



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Luciana Alves Pereira

**O trabalho em equipe na graduação em saúde:
um olhar sobre o espaço de todos e de cada um**

Rio de Janeiro

2010

Luciana Alves Pereira

**O trabalho em equipe na graduação em saúde:
um olhar sobre o espaço de todos e de cada um**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, 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. Dr^a. Adriana Cavalcanti de Aguiar

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P436 Pereira, Luciana Alves

O trabalho em equipe na graduação em saúde: um olhar sobre o espaço de todos e de cada um / Luciana Alves Pereira. – 2010.
134 f.

Orientadora: Adriana Cavalcanti de Aguiar

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

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Instituições Acadêmicas.
3. Capacitação Profissional. 4. Práticas Interdisciplinares. 5. Integralidade em Saúde. 6. Assistência Integral à Saúde. I. Aguiar, Adriana Cavalcanti de. II Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2:005.64

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

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

Assinatura

Data

Luciana Alves Pereira

**O trabalho em equipe na graduação em saúde:
um olhar sobre o espaço de todos e de cada um**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, 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 30 de abril de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Cavalcanti de Aguiar (Orientadora)

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^a. Dr^a. Luciana Branco da Motta

Universidade da Terceira Idade – UERJ

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Maria Paula Cerqueira Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

A minha mãe amada, luz em meu caminhar, a minha irmã querida, meus lados destro e sinistro, muitas vezes minha respiração, aos meus amigos de alma, que não preciso nominar, pois eles o sabem assim, seres que me fazem sentir o amor tranquilo no cotidiano de meu viver.

AGRADECIMENTOS

(...) Muitas vezes basta ser:

colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove (...).

Cora Coralina

Nominar será um risco... Mas, afinal, estar vivo é arriscar-se cotidianamente.

A minha orientadora, parceira, companheira e amiga Adriana Aguiar. Aqui cheguei por você.

A Ruben Mattos, professor, referência e guia para o mundo e para a vida, por viver aquilo que diz.

A Laura Feuerwerker, Paula Cerqueira, Alcindo Ferla, Luciana Motta, Virginia Hortale, Maurílio Matos, Kenneth Camargo, por serem mais do que membros da banca de qualificação e defesa deste trabalho.

Aos que me habitavam antes dessa minha vida por aqui: Vera Rocha, Vera Mar, Jamile, Isis, Odete, Martha F., Gustavo, Liu Leal, Caco Xavier, Kika, Carla Centurião, Mara, Adriane, Fernando Ferrari, Fernando Rodrigues, Artur, Adriana Ivama, Laise, Liliana...

Aos que a cidade maravilhosa me presenteou para fazer brilhar ainda mais a vida: Carlos Otávio, Rodrigo Maranhão, Inês, Maria, Déco, Flávia, Dudu Melo, Antonio, Eduardo Arruda, Omar, Adriana, Jorge André, Maurílio, Fábio, Valéria, Islândia, Vanessa, Fátima Plein...

A Paula Borsoi, porque “viver ultrapassa qualquer entendimento”.

Aos que me fizeram a vida em nossa república carioca: Emerson, Mina, Laura, Mariana, Rossana e Débora (e aos tantos que por lá passaram).

A Marcio Almeida, João Campos, aos companheiros da Rede Unida e do FNEPAS, aos amigos que reconheci na vida em tempos de CNS, por terem feito parte essencial da construção desse ser que hoje sou.

Aos funcionários e dirigentes do IMS que me ajudaram nesse meu período por aqui: Márcia, Simone, Silvia; e a Roseni Pinheiro, por me possibilitar aqui estar.

A Lúcia Dupret, pelo convite, por me trazer ao convívio de colegas e companheiros antigos e novos da EAD/Ensp/Fiocruz; e a eles; e a nossa equipe (orientadoras e tutores) desse nosso Curso-movimento de Ativação de Mudança.

Aos coordenadores, professores, estudantes, profissionais e preceptores dos serviços e da instituição de ensino de Campo Grande, que me ofereceram um cenário fértil e produtivo para este estudo. A Vera K, por me abrir a casa e as portas para este trabalho.

Aos meus ex-alunos, pelos afetos ainda hoje presentes, pela amizade, pela luz, por serem a razão para este estudo. A Luiz Junior, nosso anjo lá no céu a olhar e orar por nós.

A minha amada família: mãe, pai, Carla, Petrônio, Rômulo, Naiome, Caibe, Nathaniel, Sofia, Everson, Luan, Tia Telma, Eli, Bruna, Paula, Lucas, Beatriz, por saberem quem sou e ainda assim me amarem. A Malka e Melquior, por me perdoarem a ausência física e me receberem sempre com alegria; e a Sirley, pelo carinho com eles.

A Deus, e aos anjos, santos, santas e orixás que foram convocados a me ajudar a dar cabo deste.

Por razões singulares e plurais, a cada um que estive comigo, de alguma ou de várias formas, nos quatro anos desse caminhar... Gratidão é pouco. O que sinto hoje ainda não tem nome.

É preciso mexer, misturar
O daqui, o dali e o de lá
Pois o nosso tempero tem samba, tem xote
Tem frevo e bolada, balada e ijexá
Bota a banda pra tocar
Que o povo vai curtir, a galera vai gostar
Nossa gente é isso aí
Vai, vai...
No embalo do maracatu
Vaquejada, jambo, caxambú
Carimbó, sertanejo, merengue, lambada
Forró pé de serra, côco, boi bumbá
Chachado, calango, reisado e axé
Toca aí que a gente diz no pé
Toca aí que a gente diz no pé
Toca um bom samba de enredo
O samba de roda, pagode e baião
Toca de tudo que toca em nosso coração
Um coração verde e branco, azul, amarelo
É canto, é dança, é ritmo
Elo, firmando a corrente da nossa nação
Toca quadrilha, congada
Fandango, lundu e saravacuê
Bumba meu boi, caiapó, toca maculelê
Cateretê, moçambique, quilombo
Bigada, caboclinho lambe, surge o marujada
Muita timbalada e o tererê

Serginho Meriti/Bira da Vila, O daqui, o dali e o de lá

RESUMO

PEREIRA, Luciana Alves. *O trabalho em equipe na graduação em saúde: um olhar sobre o espaço de todos e de cada um*. 2010. 134 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Este trabalho tem como objeto de estudo o trabalho em equipe multiprofissional no ensino de graduação na saúde. Referencia-se nas discussões ocorridas nos campos da educação e da saúde nas três últimas décadas do século XX e no século XXI e no necessário diálogo para a integração entre os mundos do trabalho e da formação em saúde. Parte da premissa de que a integralidade, como eixo norteador das práticas de atos de cuidado em saúde e da mudança na formação, só se tornará real e efetiva por meio do trabalho em equipe multiprofissional, numa perspectiva transdisciplinar. O objetivo principal foi analisar a produção do trabalho em equipe multiprofissional em atividades curriculares de cursos de graduação na saúde. O percurso metodológico foi realizado em dois momentos. No primeiro, mapeamos experiências reconhecidas como multiprofissionais curriculares e desenvolvidas em cursos de graduação na saúde em várias regiões do Brasil, a partir dos trabalhos apresentados em quatro edições dos congressos da Rede Unida (2001, 2003, 2005 e 2006). Ao final, doze experiências foram identificadas. Desse quantitativo, no segundo momento, uma delas foi selecionada como estudo de caso, para o aprofundamento qualitativo do tema. A coleta de dados compreendeu uma triangulação de métodos, com uso de entrevistas, observação participante e análise documental. A análise foi feita a partir do processo de análise das práticas discursivas, nos eixos: ‘formação no mundo do trabalho’ e ‘integração curricular’. O estudo de caso trata-se de um programa de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvido por dois cursos da saúde de uma instituição de ensino privada da região Centro-oeste do país. Como resultados, constatamos que a proposição de um currículo integrado para cursos de graduação na saúde garante muitos avanços, em especial pela intensa relação entre teoria e prática. No caso estudado, foi possível observar que a formação no mundo do trabalho induz vários modos de integração curricular, sendo potencialmente geradora de um privilegiado cenário para vivência e prática do trabalho em equipe multiprofissional. Contudo, esse cenário ainda não foi apropriado pelos atores da educação e da saúde de maneira a provocar/intensificar as cenas que proporcionem o ato de cuidar como um fazer coletivo. Esse é um caminho entremeado de avanços, dificuldades, fragilidades e potencialidades. Muitos desafios foram identificados, além dos que estão por vir. Parte de um processo em permanente construção e movimento.

