 2020.

10 Silva LLS, Lima AFR, Polli DA, Razia PFS, Pavão LFA, Cavalcanti MAFH et al. Social distancing measures in the fight against COVID-19 in Brazil: description and epidemiological analysis by state. Cad Saúde Pública. 2020;36(9):e00185020. https://doi.org/10.1590/0102-311x00185020

11 Ministério da Educação. Portaria nº 343, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Diário Oficial da União, 18 mar. 2020. Seção 1, p. 39.

12 Cook TM. Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic - a narrative review. Anaesthesia. 2020;75(7):920-7. https://doi.org/10.1111/anae.15071

13 Franzoi MAH, Cauduro FLF. Participation of nursing students in the COVID-19 pandemic. Cogitare Enfermagem 2020;25:e73491. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73491

14 Ministério da Educação. Portaria nº 356, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a atuação dos alunos dos cursos da área de saúde no combate à pandemia do COVID-19 (coronavírus). Diário Oficial da União, 20 mar. 2020. Seção 1, p. 1.

15 Ministério da Educação. Portaria nº 383 de 09 de abril de 2020. Dispõe sobre a antecipação da colação de grau para os alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, como ação de combate à pandemia do novo coronavírus - Covid-19. Diário Oficial da União, 13 abr. 2020. Seção 1, p. 24.

16 Rasmussen S, Sperling P, Poulsen MS, Emmersen J, Andersen S. Medical students for health-care staff shortages during the COVID-19 pandemic. Lancet. 2020 May 2;395(10234):e79-e80. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30923-5

17 Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, Mackenzie A, Nancarrow S et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. Hum Resour Health. 2020;18:83. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00529-0

18 Hayter M, Jackson D. Pre-registration undergraduate nurses and the COVID-19 pandemic: Students or workers? J Clin Nurs. 2020;29(17-18):3115-6. https://doi.org/10.1111/jocn.15317

19 Menon A, Klein EJ, Kollars K, Kleinhenz ALW. Medical Students Are Not Essential Workers: Examining Institutional Responsibility During the COVID-19 Pandemic. Acad Med. 2020;95(8):1149-1151. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003478

20 Iserson KV. Augmenting the Disaster Healthcare Workforce. West J Emerg Med. 2020;21(3):490-6. https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47553

21 Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

22 Lévy P. Cibercultura. São Paulo: Editora 34; 1999.

23 França T, Rabello ET, Magnago C. Digital media and platforms in the Permanent Health Education field: debates and proposals. Saúde debate. 2019;43(spe1):106-15. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s109

24 Macebo D. Trabalho remoto na Educação Superior brasileira: efeitos e possibilidades no contexto da pandemia. Revista USP. 2020;127:105-116. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i127p105-116

25 Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (Ed.). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2019. São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2020.

26 Appenzeller S, Menezes FH, Santos GG, Padilha RF, Graça HS, Bragança JF. Novos tempos, novos desafios: estratégias para equidade de acesso ao ensino remoto emergencial. Rev Bras Educ Med. 2020;44(supl. 1):e155. http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200420

27 Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(9):3165. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17093165

28 Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. JAMA Netw Open; 3(9):e2019686. http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686

29 McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. JAMA. 2020;324(1):93-4. http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.9740

30 Breslau J, Finucane ML, Locker AR, Baird MD, Roth EA, Collins RL. A longitudinal study of psychological distress in the United States before and during the COVID-19 pandemic. Prev Med. 2021;143:106362. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106362

31 Duarte MQ, Santo MAS, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(9):3401-11. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020

32 Maia BR, Dias PC. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. Estud Psicol. (Campinas). 2020;37:e200067. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067

33 Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. Psychiatr Prax. 2020;47(4):190-7. http://dx.doi.org/10.1055/a-1159-5551

34 Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

35 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: doença pelo coronavírus - covid-19. Semana Epidemiológica 13. Brasília: Ministério da Saúde; 8 abr. 2021.

36 Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2021 14 Apr]. Available from: http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/

37 Conselho Federal de Medicina. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 14 Apr]. Available from: https://memorial.cfm.org.br/

38 Leonel F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. 2021 [cited 2021 14 Apr]. Available from: encurtador.com.br/enAFP

39 Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, Zheng X, et al. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. BMC Psychiatry. 2021;21:16(2021). https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1

40 Ichiro KL, Berkman F. Social ties and mental health. J Urban Health. 2001;78:458-67. https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458

41 Khan A, Husain A. Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. Psychol Rep. 2010;106:534-8. https://doi.org/10.2466/PR0.106.2.534-538

42 Eisman AB, Stoddard SA, Heinze J, Caldwell CH, Zimmerman MA. Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: a longitudinal study of resilience. Dev Psychol. 2015;51:1307-16. https://doi.org/10.1037/a0039501

43 Silveira RP, Costa JM, França SS, Pereira RCR, Lomonaco LA, Leal Junior OS. Projeto de ensino como apoio ao telemonitoramento dos casos de Covid-19. Rev Bras Educ Med. 2021;45(1):e050. http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200319

44 Menezes TMO, Freitas AVS, Pedreira LC, Amaral JB. Telemonitoring of Brazilian Nursing homes before Coronavirus and COVID-19 Infections. Rev Bras Enferm. 2020;73(suppl 2):e20200350. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0350

45 Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva RPP, et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. APS. 2020;2(2):189-6. https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.100

46 Silven AV, Petrus AHJ, Villalobos-Quesada M, Dirikgil E, Oerlemans CR, Landstra CP, et al. Telemonitoring for patients with COVID-19: recommendations for design and implementation. J Med Internet Res. 2020;22(9):e20953. https://doi.org/10.2196/20953

47 Boggan JC, Shoup JP, Whited JD, Voorhees EV, Gordon AM, Rushton S, et al. Effectiveness of acute care remote triage systems: a systematic review. J Gen Intern Med. 2020;35(7):2136-45. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05585-4

48 Ladaga FMA, Andrade G, Sartori A, Yamaguchi M. WhatsApp, uma ferramenta emergente para a promoção da saúde. EnciBio. 2018;15(28):1370-84.

49 Curran V, Matthews L, Fleet L, Simmons K, Gustafson D, Wetsch L. A Review of Digital, Social, and Mobile Technologies in Health Professional Education. J Contin Educ Health Prof. 2017;37(3):195-206. http://dx.doi.org/10.1097/CEH.0000000000000168

50 Markham MJ, Gentile D, Graham DL. Social Media for Networking, Professional Development, and Patient Engagement. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2017;37:782-7. http://dx.doi.org/10.14694/EDBK_180077

51 Treharne T, Papanikitas A. Defining and detecting fake news in health and medicine reporting. J R Soc Med. 2020;113(8):302-5. https://doi.org/10.1177/0141076820907062

52 Zarocostas J. How to fight an infodemic. Lancet. 2020;395(10225):676. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X

53 Dyer O. Covid-19: Bolsonaro under fire as Brazil hides figures. BMJ. 2020;369:m2296. https://doi.org/10.1136/bmj.m2296

54 Francisco O, Michael O. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. Glob Public Health. 2020;15(9):1257-77. https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1795223

55 Ventura DFL, Asano CL. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Boletim Direitos na Pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil. 2021;(10):6-31.

56 Carvalho LM, Nascimento FAA, Granato, RR, Damasceno OC, Teixeira FB, Sato DA. e-COVID Xingu: Mídias Sociais e Informação no Combate à Covid-19 em Altamira, Pará. Rev Bras Educ Med. 2020;44(supl. 1):e142 https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200392

7 DISCUSSÃO

O presente estudo traz uma análise sobre a edição PET-Saúde/Interprofissionalidade: um estudo de caso sobre o estado do Rio de Janeiro. A partir dos resultados foram elaboradas três artigos que respondem aos objetivos da pesquisa. A *posteriori* novos artigos serão tratados a partir da gama de material produzido. Foram 300 páginas de transcrição das falas dos atores das instituições de ensino e serviços caracterizados na amostra.

Em se tratando da EIP, cabe delinear os resultados obtidos na perspectiva das três dimensões centrais da realidade: macro, meso e micro, as quais, segundo Oandasan e Reeves (2005) precisam manter um diálogo estreito para que as iniciativas sejam bem-sucedidas e seus resultados se configurem para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A dimensão macro se refere às políticas de saúde e de educação que podem apoiar a realidade da formação e do trabalho em saúde. A dimensão meso se refere às organizações curriculares, definição dos programas dos cursos, metodologias de ensino e de aprendizagem, bem como avaliação da aprendizagem e dos programas. A dimensão micro se refere às relações interpessoais e interprofissionais no cotidiano da formação e do trabalho em saúde (OANDASAN; REEVES, 2005).

Como expressão da realidade analisada, apresenta-se, abaixo, uma estrutura sintética cujos achados reforçam as reflexões e debates sobre as evidências da edição PET-Saúde/Interprofissionalidade no estado do Rio de Janeiro.

PET-Saúde/Interprofissionalidade			
Evidências do estudo de caso do estado Rio de Janeiro			
Pressupostos da EIP e das práticas colaborativas aplicados no desenvolvimento dos projetos	**MACRO**	⬆	O PET-Saúde é uma política indutora para a formação e para a integração ensino-serviço-comunidade. O PET-Saúde é uma politica apoiado por bolsas. O PET-Saúde é visto como superação do Ministério da Saúde para com as iniciativas de formação em saúde, em especial a atual edição. O PET-Saúde é uma política inovadora, por implicar diretamente na qualidade da atenção, movida pelo trabalho em equipe, pela presença de diversos atores e pela APS como cenário propício ao ensino. A avaliação do Ministério da Saúde e a presença dos assessores gerou apoio e aprendizado.
		⬇	Carência no apoio institucional para o fortalecimeto da intergração ensino-serviço e para a continuidade e consolidação das ações e avanços conquistados com a edição Interprofissionalidade. O PET-Saúde é limitado a um pequeno número de instituições, cursos, estudantes, docentes e preceptores.
	MESO	⬆	O PET-Saúde ajuda a garantir o compromisso ético das instituições públicas com as políticas públicas. O PET-Saúde opera no rompimento de currículos tradicionais e de processos de formações estritamente uniprofissionais. Ensejou reformas curriculares, a criação de disciplinas interprofissionais e a propostas de introdução da educação interprofissional em outros níveis de ensino. Utilização de recursos pedagógicos interativos e contextuais que promovam o aprendizado compartilhado entre as diferentes profissões.
		⬇	O programa não representa uma política incorporada pelas instituições de ensino.
	MICRO	⬆	O PET-Saúde em sua proposta Interprofissionalidade instigou a introdução dos pressupostos da EIP nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem. A pandemia de covid-19 propiciou o desenvolvimento de atividades interprofissionais de apoio às secretarias de saúde e à comunidade, mediante o uso de tecnologias e

			mídias sociais. As ações realizadas propiciaram uma atuação comprometida, coloborativa e corresponsável, engendrou movimentos de escuta, de reconhecimento dos diferentes papeis profissionais e estimulou a adoção de uma nova postura profissional. Construções na forma de ensinar, tomando o usuário como centro das ações, estreitando relações com as comunidades, na busca por mobilizações, por envolvimento com os movimentos sociais, nas discussões de gênero, raça, na escuta qualificada e sensível ao usuário. O aprendizado interprofissional torna visíveis as possibilidades de saída do nicho profissional, por vezes referido como nicho comunicativo, onde cada profissão se apropria de uma linguagem específica a sua atuação.
		↓	**Não se aplica**
Dificuldades enfrentadas e percebidas pelos integrantes do PET-Saúde no desenvolvimento da edição	**MACRO**	↑	**Não se aplica**
		↓	Barreiras político-sociais que refletem a realidade sociopolítica e a determinação social dos processos de saúde e doença, a exemplo da violência urbana. Sucateamento do sistema de saúde, cujo resultado prejudicial ao ensino interprofissional é a infraestrutura precária ou mesmo o fechamento de unidades de saúde e a rotatividade de profissionais.
	MESO	↑	**Não se aplica**
		↓	Engessamento das grades curriculares, que não possibilita momentos de encontros entre os estudantes de diferentes cursos. Há incompatibilidade de horários dos diferentes atores do PET Saúde. Rotatividade dos gestores universitários, uma vez que a mudança de gestão nem sempre permite a continuidade dos acordos estabelecidos em direção ao reordenamento dos processos formativos. Incipiência dos mecanismos de avaliação, que não oportunizam comprovar os benefícios do PET-Saúde e da EIP. Há uma carência de ações institucionais no que tange ao fortalecimento da integração entre o ensino e o serviço.
	MICRO	↑	**Não se aplica**

		↓	Atuação e cuidado fragmentado nos cenários do SUS como reflexo dos processos de formação uniprofissionais. A força dos silos profissionais e das relações de hierarquia e poder que afetam os processos de comunicação entre as diferentes categorias profissionais, e entre os atores do ensino e serviço.
Implicações da Covid-19 no desenvolvimento das atividades do PET-Saúde	**MACRO**	↑	**Não se aplica**
		↓	Interrupção abrupta das atividades presenciais do PET-Saúde, em decorrência da pandemia. Condições socioeconômicas, que limitaram o uso das tecnologias digitais pelos atores do PET-Saúde, principalmente estudantes. Parcela da população usuária do SUS não possui acesso a tecnologias conectadas à internet.
	MESO	↑	A situação de excepcionalidade provocada pela pandemia, instou os integrantes do PET-Saúde a empreender movimentos de replanejamento e de construção de estratégias não presenciais, que não apenas considerassem os objetivos do programa e os preceitos da EIP, mas também as demandas emergidas pela Covid-19. Foram estabelecidos movimentos de adaptação para o uso rotineiro de tecnologias digitais, e de compreensão dos problemas estruturais da vida real que limitam o acesso e a utilização dessas tecnologias pelos atores do PET-Saúde. A pandemia desafiou os integrantes do PET-Saúde a propor e se engajar em estratégias que apoiassem as secretarias de saúde, contribuindo para melhorar o quadro sanitário imposto pela covid-19. Os grupos tutoriais, em especial os estudantes, também adentraram o mundo das mídias sociais, por meio das quais promovem ações de educação em saúde e engajamento comunitário, criação de perfis no Instagram, grupos no WhatsApp e organização de lives e podcasts. Confeccionaram também materiais físicos a serem distribuídos nas comunidades, em virtude das iniquidades que dificultam acesso a tecnolgias.
		↓	Dissenso sobre a atuação dos alunos nos serviços de saúde como fonte de apoio ao enfrentamento da pandemia, sobretudo em razão da escassez de profissionais para atendimento da demanda aumentada.

	MICRO	↑	O trabalho remoto intensificou as atividades intragrupos e aumentou a frequência dos encontros, agora virtuais, onde os participantes do programa buscaram planejar novas ações, estudar e aprender juntos, discutir casos e desenvolver pesquisas e produções bibliográficas. Os encontros virtuais deixaram de ser apenas momentos formais de planejamento, de delineamento de ações e de ensino; passaram a ser grupos de apoio, abrindo espaço para o acolhimento e a escuta. Movimentos de apoio extrapolaram os grupos tutoriais e se estenderam para a rede assistencial do território onde atuam.
		↓	Necessidade de ressignificar a dedicação dos preceptores às atividades do projeto, devido ao cenário da pandemia, a atuação na linha de frente e o impacto da pandemia na vida deles.

Legenda

Dimensão macro

Dimensão meso

Dimensão micro

↑ potencialidades

↓ fragilidades

Fonte: Autora, 2021.

As experiências institucionais estudadas elucidam o PET-Saúde como política indutora para a formação, cuja relevância se sobressai na edição Interprofissionalidade, caracterizada por processos de aprendizagem compartilhada, significativa e interativa. Os resultados convergem demonstrando como as dimensões micro, meso e macro estão relacionadas.

Ao se apresentar **os pressupostos da EIP e das práticas colaborativas aplicados no desenvolvimento dos projetos,** o PET-Saúde em sua dimensão macro se consolida como política catalizadora de mudanças e de integração ensino-serviço-comunidade. O programa é visto como uma inovação do Ministério da Saúde no que tange às iniciativas de formação em saúde, em especial a atual edição que transita pelos pressupostos da EIP e das práticas colaborativas. Constituiu-se um diferencial por implicar diretamente na qualidade da atenção, mediante o trabalho em equipe e por incetivar a presença de diversos atores nos cenários do SUS, entre

os quais a APS, considero espaço prioritário de atuação dos grupos tutoriais.

Ademais, os respondentes caracterizaram a avaliação empreendida pelo Ministério da Saúde, a partir da visita de assessores, como um momento de apoio e aprendizado. Um aspecto negativo no contexto da macrodimensão, que não garante a sustentabilidade da EIP para além do PET-Saúde/Interprofissionalidade é carência do apoio institucional e de investimentos que fortaleçam a integração ensino-serviço.

No âmbito da dimensão meso, o PET-Saúde ajuda a garantir o compromisso ético das instituições públicas com as políticas públicas, tem operado no rompimento de currículos tradicionais e formações estritamente uniprofissionais, resultando em reformas curriculares, criação de disciplinas interprofissionais e propostas de inclusão da abordagem em outros níveis educacionais. Porém, isoladamente, não tem conseguido abranger um maior número de atores, e não representa uma política incorporada pelas instituições de ensino. Ademais, embora reconheçam que a edição Interprofissionalidade provocou mudanças no ensino e no serviço, os atores do programa não dispõem de instrumentos de avaliação, indicadores e resultados sistematizados que demonstrem os impactos do programa.