Palavras-chave: Trabalho em equipe. Educação de profissionais de saúde. Multiprofissional.

Integração ensino, serviços e comunidade. Mudança na graduação na saúde.

ABSTRACT

PEREIRA, Luciana Alves. *Teamwork in undergraduate health studies: a look at the space of each and every one*. 2010. 134 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

This work has as its object of study the multidisciplinary teamwork in undergraduate teaching in health. It references the discussions in the fields of education and health in the last three decades of the 20th century and in the 21st century and in the necessary dialogue for the integration between the worlds of work and undergraduate health. It is based on the premise that integrality, as a guiding axis for health care practices and changes in graduation, will only become real and effective through multidisciplinary teamwork, from a transdisciplinary perspective. The main objective was to analyze the production of multidisciplinary teamwork in curricular activities of undergraduate health courses. The methodological approach was carried out in two stages. In the first, we mapped experiences recognized as multidisciplinary curricular and developed in undergraduate health courses in various regions of Brazil, based on the works presented in four editions of the Rede Unida congresses (2001, 2003, 2005 and 2006). In the end, twelve experiences were identified. Of this quantity, in the second stage, one of them was selected as a case study, for the qualitative deepening of the theme. Data collection comprised a triangulation of methods, using interviews, participant observation and documentary analysis. The analysis was carried out based on the process of analyzing discursive practices, in the following axes: 'training in the world of work' and 'curricular integration'. The case study is about a teaching-service-community integration program, developed by two health courses at a private educational institution in the Central-West region of the country. As a result, we found that the proposal of an integrated curriculum for undergraduate health courses guarantees many advances, especially due to the intense relationship between theory and practice. In the case studied, it was possible to observe that training in the world of work induces various modes of curricular integration, potentially generating a privileged scenario for the experience and practice of multidisciplinary teamwork. However, this scenario has not yet been appropriated by education and health stakeholders in a way that would provoke and intensify the scenes that provide the act of caring as a collective action. This is a path interspersed with advances, difficulties, weaknesses and potentiality. Many challenges have been identified, in addition to those that are yet to come. Part of a process that is constantly being built and moving.

Keywords: Teamwork. Education of health professionals. Multiprofessional. Integration of teaching, services and community. Change in health graduation.

RESUMEN

PEREIRA, Luciana Alves. *Trabajo en equipo en la graduación en salud: una mirada al espacio de todos y cada uno*. 2010. 134 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

El objeto de estudio de este trabajo es el trabajo en equipo multidisciplinario en el pregrado en educación para la salud. Hace referencia a las discusiones que tuvieron lugar en los campos de la educación y la salud en las últimas tres décadas del siglo XX y el siglo XXI y al diálogo necesario para la integración entre los mundos del trabajo y la formación en salud. Se parte de la premisa de que la integralidad, como eje rector de las prácticas asistenciales y de los cambios en la formación, sólo será real y efectiva a través del trabajo en equipo multidisciplinario, desde una perspectiva transdisciplinaria. El objetivo principal fue analizar la producción del trabajo en equipo multidisciplinario en las actividades curriculares de las carreras de pregrado en salud. El recorrido metodológico se realizó en dos momentos. En el primero, mapeamos experiencias reconocidas como curriculares multidisciplinarias y desarrolladas en cursos de pregrado en salud en varias regiones de Brasil, a partir de trabajos presentados en cuatro ediciones de los congresos de la Rede Unida (2001, 2003, 2005 y 2006). Al final se identificaron doce experiencias. De esta cantidad, en el segundo momento, se seleccionó uno de ellos como estudio de caso, para profundizar cualitativamente el tema. La recolección de datos comprendió una triangulación de métodos, utilizando entrevistas, observación participante y análisis documental. El análisis se realizó a partir del proceso de análisis de prácticas discursivas, según los ejes: “formación en el mundo del trabajo” e “integración curricular”. El estudio de caso es un programa de integración enseñanza-servicio-comunidad, desarrollado por dos cursos de salud en una institución educativa privada de la región Centro-Oeste del país. Como resultado, encontramos que la propuesta de un currículo integrado para cursos de pregrado en salud garantiza muchos avances, especialmente debido a la intensa relación entre teoría y práctica. En el caso estudiado, fue posible observar que la formación en el mundo del trabajo induce diversos modos de integración curricular, generando potencialmente un escenario privilegiado para la vivencia y práctica del trabajo en equipos multidisciplinarios. Sin embargo, este escenario aún no ha sido apropiado por los actores de educación y salud para provocar/intensificar las escenas que propician el acto de cuidar como acción colectiva. Este es un camino entremezclado de avances, dificultades, debilidades y potencialidades. Se han identificado muchos desafíos, además de los que están por venir. Parte de un proceso en permanente construcción y movimiento.

Palabras clave: Trabajo en equipo Educación de los profesionales de la salud. Multiprofesional. Integración de enseñanza, servicios y comunidad. Cambio en la graduación de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Total de trabalhos aprovados e de participantes por evento da Rede UNIDA.....	69
Tabela 2 –	Total de trabalhos aprovados nos congressos da Rede UNIDA em temas relacionados à formação de profissionais de saúde	70
Tabela 3 –	Total de trabalhos que relatavam ‘experiências multiprofissionais curriculares’ na graduação na saúde e sua relação com o total no tema ‘mudança na formação’ apresentados nos congressos da Rede UNIDA	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação de Educação Popular em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CADRHU	Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
GERUS	Capacitação de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde
IDA	Integração Docente Assistencial
Inep	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Opas	Organização Panamericana da Saúde
PEP	Polos de Educação Permanente
PET-Saúde	Programa de Educação Tutorial
Pinesc	Programa Interinstitucional de Integração ensino-serviço-comunidade
PP	Projeto Pedagógico
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED	Programa de Estímulo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Promisaes	Programa Milton Santos de Acesso ao Ensino Superior
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ProUni	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa de Saúde da Família
Reuni	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
Sesu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Uniderp	Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
USF	Unidade de Saúde da Família
VER-SUS/Brasil	Vivência-estágio na realidade do SUS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	OBJETIVOS	21
1.1	Geral	21
1.2	Específicos	21
2	UMA CAIXA DE FERRAMENTAS PARA OLHAR O TRABALHO EM EQUIPE NA GRADUAÇÃO NA SAÚDE	22
2.1	Cenários, cenas, atores e atos da saúde	22
2.1.1	<u>A conquista do direito e da cidadania mediante a mudança do modelo tecnoassistencial na saúde: uma disputa cotidiana</u>	23
2.1.2	<u>Os desafios para pensar a produção do cuidado e agir em busca da integralidade</u>	25
2.1.3	<u>Trabalhadores e usuários produzindo o cuidado em saúde: a constituição de sujeitos para a mudança</u>	28
2.1.4	<u>A educação na saúde: campo estratégico à implementação de políticas públicas intersetoriais</u>	31
2.2	Cenários, cenas, atores e atos da educação superior	41
2.2.1	<u>A educação superior em contextos institucionais de mudança e o compromisso social da universidade: um diálogo para o campo da saúde</u> .	41
2.2.2	<u>O movimento de mudança da educação na saúde: complexo caminho, avanços e desafios</u>	45
2.2.3	<u>As políticas educacionais e a implementação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de graduação na saúde: um diálogo necessário</u>	49
2.3	O trabalho em equipe multiprofissional na educação na saúde	53
2.3.1	<u>A produção do ato de cuidar transborda as margens dos núcleos profissionais</u>	54
2.3.2	<u>O trabalho em equipe multiprofissional: arranjos, interações, diálogos</u>	57
2.3.3	<u>O trabalho em equipe nas políticas e estratégias de mudança no agir em saúde: espaços de encontros e disputas</u>	61
2.3.4	<u>Desafios à produção de práticas multiprofissionais na educação na saúde</u> .	66

3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	68
3.1	Em busca de experiências multiprofissionais curriculares em cursos de graduação na saúde	68
3.2	Em busca de cenários, cenas, atores e atos para a produção de sentidos e significados do trabalho em equipe na formação em saúde .	
3.3	Organização e análise do material coletado	71
3.4	Aspectos éticos	75
4	UM MAPA DE EXPERIÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO NA SAÚDE	77
4.1	Características principais de experiências multiprofissionais em cursos de graduação na saúde	78
4.2	Um olhar reflexivo sobre os resultados encontrados	80
4.3	Ampliando os dados e a análise do mapa	84
5	UM OLHAR SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO NA SAÚDE	88
5.1	O contato com experiências inovadoras de formação na saúde: os avanços e os desafios cotidianos	88
5.2	O Pinesc como componente estruturante do processo formativo	93
5.3	Um olhar sobre a formação no mundo do trabalho: sua produção em ato, suas potências, seus limites	96
5.4	Um olhar sobre as formas de integração curricular	103
5.5	Uma reflexão dialogada sobre os olhares ‘daqui, dali e de lá’	107
	CONSIDERAÇÕES A PARTIR DESTE OLHAR.....	113
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A - Apresentação: meu cenário vivo em ato.....	125
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista – 1ª etapa de coleta de dados	128
	APÊNDICE C - Roteiros de entrevista – 2ª etapa de coleta de dados	129
	APÊNDICE D - Roteiro de entrevista coletiva com os estudantes	131
	APÊNDICE E - Roteiro para a observação de campo	132
	APÊNDICE F - Termos de consentimento livre e esclarecido	133

INTRODUÇÃO

Referenciado nas discussões ocorridas nos campos da educação e da saúde nas três últimas décadas do século XX e no século XXI, este trabalho propõe como objeto de estudo o trabalho em equipe multiprofissional no ensino da graduação na saúde. Ele parte do pressuposto de que os acontecimentos desse espaço-tempo destacam a potencialidade do trabalho em equipe, ainda que complexo e multifatorial, para a produção de mudanças no ato de cuidar em saúde e na formação de seus profissionais.

O setor saúde no Brasil passa por avanços desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada a maior (se não a única) política pública que empreendeu um amplo processo democrático e de inclusão social das três últimas décadas do século XX (LIMA et al, 2005). O SUS caracteriza-se como um sistema universal e equânime, tendo como norte a atenção integral à saúde para todos, num momento em que a política econômica encaminhava-se para a redução do papel do Estado na oferta de serviços à população.

A mudança no modelo tecnoassistencial em saúde, inclusive no que diz respeito à mudança do ‘objeto’ de atenção, tornou-se um dos grandes desafios para a construção do SUS. Se no modelo anterior, ainda hegemônico, o trabalho em saúde é organizado numa lógica de produção de procedimentos, a reorientação do sistema de saúde para uma prática baseada na atenção integral deve ter como foco a produção de cuidado (MERHY, 2002).

Esse outro foco de produção em saúde gerou reflexões sobre um novo perfil profissional apto a responder às diretrizes constitucionais do SUS. Por essa razão, ampliou-se também o debate sobre a formação centrada em conteúdos e técnicas, organizada de maneira compartimentada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica e incentivando a especialização precoce (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O otimismo que as conquistas imprimem enfrenta desafios para a efetivação do SUS, sendo ainda presente, por exemplo, a desarticulação entre o processo de formação e a mudança no modelo tecnoassistencial em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Um novo perfil profissional e novas práticas são fatores essenciais e estratégicos para a substituição do sistema hegemônico de atenção à saúde centrado na assistência curativa, hospitalar e hiperespecializada, por modelos tecnoassistenciais que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde (FEUERWERKER, 1998; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

A problemática da formação de profissionais de saúde vem produzindo críticas e movimentos de mudança desde a década de 1970, inicialmente nas profissões de Medicina e Enfermagem. No entanto, ainda que tal movimento registre quase quatro décadas, seus resultados não foram efetivos o bastante para transformar a educação na saúde. Os motivos, enfatizados por Almeida (1999) e Feuerwerker (2002) são vários, relacionados tanto com os aspectos inerentes às instituições de ensino, quanto com as pressões exercidas pelo mercado de trabalho, pelo incentivo à especialização profissional.

Em parte, também, as dificuldades em mudar a formação advêm do fato de que, diferentemente do ocorrido no setor saúde, as décadas de 1980 e 1990 não registraram políticas educacionais para os cursos de graduação na saúde voltadas a incentivar mudanças nas universidades e, portanto, acompanhar as transformações em curso na saúde (CAMPOS; KOMATSU, 2001). Somente em 1997, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n. 9.394/96 e a convocatória para discussão e elaboração das diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de graduação, foi possível registrar um movimento no campo da educação superior no país.

Porém, no setor educação, uma das repercussões da LDB foi a imediata e volumosa abertura de cursos, a maioria por instituições privadas, sem priorizar as necessidades e a relevância social desses, acarretando uma grande concentração de cursos principalmente nas regiões Sudeste e Sul do país (CECCIM, 2005a).

A LDB e a convocatória para a elaboração das DCN configuraram uma abertura de oportunidade para os atores do setor saúde que haviam construído as propostas de mudança no modelo tecnoassistencial para este setor. Diversas entidades e atores se organizaram para colaborar na elaboração de uma política educacional específica que pudesse impulsionar o movimento de mudança na formação em saúde, conforme será relatado ao longo deste trabalho.