Na perspectiva da dimensão micro, a edição Interprofissionalidade instigou a introdução dos pressupostos da EIP nos ambientes de ensino e serviço, engendrou movimentos de escuta, de reconhecimento dos diferentes papeis profissionais e estimulou o desenvolvimento de ações de interação, comunicação e de trabalho coletivo entre estudantes e profissionais de diferentes cursos de graduação. O PET-Saúde, alicerçado na proposta da EIP, foi referido como revolucionário, desafiador, gerador de resultados, ousado, contemporâneo e o caminho possível para a formação; pois, a partir dele é possível ver outra lógica, um percurso de ensino que faz mais sentido por ser mais integrado, ativo e promotor de novas posturas e novos modos de cuidar.

Um desafio adicional dos atores desta edição do PET-Saúde foi a **pandemia de covid-19** que exigiu dos grupos tutoriais o replanejamento das atividades antes desenhadas para o serviço e a construção de estratégias não presenciais, que não apenas considerassem os objetivos do programa e os preceitos da EIP, mas também as demandas emergidas pela crise sanitária. Por outro lado, a pandemia desafiou os integrantes do PET-Saúde a propor e se engajar em estratégias interprofissionais que apoiassem as secretarias de saúde no enfrentamento da doença, oportunizando o desenvolvimento de habilidades e competências

profissionais requeridas pelo contexto.

Os grupos tutoriais, em especial os estudantes, também adentraram o mundo das mídias sociais, por meio das quais promovem ações de educação em saúde e engajamento comunitário. Perceberam, nessas mídias, potencial para a introdução de uma nova perspectiva de ensino-aprendizagem, para a disseminação de informações baseadas na ciência e para a manutenção dos vínculos já estabelecidos com a comunidade no primeiro ano de desenvolvimento dos projetos.

Por se alicerçar na aprendizagem em serviço, o PET-Saúde é, *per si*, uma proposta educacional contextualizada na realidade. Nesta direção, os integrantes do programa se valeram dos diferentes dispositivos do cuidado em saúde como recursos pedagógicos de promoção do aprendizado compartilhado entre as diferentes profissões. São exemplos o consultório interprofissional, a visita domiciliar, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), os grupos educativos, os *rounds*, a discussão de casos clínicos e os projetos nas comunidades.

Por ser contextual e disparar ações que visam responder às demandas de saúde do território, o PET-Saúde promoveu a aprendizagem baseada na inclusão e centralidade do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas. Estes elementos foram mencionados pelos diferentes atores, cujos relatos demonstraram modos de aprender e de ensinar que tomam o usuário como centro das ações, e que se baseiam no estreitamento das relações com as comunidades na busca por mobilizações e inclusão dos movimentos sociais nas discussões e na condução dos serviços.

Apesar dos avanços alcançados, algumas **barreiras à implementação dos pressupostos das EIP e das práticas colaborativas se apresentaram aos integrantes do PET-Saúde**. Na perspectiva macropolítica, as barreiras político-sociais refletem a realidade sociopolítica e a determinação social dos processos de saúde e doença. A violência urbana, especificamente, fragiliza a formação profissional, pois imprime limites à inserção de estudantes nos diferentes cenários do SUS, ao mesmo tempo que põe em risco a segurança de profissionais, estudantes, docentes e usuários. Ainda no que se refere aos serviços de saúde, a infraestrutura precária e a rotatividade de profissionais foram pontuadas como barreiras estruturais importantes à atuação interprofissional dos estudantes e profissionais na realidade do SUS.

No que se refere aos desafios impostos pelos processos administrativos e

logísticos das instituições de ensino, foram mencionados como barreiras institucionais o engessamento das grades curriculares, que não possibilita momentos de encontros entre os diferentes estudantes de saúde, condição precípua da abordagem interprofissional; e a rotatividade dos gestores universitários, uma vez que a mudança de gestão nem sempre permite a continuidade dos acordos estabelecidos em direção ao reordenamento dos processos formativos.

As barreiras profissionais e culturais expressam as relações hierárquicas e de poder entre as diferentes categorias profissionais, potencializando as dificuldades comunicativas e os conflitos interpessoais deflagrados no interior das instituições de ensino e dos serviços. Essa problematica evidencia a necessidade de superação do modelo de formação exclusivamente uniprofissional, que ainda perdura apesar das inúmeras políticas indutoras de reorientação do ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso, cujo cenário foi o estado do Rio de Janeiro, buscou analisar o desenvolvimento do PET-Saúde/Interprofissionalidade na perspectiva dos elementos teóricos-metodológicos da EIP e das práticas colaborativas. Para tanto, foram conduzidas entrevistas com 32 integrantes dos cinco projetos que tiveram como proponentes instituições de ensino também participantes da edição anterior do programa (PET-Saúde/GraduaSUS).

Evidenciou-se que a edição Interprofissionalidade promoveu processos robustos de integração, provocativos de um movimento inclusivo dos ideários da EIP e das práticas colaborativas, não apenas no âmbito intramuros da academia e dos serviços do SUS, mas também nos territórios onde se produz saúde. Assumindo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como foco central a mudança curricular sob os preceitos da interprofissionalidade, o PET-Saúde deflagrou experiências assertivas de ensino-aprendizagem nos cenários do SUS.

Além de mobilizar reformas curriculares e a criação de disciplinas alicerçadas nos preceitos da EIP, o programa conseguiu promover o desenvolvimento de um conjunto de atitudes e competências para a prática colaborativa. Destacam-se alterações de comportamento do estudante perante o coletivo, reconhecimento de suas próprias funções e dos diferentes papeis profissionais, aumento da implicação no exercício da coprodução e corresponsabilidade com a integralidade da atenção e com a melhoria dos resultados de saúde. Restou demonstrado que há disponibilidade dos atores do SUS para romper com os processos de ensino e de trabalho na saúde baseadas na hierarquização dos núcleos de saber e na fragmentação das práticas de saúde.

A edição ora em análise, em comparação com outras versões, demonstrou catalisar mais profundamente o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe colaborativo, centrado no usuário. Corresponde, assim, a uma prática educacional inovadora que se configurou num salto qualitativo ao incorporar entre os seus propósitos a reestruturação curricular com base nos pressupostos centrais da EIP. Por outro lado, vários elementos foram percebidos como barreiras à introdução dos elementos teórico-conceituais e metodológicos da EIP, os quais abrangem questões diretamente relacionadas aos indivíduos e às relações interpessoais; aos

ambientes de ensino, inclusos os cenários do SUS; e às macropolíticas sociais, educacionais e de saúde.

Uma preocupação latente é a sustentabilidade dos avanços alcançados na perspectiva dos pressupostos da EIP, o que requer apoio político e institucional. Há o desejo de que os currículos sejam, cada vez mais, repensados para além de quem participa do PET-Saúde, para que caso este se encerre ou mantenha-se limitado, a proposta e as mudanças conquistadas sejam sustentáveis institucionalmente.

Isto posto, para colocar a EIP em prática, alguns importantes desafios precisam ser superados nos níveis macro, meso e micropolíticos, abarcando fatores de ordem política, organizacional e relacional. Inclui-se, nesse sentido, maior investimento em qualificação docente; oferta de apoio financeiro e institucional; pactuação de acordos e compromissos entre os diferentes atores imbricados nos processos de formação; disponibilidade e uso de metodologias de ensino-aprendizagem interativas e contextuais e de mecanismos avaliativos que devem ser considerados pilares para o reconhecimento e efetividade da EIP.

Um outro desafio que se apresentou aos grupos tutoriais foi a pandemia de covid-19, que implicou no interrompimento das atividades presenciais em favor do isolamento social, uma das principais medidas adotadas para a contenção da doença. Consoantes às orientações científicas internacionais de distanciamento social e certos da importância de manter-se a integração ensino-serviço-comunidade, os integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade precisaram replanejar suas atividades para o ambiente virtual. Para tanto, se alicerçaram no uso das tecnologias de comunicação digitais para a promoção de encontros semanais, nos quais o acolhimento e o apoio mútuo abrandou a sensação de solidão.

Até o momento da coleta dos dados, as estratégias de monitoramento remoto de usuários e a educação em saúde nas mídias sociais eram as ações de enfrentamento da covid-19 mais desenvolvidas no âmbito dos projetos PET-Saúde do estado do Rio de Janeiro. Os diferentes movimentos de adaptação dos grupos tutoriais ao contexto pandêmico permitiram a continuidade segura dos projetos, apoio ao combate da doença, manutenção do vínculo com a comunidade e promoveu o despertar da criatividade e da empatia.

Depreende-se que os movimentos empreendidos pelos grupos tutoriais reafirmam a integração ensino-serviço-comunidade e a EIP como fios condutores dos processos de reorientação da formação. Mais, as ações desempenhadas,

planejadas e estruturadas coletivamente, respeitando-se as limitações e vulnerabilidades dos estudantes, preceptores e tutores, demonstraram que é possível ensinar e aprender a partir da realidade cotidiana dos serviços de saúde, mesmo no contexto pandêmico.

O entendimento de que a EIP opera na interface entre os sistemas de educação e saúde e que os princípios e diretrizes do SUS patrocinam o desenvolvimento das práticas colaborativas são elementos que sustentam o valor para sua implementação no Brasil. Isto considerado, justifica-se intensificar a sua utilização, conhecer mais sobre sua proposta e priorizar investimentos em experiências interprofissionais.

Por seu caráter exploratório e qualitativo, este estudo abre possibilidades para o desenvolvimento de inúmeras outras pesquisas que tentem superar as limitações deste estudo que residem no desenho metodológico adotado. Uma delas diz respeito ao cenário do estudo, restrito a uma única unidade da federação. Outro ponto limitante pode ter sido a representação amostral, correspondente a 32 sujeitos de apenas cinco projetos institucionais.

Uma limitação da pesquisa exploratória, representada aqui pelas entrevistas, é que elas dependem da interpretação do pesquisador com base nas declarações fornecidas. As inferências produzidas sobre os depoimentos podem ter sofrido influência das percepções do próprio investigador, o que se tentou coibir mediante diálogo com achados de outras pesquisas.

Acredita-se, no entanto, que o ineditismo e teor qualitativo do estudo sobrepõe as possíveis limitações destacadas. Espera-se que as reflexões propostas nesta pesquisa possam contribuir para a ampliação do olhar sobre o programa e a abordagem interprofissional, sendo relevante empreender processos avaliativos abrangentes e permanentes que apoiem os direcionamentos necessários e assegurem ao PET-Saúde e à EIP um espaço de reconhecimento.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa:** a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes; 1982.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARR, H. Ensuring quality in interprofessional education. **CAIPE Bulletin**, n. 22, p. 2-3, 2003.

BARRETT, B.; CHARLES, J. W.; TEMTE, J. L. Climate change, human health, and epidemiological transition. **Preventive Medicine**, v. 70, p. 69-75, 2015. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.013

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, n. 38, p. 97-125, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010.** Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2010.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 ago. 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 agosto de 2001**. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Brasil: Ministério da Saúde, 1963. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde.** Recursos humanos para as atividades de saúde. Anais da IV Conferência Nacional de Saúde.

Brasil: Ministério da Saúde, 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Brasil: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **6ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Brasil: Ministério da Saúde, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde.** Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 1980.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. **Cadernos RH saúde**, Ano 1, v. 1, n. 1, nov, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender SUS:** O SUS e os cursos de graduação da área de saúde. Brasília: 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** Relatório Final. Brasil: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Reconhecimento de 14 categorias profissionais de saúde de nível superior. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 2, n. 1, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde:** conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.101, de 03 de novembro de 2005.** Institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº. 3019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação**. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, 27 ago 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a 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 dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 fev. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010**. (Revogada pela PRT GM/MS nº 2.546 de 27.10.2011). Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 623, de 27 de abril de 2005.** Institui a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015.** Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002.** Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as

Escolas Médicas (PROMED). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 abr. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.** Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União, Brasília, DF, out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 509, de 10 de março de 2006.** Dispõe sobre a institucionalização do Programa de Multiplicação de Conhecimentos sobre o SUS (MULTIPLICASUS) no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil:** Vivência e Estágio na Realidade do SUS. Brasília: MS, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS:** Desprecariza SUS - perguntas & respostas. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

Saúde. **Edital nº 12, de 3 de setembro de 2008**. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009**. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 set 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde:** a política e suas ações. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 07, de 03 de março de 2010.** Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 mar 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 27, de 17 de setembro de 2010.** Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Saúde Mental – Crack, Álcool e outras Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria Conjunta GM/MS nº11 de 28 de dezembro de 2010.** Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS), no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS: políticas e ações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011.** Seleção de projetos de instituições de ensino superior no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET- Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 28, de 22 de novembro de 2012**. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Vigilância em Saúde 2013/2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 14, de 08 de março de 2013.** Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Rede de Atenção à Saúde 2013/2015. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015.** Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde: PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 165, de 4 de abril de 2016**. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/**GraduaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 10, de 23 de julho de 2018.** Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde: PET-Saúde/Interprofissionalidades - 2019/2020. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. Informe Institucional. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 373-378, 2002b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001.** Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, fev. 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2011.

CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. **Introdução à educação Interprofissional**. Reino Unido: CAIPE, 2013.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, 2006. p. 8-11.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework.** Vancouver, Canada: CIHC; 2010.

CARVALHO, S. B. O.; DUARTE, L. R.; GUERRERO, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trabalho, Educação, Saúde**, v. 13, n. 1, p. 123-144, 2015.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p. 259-278.

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

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018.

CRUZ, M. L. S. et al. Perfil das Atividades Complementares dos Graduandos em Medicina pela Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009-2017. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 265-275, 2019. https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190026

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.

FARIAS-SANTOS, B. C. S.; NORO, L. R. A. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 997-1004, 2017.

FRANÇA, T. et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 286-301, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S220

FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 28-39.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, 2010. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas 2010.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012

HADDAD, A. E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, supl. 1, p. 3-4, 2012.

LEAL, J. A. L. et al. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 361-371, 2015. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0107.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. https://doi.org/10.1590/1413- 81232015213.08182015

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” anos 80. **Physis**, v. 1, n 1, p. 77-96, 1991.

MAGNAGO, C. et al. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. In: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; DIAS, M. A. (Org.). **Educação e trabalho:** interface com a gestão em saúde. Natal, RN: Uma, 2020. p. 245-271.

MAGNAGO, C. et al. PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 24-39, 2019. doi: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S102

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013. https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2004/2005.

MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M. A.; VASCONCELOS, M. I. O. Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 514-31, 2016. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a1682.

MORAIS, R. R. F. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trabalho, Educação, Saúde**, v. 10, n. 3, p. 541-51, 2012.

MOREIRA, M. A. **Teorias de aprendizagem**. EPU: São Paulo, 1999.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, p. 39-48, 2005.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução CSP29/10:** Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. OMS/OPAS: Washington, D.C., 2017.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

PAIVA, C. H.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 929-940, 2008.

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**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

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

PIERANTONI, C. R. et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPECS: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. D. Apresentação. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Educação e Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

PIERANTONI, C.R.; MAGNAGO, C. Tendências das graduações em Saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 57, p. 30-43, 2017

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2013, n. 3, CD002213, 2013. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

SANTOS, F. M. D. **A qualificação profissional e a política nacional de educação permanente em saúde:** considerações sobre o Pró-Saúde e o Pet-Saúde. 2016, 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS, K. T. et al. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 6, p. 420-425, 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000600005.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F.; ALMEIDA, O. S. Iniciação científica a partir de estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 255-260, 2015.

SAYD, J. D.; VIEIRA JUNLOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis**, v. 8, n. 2, p. 165-195, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 12, p. 19-23, 1996.

VEITIA ACOSTA, A. C. et al. The process of formation of student leaders from the University Outreach Department in the degree of Physical Culture. **Podium. Revista de Ciencia y Tecnología em la Cultura Física**, v. 15, n. 3, p. 534-549, 2020.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 3, p. 246-260, 2016.

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

XAVIER, N. F. Et al. PET-Saúde: O Impacto do Programa na Formação do Profissional Médico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 37-44, 2018. https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n1.26911.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa: do início ao fim**. Porto alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A - Questionários para a caracterização dos participantes

Sujeitos: acadêmicos

PET-SAÚDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada PET-SAUDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro, conduzida por Rachel Brinco de Souza, e orientado pela Dra. Tania França. Este estudo tem por objetivo geral: analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro. E objetivo específico: conhecer a percepção dos coordenadores, tutores, preceptores e acadêmicos do Pet-saúde sobre a formação dos “petianos” no Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) por representar um dos projetos PET-Saúde Interprofissionalidade aprovados no Estado do Rio de Janeiro e por ser coordenador do mesmo. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

Este formulário tem o intuito de caracterizar os membros da pesquisa com dados objetivos.

Curso/formação:

Período acadêmico:

Participação em atividades acadêmicas:

( ) Pesquisa

( ) Extensão

( ) Iniciação científica

( ) Atividades extracurriculares

( ) Outros: _____

Como soube do PET-Saúde edital Interprofissionalidade?