Os últimos anos do século XX e o início do século XXI foram anos de debate e negociação em torno da elaboração das DCN, aprovadas entre 2001 e 2004, para as 14 carreiras da saúde reconhecidas pela Resolução n. 287/98 do Conselho Nacional de Saúde. Como exposto de forma detalhada neste trabalho, sua conquista foi altamente relevante para o setor saúde, pois nelas foi reforçada a necessidade de articulação entre o processo de formação e o SUS. À exceção de Ciências Biológicas, Medicina Veterinária, Educação Física e Serviço Social, as DCN para as outras dez profissões da saúde vinculam a formação do profissional ao sistema de saúde vigente no país (ALMEIDA, 2005).

O debate sobre a mudança na formação de profissionais de saúde ganhou força e destaque na década de 2000, inclusive mediante a criação e/ou o fortalecimento de entidades de ensino para as profissões da saúde, e a proposição de políticas públicas voltadas especificamente a este fim. Em síntese, os fatos ocorridos propiciaram um contexto mais favorável ao movimento de mudança na formação em saúde em espaços macro e micropolíticos. Essa década é um divisor de águas, tanto pelo reconhecimento da educação na saúde como um campo de políticas públicas e de produção de práticas inovadoras, como para impulsionar a mudança na formação como ação estratégica para efetivar uma nova maneira de produzir saúde e qualidade de vida.

Ainda que sua distribuição não seja homogênea, várias iniciativas de mudança na graduação na saúde estão em curso no país. As propostas e os projetos são diversos, incluindo desde meros rearranjos de disciplinas e conteúdos curriculares até a produção de projetos pedagógicos integrados, construídos de forma coletiva e articulada com os serviços de saúde (FEUERWERKER, 2002). Temas como cenários de aprendizagem, competências comuns a todas as profissões e o trabalho em equipe foram reforçados com a aprovação das DCN, especificamente para os cursos da saúde, como discutido neste trabalho.

Na primeira década do século XXI também é possível acompanhar a ampliação do debate em torno da integralidade e da multiprofissionalidade para a inovação das práticas e da formação em saúde, conforme aprofundado posteriormente. Diante disso, o desafio é construir um processo formativo que problematize a compreensão de ser humano e do processo saúde-doença-cuidado, contemplando uma visão ampliada de saúde entendida como direito de cidadania. Tal desafio deve incluir a produção do trabalho em equipe pautada numa maior capacidade de diálogo entre profissional e usuário e entre os profissionais, o reconhecimento dos diferentes modos de viver e adoecer, as diferentes culturas e outros elementos indispensáveis para o ato de cuidado orientado para os problemas e as necessidades dos usuários (MATUMOTO et al, 2004-2005).

Por essa razão, a constituição de espaços para atuação multiprofissional é estratégica para que ocorram os encontros e a construção de uma rede de cuidados em saúde. No entanto, isso não se dá naturalmente, porque a atuação em equipe multiprofissional é crivada pelas contradições que permeiam o processo de trabalho em saúde, como as divisões técnica e social do trabalho, as relações de poder e o conflito de interesses corporativos (PEDUZZI, 1998).

No âmbito da graduação, a oferta de práticas multiprofissionais para o incentivo ao trabalho em equipe pode ser considerada uma estratégia essencial para os cursos que se

propõem a produzir transformações profundas no processo formativo (REDE UNIDA, 1998; FEUERWERKER, 2002). Algumas instituições de ensino superior no país têm buscado produzir esses espaços, predominantemente como projetos de extensão que, embora importantes e potentes, não abrangem todos os estudantes, já que não se caracterizam como atividade curricular obrigatória. Neste caso, o estímulo institucional ao desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe ficaria restrito ao conjunto de estudantes que se interessam em participar das atividades de extensão. Outras, no entanto, são atividades de ensino curriculares, sendo essas as atividades que se configuram como objeto desta pesquisa.

Tendo como premissa a importância de se investir no trabalho em equipe multiprofissional, a questão norteadora deste trabalho foi compreender como são produzidas as atividades que estimulam e propiciam o trabalho em equipe multiprofissional em cursos de graduação na saúde, com relação aos encontros e às relações entre os sujeitos envolvidos, seus aspectos facilitadores e dificultadores, seus avanços e desafios.

Este trabalho buscou, então, investigar onde e como são produzidas essas atividades, com quais objetivos educacionais e quais ações são desenvolvidas. Tratou de descrever como são estabelecidos os arranjos institucionais para realização dessas atividades, seus aspectos facilitadores e seus desafios, assim como abrir a escuta aos sujeitos nelas envolvidos, no sentido de compreender como ocorrem as relações entre estes e como eles as percebem na produção de sentidos e significados dessas atividades no seu contexto de atuação e formação.

Diante da complexidade e multifatorialidade que caracterizam os processos de mudança na formação e no agir em saúde, como será visto neste estudo, o tema em debate é um entre tantos aspectos relevantes. Porém, este é um aspecto estratégico, já que trata do sujeito que promove, ou não, a mudança, e de suas relações com os outros sujeitos. Um dos desafios deste trabalho foi contemplar o ser humano em sua subjetividade, entendendo-o como “um sujeito capaz de autogerir-se e transformar-se de forma crítica e reflexiva. Capaz de superar determinismos numa ação-reflexão no mundo, com o mundo e para o mundo” (BENÍCIO, 2008).

Deste trabalho, como parte de um todo, o maior desafio aqui foi conseguir focar o olhar sobre o trabalho em equipe multiprofissional na graduação na saúde, entendendo-o como uma gota num rio imenso, o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde. Movimento esse inserido no oceano da Reforma Sanitária Brasileira, uma luta para além da mudança na organização dos serviços e no modelo tecnoassistencial, ao imprimir à saúde uma conquista de direito, de cidadania e de democracia.

Além de relatar, discutir e problematizar a produção no campo da saúde, também foi preciso navegar pelo campo da educação, pelo caráter essencialmente intersetorial da temática tratada, ainda que se observem movimentos tão distintos e, por vezes, distantes entre eles. Para tanto, a proposta foi construir uma caixa de ferramentas para olhar o trabalho em equipe multiprofissional na formação em saúde, trazendo conceitos e noções de ambos os campos, organizando a discussão em três partes.

A primeira parte trata do setor saúde e a conquista do SUS constitucional. São discutidos o conceito ampliado de saúde (entendida como direito de cidadania) e a integralidade da atenção como eixo norteador na produção dos atos de cuidado em saúde. São problematizados também aspectos relativos à mudança no modelo tecnoassistencial, envolvendo o espaço da micropolítica do trabalho em saúde e a constituição de sujeitos para a mudança. Por fim, traz a construção da educação na saúde como campo estratégico para a implementação de políticas públicas intersetoriais, fazendo um relato dos fatos ocorridos neste campo, com ênfase na última década.

Na segunda parte, são apresentados referenciais do campo da educação para um diálogo com o campo da saúde, ao discutir a educação superior em contextos institucionais de mudança e o compromisso social da universidade. Os temas dizem respeito ao debate sobre a concepção de educação, a elaboração de projetos pedagógicos como essência da organização do processo formativo e da produção do conhecimento e a conceituação de currículo. Também são apresentados aspectos relevantes apontados por estudos acerca das iniciativas de mudança na formação de profissionais de saúde. Relata as políticas públicas nos campos da educação e da saúde e o diálogo necessário para o estímulo à implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde.