( ) divulgação na página da instituição de ensino

( ) Amigos

( ) Professores

( ) outros: _____

Sujeitos: coordenadores, tutores e preceptores

PET-SAÚDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada PET-SAUDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro, conduzida por Rachel Brinco de Souza, e orientado pela Dra. Tania França. Este estudo tem por objetivo geral: analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro. E objetivo específico: conhecer a percepção dos coordenadores, tutores, preceptores e acadêmicos do Pet-saúde sobre a formação dos “petianos” no Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) por representar um dos projetos PET-Saúde Interprofissionalidade aprovados no Estado do Rio de Janeiro e por ser coordenador do mesmo. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

Este formulário tem o intuito de caracterizar os membros da pesquisa com dados objetivos.

Curso/formação:

Maior titulação:

( ) graduação

( ) especialização

( ) residência

( ) mestrado

( ) doutorado

( ) outros

Tempo de formação:

Ocupação atual:

Participação em edições Pet-Saúde:

( ) 1ª vez /1ª edição que participa

( ) 2ª edição

( ) 3ª ou mais edições

APÊNDICE B - Roteiros das entrevistas individuais

Sujeitos: acadêmicos

Como está sendo sua experiência na edição atual PET-Saúde/Interprofissionalidade?

Os projetos PET-Saúde favorecem uma atuação articulada entre o ensino, o serviço e a comunidade?

O que está contemplado no projeto PET-Saúde/Interprofissionalidade no qual está inserido?

Como tem sido os processos de formação interprofissional em serviço e o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e para o trabalho colaborativo?

Há mudanças e avanços na formação a partir de ações de integração ensino-serviço-comunidade desenvolvidas no âmbito do PET-Saúde?

Como vocês são reconhecidos pelos profissionais de saúde/gestores/comunidade?

Diante das recentes medidas anunciadas pelo Ministério da Saúde para evitar a transmissão do novo Coronavírus, dentre elas as recomendações para evitar aglomerações, sabe-se que as atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade passaram a acontecer virtualmente. Quais estratégias estão sendo realizadas para envolver todos os perfis de participantes do projeto (tutores, preceptores, estudantes) e possibilitar a continuidade das ações previstas?

Pra você o que significa ser um acadêmico “petiano”?

Obrigada!

“Não desistir, nem desanimar da luta. Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido por desânimo, frouxidão e estafa física, mental e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter a consciência de que lutamos por nós e, solidariamente pelos muitos que ainda ou não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras”.

Gilson de Carvalho (1946-2014)

Sujeitos: coordenadores

Como está sendo sua experiência na edição atual PET-Saúde/Interprofissionalidade?

O que está contemplado no projeto PET-Saúde/Interprofissionalidade no qual está inserido?

Para a realização do PET-Saúde houve algum tipo de mobilização e adequação dos serviços para o desenvolvimento das atividades?

Com referência à IES, quais efeitos o PET-Saúde tem provocado na formação? Há (houve) mudanças curriculares na instituição de ensino?

Com relação a esta edição, comente sobre os grupos PET-Saúde e seus benefícios para a comunidade local.

Pensando no desenvolvimento da EIP e das práticas colaborativas, quais as potencialidades e as barreiras percebidas na realidade do trabalho em equipe quando da realização em ato das atividades de seu grupo?

Para você quem é o acadêmico “petiano”?

Existem diferenças e semelhanças entre os acadêmicos petianos e não petianos?

Diante das recentes medidas anunciadas pelo Ministério da Saúde para evitar a transmissão do novo Coronavírus, dentre elas as recomendações para evitar aglomerações sabe-se que as atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade, passaram a acontecer em modo virtualizado. Quais estratégias estão sendo realizadas para envolver todos os perfis de participantes do projeto (tutores, preceptores, estudantes)?

Na sua opinião, as edições PET-Saúde se traduzem em fixação nos serviços SUS de egressos “petianos”?

Obrigada!

“Não desistir, nem desanimar da luta. Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido por desânimo, frouxidão e estafa física, mental e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter a consciência de que lutamos por nós e, solidariamente pelos muitos que ainda ou não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras”.

Gilson de Carvalho (1946-2014)

Sujeitos: tutores e preceptores

Como está sendo sua experiência na edição atual PET-Saúde/Interprofissionalidade?

Os projetos PET-Saúde favorecem uma atuação articulada entre o ensino, o serviço e a comunidade?

O que está contemplado no projeto PET-Saúde/Interprofissionalidade no qual está inserido?

Como têm sido os processos de formação interprofissional em serviço e desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e para o trabalho colaborativo?

Há mudanças e avanços na formação a partir de ações de integração ensino-serviço-comunidade desenvolvidas no âmbito do PET-Saúde?

Com relação a esta edição, comente sobre os grupos PET-Saúde e seus benefícios para a comunidade local.

Pensando no desenvolvimento da EIP e das práticas colaborativas, quais as potencialidades e as barreiras percebidas na realidade do trabalho em equipe quando da realização em ato das atividades de seu grupo?

Para você quem é o acadêmico “petiano”?

Existem diferenças e semelhanças entre os acadêmicos petianos e não petianos?

Diante das recentes medidas anunciadas pelo Ministério da Saúde para evitar a transmissão do novo Coronavírus, dentre elas as recomendações para evitar aglomerações sabe-se que as atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade, passaram a acontecer em modo virtualizado. Quais estratégias estão sendo realizadas para envolver todos os perfis de participantes do projeto (tutores, preceptores, estudantes)?

Na sua opinião, as edições Pet traduzem fixação nos serviços SUS de egressos “petianos”?

Obrigada!

“Não desistir, nem desanimar da luta. Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido por desânimo, frouxidão e estafa física, mental e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter a consciência de que lutamos por nós e, solidariamente pelos muitos que ainda ou não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras”.

Gilson de Carvalho (1946-2014).

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **PET-SAUDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro**, conduzida por Rachel Brinco de Souza, e orientado pela Dra Tania França. Este estudo tem por objetivo geral: analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro. E objetivo específico: conhecer a percepção dos coordenadores, tutores, preceptores e acadêmicos do Pet-saúde sobre a formação dos “petianos”no Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) por representar um dos projetos PET-Saúde Interprofissionalidade aprovados no Estado do Rio de Janeiro e por ser coordenador do mesmo. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os potenciais riscos e desconfortos desta pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que o entrevistado não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto. Para minimizar esse desconforto será escolhido um local silencioso e com privacidade.

A participação no estudo, não é remunerada e nem implicará em gastos para os participantes onde eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa e que, caso ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa, o participante poderá buscar indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

Sua participação nesta pesquisa consistirá numa entrevista qualificada estabelecida inicialmente por um contato prévio por meio do correio eletrônico e telefônico, para que em data agendada e pré-estabelecida possa remontar sua experiência sobre a formação dos “petianos”.

A entrevista será presencial, realizada em local estabelecido pelo entrevistado (a) e terá duração média de (1) uma hora. Para registro do conteúdo das entrevistas, entre outras informações relevantes, será utilizado um gravador portátil.

O conteúdo das entrevistas seguirá um protocolo com os seguintes temas relevantes: Elaboração do projeto PET-Saúde; Adequação dos serviços e para o desenvolvimento das atividades PET-Saúde; Mudanças curriculares na instituição de ensino Grupos PET-Saúde e benefícios a comunidade local; Desenvolvimento da Educação; Interprofissional e das práticas colaborativas e Quem é o acadêmico “petiano” hoje.

Tal etapa subsidiará a etapa posterior onde será organizado um grupo focal regido por um roteiro com questões norteadoras, contendo dados pertinentes à caracterização da amostra e os depoimentos acerca da integração serviço ensino comunidade dos projetos Pet-Saúde. Os dados produzidos nesta etapa pertinentes à caracterização da amostra serão tratados e analisados por estatística descritiva no Microsoft excel e os depoimentos serão submetidos a análise descritiva.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e instituições participantes.

Espera-se com esse estudo contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não apenas através do PET-Saúde, como

por perspectivas de mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre instituições de ensino e gestões municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta.

Trazendo como benefícios para os participantes conhecimento sobre os efeitos da integração ensino serviço e comunidade na formação profissional e para a formação em saúde no SUS.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Contatos do pesquisador responsável e orientador:
Rachel Brinco de Souza – Doutoranda IMS-UERJ.
E-mail: kelbrinco@yahoo.com.br
Telefone: (24) 992887176
Orientadora: Tania França- Doutora em Saúde Coletiva – IMS-UERJ.
Cargo: Professora Adjunta IMS-UERJ
E-mail: taniafranca@ims.uerj.br
Telefone: (21) 2334-0235

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro.
CEP 20559-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211.
E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro,___de_____de_____.