A terceira parte versa sobre o tema do trabalho em equipe multiprofissional na educação na saúde. Para tanto, faz a discussão sobre a produção do ato de cuidar em saúde, trazendo o cuidado como referente simbólico e núcleo do processo de trabalho. Aborda os aspectos constitutivos das profissões da saúde e as noções de campo e núcleo. Discute os conceitos de trabalho em equipe e suas possibilidades de interação e arranjos multi, inter e transdisciplinar. E apresenta o trabalho em equipe como referência de políticas públicas e estratégias de mudança no agir em saúde, em especial nas duas últimas décadas, ressaltando a relevância do tema para o setor saúde.

O percurso metodológico foi realizado em dois momentos. O primeiro buscou mapear as experiências multiprofissionais curriculares em cursos de graduação na saúde existentes no país, apresentando um olhar reflexivo sobre suas principais características. A partir desse

mapa, uma experiência desenvolvida por uma instituição de ensino superior foi selecionada para o trabalho de campo, com o propósito de aprofundar o olhar sobre a produção do trabalho em equipe multiprofissional na formação em saúde.

Os resultados apresentados e discutidos nos capítulos 4 e 5 dizem respeito a cada momento desse caminhar. Há uma mescla de avanços e dificuldades, aproximações e distanciamentos, fortalezas e fragilidades, e os desafios para a integração entre os mundos do trabalho e da formação em saúde, tendo como referência o trabalho em equipe multiprofissional.

Desafio explicitado, o que se propôs foi a construção de caminhos para um olhar capaz de compreender e dar foco caleidoscópico ‘ao espaço de todos e de cada um’, ao trabalho em equipe multiprofissional no ensino da graduação na saúde. Um convite à reflexão.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Analisar a produção do trabalho em equipe multiprofissional em atividades curriculares de cursos de graduação na saúde.

1.2 Específicos

Mapear cursos de graduação na saúde no país que ofertam atividades multiprofissionais curriculares.

Descrever as estratégias adotadas pelos cursos para a oferta destas atividades.

Compreender as percepções, os sentidos e os significados que os sujeitos atribuem a essas atividades, em seu contexto de trabalho e formação.

2 UMA CAIXA DE FERRAMENTAS PARA OLHAR O TRABALHO EM EQUIPE NA GRADUAÇÃO NA SAÚDE

Opção

A todo momento

Uma encruzilhada

Livremente escolhemos

Um caminho entre os possíveis

A escolha é vitória

Coroadas de renúncias.

Helena Kolody

Nas diversas áreas do conhecimento, são várias as oportunidades de leituras e autores que podem oferecer elementos para descrever e interpretar os temas em estudo. Diante da diversidade, a explicitação pelo pesquisador dos caminhos adotados se torna condição primeira para a construção do referencial que lhe possibilitará a produção de uma ‘caixa de ferramentas’ para o seu trabalho.

Além das afinidades teórico-metodológicas, as escolhas feitas aqui refletem também a minha implicação e meu posicionamento político com relação à temática tratada. Elas seguem algumas linhas de pensamento e mesclam autores distintos, possibilitando-me expressar ideias para dialogar num espaço ‘entre’ na educação e na saúde. Busquei conversar com autores que compartilham, ensinam e ampliam, desconstróem e constroem pensamentos, conceitos e noções para discutir o trabalho em equipe multiprofissional na graduação na saúde sem, contudo, ter a intenção de esgotar as possibilidades. Apresento, a seguir, minhas opções.

2.1 Cenários, cenas, atores e atos da saúde

Atenção para o refrão

É preciso estar atento e forte

Não temos tempo de temer a morte.

Caetano Veloso

2.1.1 A conquista do direito à saúde e da cidadania mediante a mudança do modelo tecnoassistencial: uma disputa cotidiana

Dois aspectos se destacam como diferenciais na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em comparação com outros setores na formulação de políticas públicas: a garantia universal do direito à saúde e a participação social. Esses aspectos integram as conquistas do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que teve a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, como um marco para o setor.

O Relatório Final da 8ª CNS, contendo as propostas do movimento pela Reforma Sanitária para o setor saúde, foi utilizado como base de negociação para formulação do Capítulo da Saúde da Constituição Federal promulgada em 1988, documento que define as bases das relações sociais, políticas e humanas em território nacional. Nela, aparece o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo princípios doutrinários e diretrizes operacionais do SUS: universalidade, atendimento integral, equidade, descentralização, regionalização e participação da população (BRASIL, 1988).

Foi ainda adotado um conceito ampliado de saúde, que seria resultante das “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1988). Nessa formulação, há objetivamente o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Como consequência, só seria possível produzir saúde a partir de uma perspectiva de atenção integral e intersetorial às necessidades da população.

O direito à saúde também foi internacionalmente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização das Nações Unidas (por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos) como direito humano fundamental e indispensável ao exercício de outros direitos, o que significa entendê-lo como prática social inerente à condição humana e enquanto um direito de cidadania social (PINHEIRO et al, 2005; NOGUEIRA; PIRES, 2004). A partir da reflexão sobre direito social e cidadania, tendo como base a formação social brasileira, Nogueira e Pires (2004) descrevem a constituição de um novo olhar sobre o direito, saindo de uma perspectiva mais formal para relacioná-lo às condições reais de existência. Deve ser considerado como uma instância de lutas coletivas pelo direito a ter direito.

A construção do direito à saúde no Brasil foi feita com base principalmente num processo contínuo de inclusão e multiplicação de sujeitos, identidades e interesses, além da ampliação da democracia política e social como diretriz para a rearticulação das relações entre

Estado e sociedade civil (PINHEIRO et al, 2005; COHN, 2003). A conquista desse direito demanda articular a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida da população com a plena implementação dos princípios e diretrizes do SUS: acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, atenção integral e participação popular (MATTOS, 2005).

A saúde como direito humano e de cidadania é referencial de luta de grande parte dos sujeitos comprometidos com o SUS. Em 2008 o SUS completou 20 anos de existência. Duas décadas se passaram e ele continua mobilizando um grande número de atores em sua defesa, apesar das disputas políticas e conceituais em torno do seu desenho, e do contexto político de redução do Estado e do desfinanciamento das políticas sociais. Porém, há uma constante tensão entre aqueles que preferem entender a saúde como mercadoria, sendo o direito à saúde mensurável mediante o mero consumo de procedimentos, consultas médicas e medicamentos, o que reforça o modelo de atenção médico-centrado, ainda hegemônico (FEUERWERKER, 2005).

As dificuldades do SUS em sua prática cotidiana são de várias ordens. Dizem respeito à gestão, ao financiamento e à responsabilidade compartilhada do sistema pelos gestores federal, estaduais e municipais; e à ainda centralização das decisões e formulação de políticas nacionais, muitas vezes desconsiderando as especificidades regionais e locais do Brasil. Além disso, a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são identificadas como campos em que o SUS ainda não produziu avanços significativos (FEUERWERKER, 2005).

A ideia de modelo tecnoassistencial em saúde é definida como a “organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais” (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991, p. 84). Com relação à reorientação do modelo tecnoassistencial, várias experiências municipais apresentaram e apresentam propostas bastante heterogêneas para a implementação do SUS, como por exemplo, as cidades saudáveis e a proposta “em defesa da vida” (SILVA JUNIOR, 1998).

Ao destacar a conquista do direito à saúde e da cidadania mediante a mudança do modelo tecnoassistencial, as dificuldades apontadas e outras que envolvem o tema precisam ser problematizadas. Contudo, para que se produza impacto nos atos cotidianos, cabe abordar não apenas as mudanças e reformas macroestruturais, mas também as que se referem à micropolítica do processo de trabalho (CAPOZZOLO, 2003). A proposta aqui é enfatizar o debate a partir dos desafios da mudança no modelo tecnoassistencial, tendo como base as

práticas de saúde e seus sujeitos, com foco no espaço micropolítico do trabalho em saúde (MERHY, 2002).

Com este cenário em tela, a saúde como direito e o reconhecimento da micropolítica do trabalho em saúde como espaço para a mudança no modelo tecnoassistencial, a seguir será discutida a atenção integral como diretriz essencial para a produção do cuidado em saúde no seu conceito ampliado: a saúde para além da saúde, a saúde como referencial para a vida.

2.1.2 Os desafios para pensar a produção do cuidado e agir em busca da integralidade

Como diretriz para a organização do SUS, a integralidade da assistência é aquela que mais diretamente diz respeito ao trabalho em saúde. No seu conceito ampliado, a saúde passa a demandar do profissional a produção de ações que devem considerar um conjunto de condicionantes que perpassam as condições de vida e saúde do usuário e da população (PEREIRA, 2006).

A integralidade como tema teórico é tão complexa quanto o movimento necessário para que ela ocorra na prática. Na última década foi possível acompanhar a ampliação e qualificação do debate em torno da integralidade e suas dimensões, tendo esta sido considerada como eixo norteador para políticas públicas de incentivo à mudança na formação de profissionais de saúde, que serão apresentadas mais adiante.

Mattos (2001, p. 41), ao discutir os sentidos da integralidade, coloca-a como “bandeira de luta” do movimento sanitário, uma imagem-objetivo a ser alcançada para que o conceito ampliado de saúde seja implementado pelo sistema. Como imagem-objetivo, ela é, em sua essência, polissêmica. Nessa reflexão, o autor pontuou aspectos importantes para construí-la, considerando das práticas aos modos de organizá-las. Entre eles, a integralidade entendida como boa prática profissional.

A discussão da integralidade nesse sentido coloca a prática e a formação profissional em questão, identificando problemas a serem enfrentados, como a fragmentação do conhecimento e a prática reducionista. A integração dos conhecimentos, a superação das especialidades e a transformação dos currículos dicotomizados em ciclos básico e clínico de formação são desafios que se apresentam para a mudança na prática profissional. Para Mattos (2001) a atitude profissional desejável pressupõe um encontro entre profissional de saúde e

usuário onde seja possível articular prevenção com assistência, propondo a atenção para além da doença.

A integralidade diz respeito à mudança na prática no interior de uma profissão, mas não somente. Ela deve ser um valor a ser sustentado e defendido pelo conjunto de profissionais dos serviços de saúde. Ao resgatar a saúde como direito e a integralidade como princípio, a questão é saber como oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que usuários e população nos apresentam (MATTOS, 2001). Essa é uma das principais questões para os profissionais na produção da integralidade no seu agir em saúde.

Aprofundar a discussão sobre a integralidade coloca em xeque o entendimento do que seja saúde, doença e cura. Para Canguilhem (2002), não é possível estabelecer o limite entre saúde e doença apenas em termos fisiológicos e biológicos, porque “o homem não se limita a seu organismo”. Em sua compreensão, “para o homem a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo não se impõe nenhum limite” (p. 163).

Canguilhem (2002) destaca que o ser humano se caracteriza pela sua capacidade de ser “normativo”, possibilitando-lhe a instituição de novas normas, adaptando-se a condições diferentes do meio, de modo a acompanhar as transformações que a vida produz cotidianamente. Desse modo, a norma não se reduz a um conceito e esta “normatividade” indicaria que a vida humana estabelece normas para si mesma, ou seja, se autodetermina.

Na prática médica tradicional, o estado normal do corpo humano é identificado com aquele que se deseja restabelecer, no caso de acometimento de doenças. No entanto, Canguilhem (2002, p. 96) observa que “a atividade valorativa atribuída a um fato biológico só pode ser feita por aquele que fala”. Assim, “a medicina existe como arte da vida porque o ser vivo considera, ele próprio, como patológicos certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob a forma de valores negativos”. Por essa razão, o ser humano tem o potencial de criar valores e instaurar normas vitais, ou seja “curar é criar para si novas normas de vida” e ter saúde é poder tolerar as “infidelidades do meio” a partir dessas novas normas (p. 188).

Nesse sentido, os resultados obtidos em exames clínicos e laboratoriais não necessariamente condizem com o que pode relatar uma pessoa sobre sua sensação de adoecimento e de saúde. Esse é um fator essencial a ser considerado para uma prática profissional que busque produzir atos integrais na saúde.

A integralidade na produção do cuidado traz a necessidade de saúde como objeto da atenção. Quanto a isso, Merhy (2002, p. 88) referencia-se em Guattari e Deleuze, para explicitar uma noção de necessidade para além de sua imagem de carência de algo que se

procura para consumo, sendo ela “expressão de um ser que em potência ‘deseja’ ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de ‘potência de ser’, como uma ‘máquina desejanter’”. Também identifica o usuário como aquele que “busca nos serviços de saúde um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo”.

Campos (2006, p. 50) propõe como conceito de cura a ampliação da capacidade de autonomia do sujeito, sendo esse o objetivo de todo trabalho terapêutico. A capacidade de autonomia seria potencializada pelo entendimento do próprio corpo, da doença e das relações sociais e, conseqüentemente, a ampliação das possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida e da capacidade de gerar novas normas para a vida. Tal conceituação de ‘cura’ exige uma escuta diferenciada da equipe de saúde numa abordagem integral e específica a cada usuário, superando a prática biologicista e reducionista. Temas como vínculo, acolhimento, contrato e autocuidado seriam componentes essenciais para uma nova prática em saúde que objetive apoiar a normatividade de cada sujeito.

As necessidades de saúde dizem respeito ao direito a procedimentos, medicamentos e às várias tecnologias disponíveis, mas não se limita e não é respondida somente a partir dessas tecnologias do cuidado em saúde. Uma nova lógica de identificação e atenção às necessidades implica em complexos processos de transformação que incluem mudanças conceituais, de posturas, de lugares e de relações institucionais. Também requer que os sujeitos problematizem seus conhecimentos e valores cristalizados e hegemônicos (FEUERWERKER, 2002).

E por que sujeitos envolvidos com a produção em saúde fariam isso? Um motivo seria as evidências de generalizada insatisfação do usuário quanto ao atendimento nos serviços de saúde, e do profissional que não consegue mais dar respostas aos problemas de saúde cada vez mais complexos.

Nesse sentido, a micropolítica do trabalho em saúde é um tema estratégico para a organização do SUS. Implica em analisar e dialogar sobre os modos como os trabalhadores e os usuários se produzem mutuamente no cotidiano. Tendo como centralidade o usuário e suas necessidades, os trabalhadores utilizam tecnologias de ação operando em ato, por meio de tecnologias de relações, de encontros de subjetividades (MERHY, 2002).

Quanto às tecnologias existentes no trabalho em saúde, Merhy (2002, p. 121) identifica-as como: a) leve, a tecnologia de relações humanas como vínculo, acolhimento, autonomização, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; b) leve-dura, a tecnologia relacionada ao saber estruturado que opera no processo de trabalho, como a clínica

médica e outras; e c) dura, a tecnologia que diz respeito aos equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Merhy (2002) traz também sobre a distinção entre trabalho vivo e trabalho morto, e as noções de produção, consumo e necessidade. O trabalho morto se refere a todos os produtos-meios envolvidos (ferramenta ou matéria-prima), resultados de um trabalho humano anterior, sendo este o produto de um trabalho vivo. O trabalho vivo se realiza no cotidiano, é um trabalho em processo e em ação, sendo assim instituinte, o “trabalho vivo em ato”, indo além dos limites do instituído, podendo fazer uso do que está dado e, com certa autonomia, exercer variações deste dado.