Assinatura do (a) participante: : : _____

Assinatura do (a) pesquisador (a) : _____

ANEXO A - Pareceres de aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa

UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PET-SAÚDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro.
Pesquisador: Rachel Brinco de Souza
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 27845819.6.0000.5260
Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.899.608

Apresentação do Projeto:
Resumo: Os espaços de saúde compõem comunidades, que são cenários vivos e ampliados para aprendizagem, geradores da integração entre ensino serviço e comunidade, que permitem aos profissionais envolvidos (do serviço ou da instituição de ensino) e aos acadêmicos, a capacidade de produzir bens e serviços e, principalmente à construção e transformação da realidade local. Este projeto de tese surge da vontade em contribuir para o enfrentamento dos desafios, ainda presentes na Política de Educação Permanente em Saúde, com ênfase no fio condutor da integração ensino serviço comunidade: o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde. Trata-se de um Estudo de Caso sobre esse instrumento de transformação social, cujo cenário, será o Estado do Rio de Janeiro e seus municípios contemplados com os editais do programa PET- Saúde. Numa abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, parte do contexto da pesquisa Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PETSaúde/GraduaSUS e de inferências sobre seus resultados. Para analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro, diferentes fontes de dados serão combinadas como: editais Pet-Saúde e projetos homologados nos municípios pesquisados, entrevista semi-estruturada com os coordenadores dos projetos, análise de documentos e registros arquivais e entrevista em grupo com os participantes do PET-Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Tais etapas são assinaladas como

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

desafios e oportunidades, para a realização do Estudo de caso Rio de Janeiro. Espera-se contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não
apenas através do PET-Saúde, como por perspectivas de mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre Instituições de ensino e gestões municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta.

Metodologia Proposta: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso

Metodologia de Análise de Dados: A proposta metodológica para a produção dos dados será realizado um Estudo de Caso. A realização da pesquisa de estudo de caso compreende como um dos empreendimentos mais desafiadores das ciências sociais. E como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2015) Sendo assim, um estudo de caso permite que os investigadores foquem um "caso" e retenham uma perspectiva holística e do mundo real (YIN, 2015). Desta maneira o delineamento deste estudo (figura 6) consiste em: Para a analise documental, serão utilizados os dados secundários da Pesquisa Nacional: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS, Informações sobre a Integração ensino-serviço-comunidade.

Adicionalmente será realizada uma análise dos editais Pet-Saúde e projetos homologados nos municípios pesquisados. Para a Identificação dos sujeitos da pesquisa buscar-se-á num primeiro momento os resultados do PET-Saude edital nº 10 e posteriormente o mapeamento dos projetos a serem desenvolvidos

no período biênio de 2019 – 2020, contemplados no Estado do Rio de Janeiro Na definição desta amostra teremos como critérios de inclusão a participação dos municípios e instituições de ensino que apresentarem no mínimo dois projetos Pet-Saúde consecutivos, possibilitando caracterizar fielmente a representatividade do PET-saúde para preceptores e egressos. E como critérios de exclusão não apresentar tal quesito. Depois de explorado o conteúdo dos relatórios finais será realizada a apresentação da organização dos principais achados dentro dos limites que as informações possibilitarem discutir. A apresentação e discussão dos achados serão por análise reflexiva. Para a entrevista semi-estruturada: Esta será estabelecida por um contato prévio por meio do correio eletrônico e telefônico com os coordenadores dos projetos PET- Saúde do Estado do Rio de Janeiro, seguido da apresentação de um protocolo. Será aplicado nos meses julho de 2019 a setembro de 2019, para conhecimento da percepção dos coordenadores PET-saúde sobre os avanços na formação a partir de ações do PET-SaúdSaúde e a formação dos "petianos, propriamente dita. Os
encontros terão média de 60 minutos de duração, e serão registrados mediante autorização em gravador portátil, seguindo um roteiro com entrevistas
semiestruturada. Os dados produzidos nesta etapa pertinentes à caracterização da amostra serão tratados e analisados por estatística descritiva no Microsoft excel e os depoimentos serão submetidos a análise de conteúdo Bardin (2016).. Considerando que a entrevista será realizada em visita as Instituições proponentes do PET-Saúde, documentos, artefatos e registros arquivais apresentados no momento do encontro também corresponderão unidades de estudo. Para a entrevista em grupo, constituído como a última etapa

para a
coleta de dados, será aberto a participantes do PET-Saúde delimitando o quantitativo máximo de 4 membros/participantes por projeto que compõem o quadrilátero da formação, permitindo assim a participação de tutores, preceptores, alunos, gestores e usuários do SUS. Será realizado no período temporal de outubro de 2019 a janeiro de 2020, divididos em 2 encontros. O critério de inclusão adotado nesta etapa será: ser participante do PET-Saúde Interprofissionalidades, e que aceite a participar da pesquisa. O total de participantes será 30, distribuídos em gestores, tutores, preceptores e acadêmicos. O critério de exclusão: não ter disponibilidade por motivo de doença ou outro, que impeça o entrevistado de participar da coleta de dados. A entrevista em grupo será realizada em local previamente estabelecido e acordado pelo grupo e horário anteriormente definido e determinado pelo entrevistador. O sigilo de suas identidades será esclarecido e garantido.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro.
Objetivo Secundário: •Descrever as estruturas das Portarias e editais do programa PET-saúde no Brasil. •Comparar as estratégias adotadas pelas edições PET-saúde para fortalecer a integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro. •Conhecer a percepção dos gestores,coordenadores, preceptores e acadêmicos do PET-saúde sobre a formação dos "petianos" no Estado do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos: Os potenciais riscos e desconfortos desta pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que o entrevistado não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto. Para minimizar esse desconforto será escolhido um local silencioso e com privacidade.
Benefícios:

Contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não apenas através do PET-Saúde, como por perspectivas de mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre instituições de ensino e gestões municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta. Trazendo como benefícios para os participantes conhecimento sobre os efeitos da integração ensino serviço e comunidade na formação profissional e para a formação em saúde no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora propõe realizar um Estudo de Caso sobre do Programa de Educação pelo Trabalho e para Saúde (PET- Saúde) no Estado do Rio de Janeiro e nos municípios contemplados com os editais do programa PET- Saúde.

O PET-Saúde destina- se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família e constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A pesquisadora espera, por meio de uma pesquisa qualitativa, qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro.

A pesquisadora atendeu as recomendações anteriores:

Incluir outras instituições como co-participantes.

Realizado a inclusão das instituições co-participantes.página 66

Adicionada a carta de anuência da instituição do campus da UFRJ Macaé.

O cronograma foi alterado.página 78

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de anuência, informações básicas, projeto detalhado, TCLE, folha de rosto anexados.

Recomendações:

A pesquisadora atendeu as recomendações anteriore:

• Há mudanças e avanços na formação a partir de ações do Pet-Saúde com integração ensino-serviço-comunidade?

• Como os acadêmicos inseridos no Pet-Saúde são reconhecidos pelos profissionais de saúde/

UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

gestores/comunidade quanto ao quesito formação?
Descreveu que as entrevistas seriam presenciais. Página 67

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Ressaltamos a necessidade da pesquisa ser desenvolvida conforme delineada no protocolo. Havendo qualquer alteração no conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, instituições coparticipantes, sigilo, cronograma, etc) ou ainda, havendo necessidade de encaminhar algum documento (Comunicação de Início do Projeto, Carta de Autorização da Instituição, Envio de Relatório Parcial, etc), o pesquisador fica obrigado a informar através da Plataforma Brasil utilizando-se de Emenda ou Notificação conforme o caso assinalado. Deve-se ainda observar, segundo prevê a Resolução CNS nº 466/2012, a elaboração e apresentação de relatórios parciais durante a pesquisa, bem como o relatório final no encerramento da mesma. Enfatizamos que é OBRIGATÓRIA a apresentação da notificação de final de pesquisa através da opção "Enviar Notificação", cujos procedimentos estão descritos na Central de Suporte da Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1455080.pdf	20/02/2020 09:53:30		Aceito
Outros	carta_resposta.docx	20/02/2020 09:49:45	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	20/02/2020 09:49:19	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2020.doc	20/02/2020 09:48:39	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistagrupo.docx	16/02/2020 12:01:32	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciamacae.pdf	16/02/2020	Rachel Brinco de	Aceito

UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL / UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Outros	anuenciamacae.pdf	11:55:42	Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_uerj.pdf	13/01/2020 12:06:50	Marcia Luiza Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	06/01/2020 00:10:49	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauftj.pdf	05/01/2020 23:33:24	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauff.pdf	05/01/2020 23:32:54	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciafoa.pdf	05/01/2020 23:32:26	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistacoor.docx	05/01/2020 23:30:07	Rachel Brinco de Souza	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Março de 2020

Assinado por:
Rogerio Lopes Azize
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.lms.uerj@gmail.com

UERJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PET-SAÚDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro.
Pesquisador: Rachel Brinco de Souza
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 27845819.6.3003.5259
Instituição Proponente: Instituto de Nutrição
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.977.438

Apresentação do Projeto:
Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.
Os espaços de saúde compõem comunidades, que são cenários vivos e ampliados para aprendizagem, geradores da integração entre ensino
serviço e comunidade, que permitem aos profissionais envolvidos (do serviço ou da instituição de ensino) e aos acadêmicos, a capacidade de
produzir bens e serviços e, principalmente à construção e transformação da realidade local. Este projeto de tese surge da vontade em contribuir para
o enfrentamento dos desafios, ainda presentes na Política de Educação Permanente em Saúde, com ênfase no fio condutor da integração ensino
serviço comunidade: o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde. Trata-se de um Estudo de Caso sobre esse instrumento de
transformação social, cujo cenário, será o Estado do Rio de Janeiro e seus municípios contemplados com os editais do programa PET- Saúde.
Numa abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, parte do contexto da pesquisa Programa de Educação pelo Trabalho para a
Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS e de inferências sobre seus resultados. Para analisar o potencial transformador do projeto

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep.hupe.interno@gmail.com

PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro, diferentes fontes
de dados serão combinadas como: editais Pet-Saúde e projetos homologados nos municípios pesquisados, entrevista semi-estruturada com os
coordenadores dos projetos, análise de documentos e registros arquivais e entrevista em grupo com os participantes do PET-Saúde do Estado do
Rio de Janeiro. Tais etapas são assinaladas como desafios e oportunidades, para a realização do Estudo de caso Rio de Janeiro. Espera-se
contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não apenas através do PET-Saúde, como por perspectivas de
mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre instituições de ensino e gestões
municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Objetivo Primário:

Analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade
no Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

•Descrever as estruturas das Portarias e editais do programa PET-saúde no Brasil.

•Comparar as estratégias adotadas pelas edições PET-saúde para fortalecer a integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de
Janeiro.

•Conhecer a percepção dos gestores,coordenadores, preceptores e acadêmicos do PET-saúde sobre a formação dos "petianos" no Estado do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os participantes da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos

que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo de Caso sobre esse instrumento de transformação social: o PET- Saúde, cujo cenário, será o Estado do Rio de Janeiro e
seus municípios contemplados com os editais do programa PET- Saúde. Numa abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, parte do
contexto da pesquisa Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS e de inferências sobre
seus resultados. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado

2) Projeto de Pesquisa: Adequado

3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado

4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado

5) Cronograma: Adequado

6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado

7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_resposta.docx	20/02/2020 09:49:45	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	20/02/2020 09:49:19	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2020.doc	20/02/2020 09:48:39	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistagrupo.docx	16/02/2020 12:01:32	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciamacae.pdf	16/02/2020 11:55:42	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauffj.pdf	05/01/2020 23:33:24	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauff.pdf	05/01/2020 23:32:54	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciafoa.pdf	05/01/2020 23:32:28	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistacoor.docx	05/01/2020 23:30:07	Rachel Brinco de Souza	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Abril de 2020

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com

UFF - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - HUFMUFF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PET-SAÚDE: Uma análise sobre o Estado do Rio de Janeiro.
Pesquisador: Rachel Brinco de Souza
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 27645819.6.3002.5243
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.962.264

Apresentação do Projeto:
"Este projeto de tese surge da vontade em contribuir para o enfrentamento dos desafios, ainda presentes na Política de Educação Permanente em Saúde, com ênfase no fio condutor da integração ensino serviço comunidade: o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde. Trata-se de um Estudo de Caso sobre esse instrumento de transformação social, cujo cenário, será o Estado do Rio de Janeiro e seus municípios contemplados com os editais do programa PET- Saúde.
Numa abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, parte do contexto da pesquisa Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS e de inferências sobre seus resultados. Para analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro, diferentes fontes de dados serão combinadas como: editais Pet-Saúde e projetos homologados nos municípios pesquisados, entrevista semi-estruturada com os coordenadores dos projetos, análise de documentos e registros arquivais e entrevista em grupo com os participantes do PET-Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Tais etapas são assinaladas como desafios e oportunidades, para a realização do Estudo de caso Rio de Janeiro. Espera-se contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não apenas através do

PET-Saúde, como por perspectivas de mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre instituições de ensino e gestões municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta."

"Hipótese: Os espaços de saúde compõem comunidades, que são cenários vivos e ampliados para aprendizagem, geradores da integração entre ensino serviço e comunidade, que permitem aos profissionais envolvidos (do serviço ou da instituição de ensino) e aos acadêmicos, a capacidade de produzir bens e serviços e, principalmente à construção e transformação da realidade local.
O PET-Saúde foi destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família e constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).
Pensar no trabalho em equipe, no protagonismo dos integrantes e das comunidades na construção das atividades, na ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e no trabalho em saúde, é instigante tanto para a formação em saúde, quanto para a qualificação do sistema público de saúde.
Sendo assim, esta proposta de tese surge da vontade em contribuir para o enfrentamento dos desafios ainda presentes na Política de Educação Permanente em Saúde com ênfase no fio condutor integração ensino serviço comunidade, o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde.
Apresento como questões norteadoras os seguintes questionamentos sobre a educação permanente e a inserção do ensino nos serviços de saúde, mais especificamente o Pet-Saúde:
•Como os projetos Pet-Saúde favorecem a atuação articulada ensino e serviço e comunidade?
•Como as ações do Pet-Saúde podem ser elencadas tendo como cenário o Estado do Rio de Janeiro? Há mudanças e avanços na formação?
•Quais resultados são encontrados sobre a formação do acadêmico "petiano"?
•Como os acadêmicos inseridos no Pet-Saúde são reconhecidos pelos profissionais de saúde/ gestores/comunidade?

•As edições Pet traduzem fixação nos serviços SUS de egressos "petianos"?"

"Metodologia Proposta:
Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso"

"A proposta metodológica para a produção dos dados será realizado um Estudo de Caso.
A realização da pesquisa de estudo de caso compreende como um dos empreendimentos mais desafiadores das ciências sociais. E como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2015).
Sendo assim, um estudo de caso permite que os investigadores foquem um "caso" e retenham uma perspectiva holística e do mundo real (YIN, 2015). Desta maneira o delineamento deste estudo consiste em:
Para a análise documental, serão utilizados os dados secundários da Pesquisa Nacional: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS, Informações sobre a Integração ensino-serviço-comunidade.
Adicionalmente será realizada uma análise dos editais Pet-Saúde e projetos homologados nos municípios pesquisados.
Para a identificação dos participantes da pesquisa buscar-se-á num primeiro momento os resultados do PET -Saude edital nº 10 e posteriormente o mapeamento dos projetos a serem desenvolvidos no período biênio de 2019 – 2020, contemplados no Estado do Rio de Janeiro.
Na definição desta amostra teremos como critérios de inclusão a participação dos municípios e instituições de ensino que apresentarem no mínimo dois projetos Pet-Saúde consecutivos, possibilitando caracterizar fielmente a representatividade do PET-saúde para preceptores e egressos. E como critérios de exclusão não apresentar tal quesito.
Depois de explorado o conteúdo dos relatórios finais será realizada a apresentação da organização dos principais achados dentro dos limites que as informações possibilitarem discutir. A apresentação e discussão dos achados serão por análise reflexiva.
Para a entrevista semi-estruturada: Esta será estabelecida por um contato prévio por meio do

correio eletrônico e telefônico com os coordenadores dos projetos PET- Saúde do Estado do Rio de Janeiro, seguido da apresentação de um protocolo. Será aplicado nos meses julho de 2019 a setembro de 2019, para conhecimento da percepção dos coordenadores PET-saúde sobre os avanços na formação a partir de ações do PET-Saúde e a formação dos "petianos, propriamente dita.

Os encontros terão média de 60 minutos de duração, e serão registrados mediante autorização em gravador portátil, seguindo um roteiro com entrevistas semiestruturada.

Os dados produzidos nesta etapa pertinentes à caracterização da amostra serão tratados e analisados por estatística descritiva no Microsoft excel e os depoimentos serão submetidos a análise de conteúdo Bardin (2016).

Considerando que a entrevista será realizada em visita as Instituições proponentes do PET-Saúde, documentos, artefatos e registros arquivais apresentados no momento do encontro também corresponderão unidades de estudo.

Para a entrevista em grupo, constituído como a última etapa para a coleta de dados, será aberto a participantes do PET-Saúde delimitando o quantitativo máximo de 4 membros/participantes por projeto que compõem o quadrilátero da formação, permitindo assim a participação de tutores, preceptores, alunos, gestores e usuários do SUS. Será realizado no período temporal de outubro de 2019 a janeiro de 2020, divididos em 2 encontros presenciais.

O critério de inclusão adotado nesta etapa será: ser participante do PET-Saúde Interprofissionalidades, e que aceite a participar da pesquisa. O total de participantes será 30, distribuídos em gestores, tutores, preceptores e acadêmicos.

O critério de exclusão: não ter disponibilidade por motivo de doença ou outro, que impeça o entrevistado de participar da coleta de dados.