O trabalho em saúde como trabalho vivo em ato diz respeito à produção de relações entre cuidador e usuário, a partir das necessidades de saúde deste último, que possibilitam a criação do ‘espaço interseçor (sic)’, um espaço de relação mútua entre esses e lugar de construção conjunta do cuidado em saúde. Esse espaço requer do trabalhador de saúde um processo de escuta, troca de informações e duplo reconhecimento de direitos e deveres para a tomada de decisão, para que resulte em ações que ofereçam ao usuário os cuidados e a atenção que atendam às suas necessidades (MERHY, 2002, p. 77).

Feuerwerker (2002, p. 41) explicita que a construção de um modelo de atenção integral em saúde passa, necessariamente, pela reinvenção dessas relações, com ampliação dos espaços de responsabilização, acolhimento e autonomia dos usuários, dando “outro tratamento ao espaço da doença”.

A integralidade como norte para o sujeito da ação em saúde, produtor do trabalho vivo em ato centrado no usuário-sujeito portador e produtor de necessidades, relacionando-se mutuamente, é desafio como conceito, como princípio organizativo, como prática profissional e como estratégia. A seguir, serão discutidos o papel e o espaço ocupado por esses sujeitos para a produção do cuidado integral em saúde.

2.1.3 Trabalhadores e usuários produzindo o cuidado em saúde: a constituição de sujeitos para a mudança

Não há outro caminho para a construção de um modelo tecnoassistencial inovador na produção do cuidado em saúde, senão pela mudança radical da lógica da oferta e consumo de atos de saúde para uma produção pautada pelo mundo das necessidades de saúde. Nessa

direção, Merhy (2006, p. 19) ressalta que isso exige dos atores implicados uma “capacidade analítica da situação e construção de um modo de protagonizar ações” que produzam novos sentidos para os atos de cuidar. A necessidade de construção/constituição de atores – sujeitos, individuais e coletivos, portadores de projetos de futuro, para a operação de processos de mudança foi discutida por autores como Sader (1988), Feuerwerker (2002; 2005), Campos (2006), Merhy (2002; 2006) e Cecílio (2006).

O SUS enquanto política, projeto e processo, necessita de “atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado”. Porém, no contexto atual, “de fato, não há atores totalmente consolidados para cumprir estas tarefas” (FEUERWERKER, 2005, p. 503). Os sujeitos necessários para a mudança se constituem no processo coletivo de reflexão crítica sobre suas práticas, na aquisição de novos conhecimentos e nas novas relações de poder. As transformações se constroem no cotidiano das práticas, em todos os seus cenários, a partir do enfrentamento de problemas que a realidade apresenta para esses sujeitos operadores da mudança (FEUERWERKER, 2002).

Para refletir sobre o cotidiano das práticas em saúde, cabe destacar o trabalho como categoria em análise. Barros e Barros (2007) e Mascarello e Barros (2007), ancoram suas análises nos estudos da Ergologia e da psicodinâmica do trabalho trazidos por Schwartz. A concepção de trabalho a partir desses estudos coloca-o como um lugar de problematizações, “lugar que convoca os sujeitos a fazerem escolhas no sentido de se dar novas normas”. Deste modo, a relação entre humano e trabalho é um encontro onde se confrontam os saberes científicos e as tarefas prescritas e historicamente construídas – o trabalho prescrito – e os saberes da prática, o trabalho concreto marcado por variações e pela imprevisibilidade – o trabalho real. A instituição de novas normas dá sentido ao trabalho e ao movimento da vida, tornando-o vivo (MASCARELLO; BARROS, 2007, p. 107-108). A atividade de trabalho, nesta concepção, exige permanente reavaliação do meio e das normas. Por esse motivo, o trabalho torna-se “trabalho-criação”, reinventando-se em ato no seu cotidiano (SCHWARTZ apud BARROS; BARROS, 2007).

Merhy (2002, p. 87) fala da especificidade do processo de trabalho em saúde por ser consumido em ato pelo usuário, ou seja, na saúde, “o consumo pelo usuário dá-se imediatamente na produção da ação”. Nessa produção/consumo de ações de saúde, é a construção do espaço de interseção entre o usuário e o trabalhador que possibilita um encontro e uma negociação, em ato, dos encontros de necessidades de ambos, e onde também se pode observar a elaboração de novas normas de vida, como discutido anteriormente.

A relação que se estabelece entre trabalhador e usuário é um dos parâmetros de inovação do modelo technoassistencial, incluindo nesta nova relação o direito de escolha do usuário, reconhecido como sujeito da ação em saúde. Quando se discute processos inovadores, é preciso considerar as relações de poder entre os atores, de que modo ocorrem as tensões entre eles e o potencial de cada ator em cena. O jogo de poder existente às vezes dificulta a inovação, principalmente quando há o poder de um sobre o outro, por exemplo, numa relação impositiva do profissional para com o usuário quando da prescrição de procedimentos de saúde.

Os conceitos e as noções apresentados até aqui buscaram produzir uma possibilidade de leitura do espaço micropolítico do trabalho em saúde. Algumas experiências inovadoras de mudanças nos serviços orientadas por uma nova produção do cuidado, tendo como eixo o processo de trabalho, demonstram a potencialidade deste para a construção da integralidade na atenção numa outra perspectiva para o agir em saúde, como será visto posteriormente. Entretanto, grande parte dos serviços de saúde ainda é predominantemente médico-centrada e com foco em procedimentos. Por essa razão, cabe resgatar o desafio de constituir sujeitos, trabalhadores e usuários, implicados com processos de mudança no seu modo de agir, de pensar, de produzir saúde e vida. A questão é: como provocar mudanças a partir do processo de trabalho?

Há um conjunto de tecnologias que somente o trabalhador opera no campo da saúde. O que faz com que ele escolha usá-lo para a produção compartilhada do cuidado integral à saúde, a partir do espaço de interseção, é a sua subjetividade. Subjetividade essa entendida como uma produção sócio-histórica de caráter dinâmico, que considera a história de vida, as experiências e os valores adquiridos como fatores determinantes para essa produção. A mudança ocorre no processo de subjetivação, onde o desejo (núcleo da subjetividade) e a intencionalidade com os quais o sujeito atua sobre os mundos do trabalho e da vida são alterados. Esse processo é complexo e difícil, pois o sujeito precisa se expor a novas vivências e experiências de vida capazes de afetar seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade (GATTARI, 1992 apud FRANCO, 2007).

Na formação em saúde, por exemplo, os cenários de prática que expõem os estudantes ao contato com a realidade dos serviços de saúde e da vida dos usuários podem abrir oportunidade para novos espaços e novas vivências durante seu processo formativo, com o potencial de ressignificar os modos de agir em saúde.

Com essa caixa de ferramentas, a proposta é colocar em diálogo uma educação para trabalhadores de saúde que contribua para a mudança no modelo technoassistencial a partir do

processo de trabalho, tanto para os que já estão em operação, quanto para os que virão. Por isso, será resgatado o campo da educação na saúde como indutor e potencializador de espaços formadores e constituintes de atores sociais, sujeitos e cidadãos comprometidos com esta mudança.