A entrevista em grupo será realizada em local previamente estabelecido e acordado pelo grupo e horário anteriormente definido e determinado pelo entrevistador. O sigilo de suas identidades será esclarecido e garantido."

"Desfecho Primário:

Evidencias do potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro."

UFF - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - HUFMUFF

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar o potencial transformador do projeto PET-Saúde à formação da assistência frente ao processo de integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro.

Objetivos Secundários:

•Descrever as estruturas das Portarias e editais do programa PET-saúde no Brasil.

•Comparar as estratégias adotadas pelas edições PET-saúde para fortalecer a integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro.

•Conhecer a percepção dos gestores,coordenadores, preceptores e acadêmicos do PET-saúde sobre a formação dos "petianos" no Estado do Rio de Janeiro."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam como riscos e benefícios:

"Riscos: Os potenciais riscos e desconfortos desta pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que o entrevistado não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto. Para minimizar esse desconforto será escolhido um local silencioso e com privacidade.

Benefícios: Contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não apenas através do PET-Saúde, como por perspectivas de mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre instituições de ensino e gestões municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta.

Trazendo como benefícios para os participantes conhecimento sobre os efeitos da integração ensino serviço e comunidade na formação profissional e para a formação em saúde no SUS."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O documento contendo as informações básicas do projeto não foi alterado. Porém, a pesquisadora elaborou uma carta de resposta com os cumprimentos de pendências feitos. As pendências foram cumpridas.

Quanto à solicitação de justificar o tamanho de amostra, este colegiado entende que o número de tutores, preceptores e acadêmicos é reduzido, por tanto, não existem critérios formais para a definição do tamanho de amostra em cada grupo.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.reit@id.uff.br

UFF - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - HUFMUFF

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O texto do TCLE foi corrigido, contendo toda a informação necessária para o entendimento da pesquisa pelos participantes da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o cumprimento de todas as pendências, o colegiado deste CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1521156.pdf	15/04/2020 13:24:03		Aceito
Outros	2cartarespostauff.doc	15/04/2020 13:23:00	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Brochura Pesquisa	versaoatual2020abr.doc	15/04/2020 13:22:25	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleuffabr.doc	15/04/2020 13:22:07	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	cartarespostauff.doc	31/03/2020 11:14:44	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Brochura Pesquisa	versaoatual2020.doc	31/03/2020 11:14:22	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	31/03/2020 11:14:06	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	carta_resposta.docx	20/02/2020 09:49:45	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	20/02/2020 09:49:19	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2020.doc	20/02/2020 09:48:39	Rachel Brinco de Souza	Aceito

UFF - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - HUFMUFF

Continuação do Parecer: 3.982.264

Outros	entrevistagrupo.docx	16/02/2020 12:01:32	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciamacae.pdf	16/02/2020 11:55:42	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciaufrj.pdf	05/01/2020 23:33:24	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauff.pdf	05/01/2020 23:32:54	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciafoa.pdf	05/01/2020 23:32:26	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistacoor.docx	05/01/2020 23:30:07	Rachel Brinco de Souza	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

NITEROI, 20 de Abril de 2020

Assinado por:
Adriana Rocha Britto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br

•Comparar as estratégias adotadas pelas edições PET-saúde para fortalecer a integração ensino-serviço e comunidade no Estado do Rio de Janeiro.

•Conhecer a percepção dos gestores,coordenadores, preceptores e acadêmicos do PET-saúde sobre a formação dos "petianos" no Estado do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os potenciais riscos e desconfortos desta pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que o entrevistado não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto,. Para minimizar esse desconforto será escolhido um local silencioso e com privacidade.

Benefícios:

Contribuir significativamente à efetivação da integração ensino serviço comunidade, não apenas através do PET-Saúde, como por perspectivas de mudanças com a aprendizagem compartilhada e colaborativa, fortalecimento da capacidade de gestão e apoio entre instituições de ensino e gestões municipais, além da valorização e conscientização dos profissionais sobre as transformações que a formação em saúde acarreta. Trazendo como benefícios para os participantes conhecimento sobre os efeitos da integração ensino serviço e comunidade na formação profissional e para a formação em saúde no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem delineado, sendo claro na sua relevância e proposições.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para análise deste projeto foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil

1 - Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado

2 - Projeto de Pesquisa: adequado

3 - Orçamento e fontes de financiamento: adequado

4 - Declaração negativa de custos: adequado

5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado

6 - Cronograma: ausente - adequado

7 - Anuência da Instituição cenário: adequado

8 - Currículos dos pesquisadores: adequado

9 - Instrumentos de coleta de dados: adequado

Recomendações:

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em Instituições Integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da Instituição.

As pesquisas realizadas em Instituições Integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em Instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de

patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1521155.pdf	15/04/2020 12:58:30		Aceito
Cronograma	cronogramario.doc	15/04/2020 12:56:40	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	declaneg.pdf	15/04/2020 12:55:09	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/04/2020 12:53:29	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	carta_resposta_rio.docx	15/04/2020 12:50:09	Rachel Brinco de Souza	Aceito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

Continuação do Parecer: 3.993.894

Outros	tania.docx	15/04/2020 12:49:17	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	rachel.doc	15/04/2020 12:49:00	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Brochura Pesquisa	versaoatual2020abr.doc	15/04/2020 12:47:40	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclerio.doc	15/04/2020 12:47:25	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	carta_resposta.docx	20/02/2020 09:49:45	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	20/02/2020 09:49:19	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2020.doc	20/02/2020 09:48:39	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistagrupo.docx	16/02/2020 12:01:32	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciamacae.pdf	16/02/2020 11:55:42	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauff].pdf	05/01/2020 23:33:24	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauff.pdf	05/01/2020 23:32:54	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciafoa.pdf	05/01/2020 23:32:28	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistacoor.docx	05/01/2020 23:30:07	Rachel Brinco de Souza	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Abril de 2020

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@yahoo.com.br

sobre a formação dos "petianos" no Estado do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
não há riscos inerentes a proposta ora apresentada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Em consenso com o Comitê, compreende-se que o projeto apresenta os elementos necessários para apreciação ética, e que em nada a fere, visto que o projeto já fora apreciado por outro comitê e apresenta termo de apresentação devidamente validado pelo Colegiado do Comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresentados e validados pelo Comitê

Recomendações:
Apesar de não ser tema ou tópico a ser verificado quanto ao aspecto ético, pede-se que analise melhor o caminho metodologico do trabalho. Entende-se que o desenho fica pouco explicito as diretrizes e os métodos apontados em certo ponto, nos dá o entendimento de que poderá não gerar a sinergia necessária para obtenção dos resultados. Todavia a proposta, no aspecto ético, ressalta-se em nada fere os aspectos nas relações éticas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Reiteramos atenção aos aspectos metodológicos do projeto, todavia em nada impede a consecução e continuidade de sua pesquisa, não havendo, de forma geral, sob o enfoque ético inadequações,lembrando que o projeto já fora apreciado pelo CEP de outra IES.

Considerações Finais a critério do CEP:
Solicito deferimento do Colegiado do Comitê, com o referendo em reunião online do CEP em 20/05/2020.
Colegiado: projeto aprovado. Vide parecer do Relator executante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_resposta.docx	20/02/2020 09:49:45	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.doc	20/02/2020 09:49:19	Rachel Brinco de Souza	Aceito

Investigador	projeto.doc	20/02/2020 09:49:19	Rachel Brinco de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2020.doc	20/02/2020 09:48:39	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistagrupo.docx	16/02/2020 12:01:32	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciamacae.pdf	16/02/2020 11:55:42	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauftj.pdf	05/01/2020 23:33:24	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciauff.pdf	05/01/2020 23:32:54	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	anuenciafoa.pdf	05/01/2020 23:32:28	Rachel Brinco de Souza	Aceito
Outros	entrevistacoor.docx	05/01/2020 23:30:07	Rachel Brinco de Souza	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

VOLTA REDONDA, 21 de Maio de 2020

Assinado por:
Marcus Vinicius Barbosa
(Coordenador(a))

ANEXO B - Carta de Aceite

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Carta de Aceite

O trabalho intitulado "Movimentos de adaptação das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no contexto da pandemia de covid-19", submetido em "12/05/2021" foi aceito para publicação e será publicado em até 30 dias na Revista Research, Society and Development - ISSN 2525-3409.

O trabalho é de autoria de:

Rachel Brinco de Souza, Carinne Magnago e Tania França.

São Paulo, 21 de maio de 2021.

Dr. Ricardo Shitsuka
Editor

rsdjournal.org | E-mail: rsd.articles@gmail.com | Whatsapp (11)98679-6000
Avenida Sulim Abramovite, 100 - Centro, Vargem Grande Paulista - SP, 06730-000