2.1.4 A educação na saúde: campo estratégico na implementação de políticas públicas inter-setoriais

Ainda que a problematização sobre a formação profissional tenha acumulado décadas de debates e proposições sobre um novo modo de produzir a educação na saúde, seu impacto foi pouco expressivo. Uma explicação seria que no movimento da Reforma Sanitária predominou, por um longo tempo, a concepção de que a mudança na organização do sistema deveria anteceder (e posteriormente determinaria) a mudança na formação em saúde (ALMEIDA, 1999).

Algumas entidades e atores comprometidos com o movimento de mudança na formação, entre eles a Rede UNIDA (que será tratada adiante), não concordavam com essa concepção, defendendo que os processos deveriam ser construídos de maneira articulada e concomitante (FEUERWERKER, 2002).

Alguns passos iniciais para mudanças na formação no país foram dados na década de 1980, com a proposta de Integração Docente Assistencial – IDA, que objetivava aproximar as escolas dos serviços de saúde. A exposição precoce dos estudantes à realidade sanitária, por meio, principalmente, de atividades de extensão vinculadas às instituições acadêmicas, foi uma das práticas adotadas. Uma avaliação dos dez anos de realização dessas experiências desenvolvidas no Brasil verificou que em 41,7% das experiências as mudanças ocorreram predominantemente no âmbito acadêmico. As mudanças nos serviços e na comunidade ocorreram em menor proporção (MARSIGLIA, 1995).

Na década de 1980, esse e outros movimentos produzidos restringiram-se ao âmbito micropolítico das universidades sem, contudo, observarmos políticas públicas de saúde direcionadas a esse fim. A partir da criação do SUS, os serviços públicos buscaram responder à necessidade de mudança na força de trabalho por meio de cursos de capacitação, para ‘readequá-los’ ao novo modelo de organização da saúde. O projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU), promovido pelo Ministério

da Saúde (MS) e a Organização Panamericana da Saúde (Opas), e o projeto GERUS – Capacitação de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde, em nível de especialização, foram algumas estratégias promovidas na década de 1990 (SAKAI et al, 2001).

Uma iniciativa de formação profissional em âmbito nacional foi formulada e implementada pelo MS em 2000: o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Teve como objetivo incrementar a qualidade da atenção à saúde, mediante a formação e qualificação do pessoal auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2008a). A iniciativa, embora relevante e ambiciosa, visou à formação técnica em Enfermagem, não abrangendo as demais carreiras da área da saúde.

Ao final de 2002, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Opas e com apoio da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e da Rede UNIDA, lançaram o Programa de Estímulo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O Programa foi criado para incentivar a implantação das DCN e/ou a consolidação das mudanças na formação médica. Como política pública de incentivo à mudança na formação de profissionais de saúde, novamente enfocou apenas uma única carreira, neste caso, a Medicina.

Num cenário de tensão permanente entre a concepção de saúde como direito do cidadão pautada no cuidado a partir das necessidades do usuário e de saúde numa lógica da oferta e consumo de atos de saúde, essas e outras iniciativas explicitaram a relação entre a consolidação do SUS e a formação profissional. Aumentou a visibilidade para uma colaboração orgânica entre os setores saúde e educação visando à implementação das diretrizes constitucionais do SUS, traçando pistas e passos para a constituição do campo da educação na saúde, mediante elaboração de políticas públicas específicas (BRASIL, 2004a).

Neste cenário, destaca-se o trabalho da Rede UNIDA, intensificado a partir do final da década de 1990. A Rede UNIDA, criada em 1985, é um movimento que reúne pessoas, projetos e instituições envolvidos com a mudança na formação dos profissionais de saúde e na consolidação do SUS. Concebida como um espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, defende a parceria na modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sujeitos compartilham poderes, saberes e recursos (REDE UNIDA, 2008).

Desde 1998, a Rede UNIDA atua como um importante ator social no campo da educação na saúde, apoiando o movimento de mudança na formação. Mobiliza atores de várias profissões e inserções institucionais para a construção de novas relações de articulação, parceria e colaboração entre escolas, serviços e comunidade para elaboração de propostas

inovadoras na formação em saúde. A diversificação de cenários e práticas de cuidado; as metodologias ativas de ensino-aprendizagem; a formação docente para uma concepção problematizadora da educação; sistemas de avaliação educacional e institucional que estejam em sintonia e potencializem os processos de mudança na formação são alguns dos temas prioritariamente tratados pela entidade.

A sistematização do trabalho desenvolvido pela Rede UNIDA resultou na produção de conhecimentos sobre o movimento de mudança na formação efetivada em várias publicações – em formato de livros, teses, revistas, artigos e documentos técnicos e políticos – de relevância para a constituição do campo da educação na saúde. A Rede UNIDA teve participação ativa e efetiva nos relatos feitos na sequência, tanto de forma coletiva como na ação individual de seus atores, em parceria com importantes atores sociais que fizeram e fazem parte desse processo, como as associações de ensino das profissões da saúde, o movimento estudantil e os movimentos sociais e populares do setor saúde.

Em 2003, com o início do governo Lula, atores ativamente implicados com o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde desde décadas anteriores, assumiram espaços importantes na gestão federal. Em especial no âmbito do Ministério da Saúde, onde foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de assumir efetivamente o preceito constitucional que define o SUS como ordenador da formação de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a). A SGTES tem como foco a gestão da educação e do trabalho na saúde e está (até a data de conclusão deste trabalho) organizada em dois departamentos: Gestão da Educação na Saúde – DEGES; e Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS, buscando desenvolver políticas em ambos os campos.

A relação intrínseca entre o mundo do trabalho e o mundo da educação demanda a articulação intersetorial como dispositivo para mudança no modelo tecnoassistencial. Assim, as políticas propostas pelo DEGERTS também são importantes, porém, aqui como pano de fundo, em função do objeto de estudo que são os processos formativos na graduação em saúde. Desse modo, terá enfoque aqui a política de educação para o SUS, desenvolvida pelo DEGES.

Para construção da política de educação para o SUS na primeira gestão do DEGES, uma das estratégias foi definir a Educação Permanente como conceito pedagógico e político para fortalecer relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2004b). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída por meio da Portaria GM/MS n. 198/2004, tinha como objetivo estimular o

desenvolvimento de iniciativas locais de educação permanente e de qualificação dos profissionais de saúde, articulando instituições de ensino, gestão, serviços e controle social. Para tanto, foi proposta a constituição de Pólos de Educação Permanente (PEP), entendidos como rodas de articulação e diálogo, com a participação dos atores envolvidos com a consolidação do sistema (CECCIM, 2005b).

Além disso, a política de educação para o SUS incluía um conjunto de estratégias como (BRASIL, 2004a; CURSO, 2006):

- a) VER-SUS/Brasil: Vivência-estágio na realidade do SUS, desenvolvido em parceria entre Ministério da Saúde, secretarias municipais de saúde e movimento estudantil da saúde;
- b) Apoio à ação articulada das Associações e entidades relacionadas ao ensino em saúde, organizadas no Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS, em direção à adoção da integralidade como eixo articulador da implementação das DCN na graduação das profissões da saúde;
- c) Construção de critérios e instrumentos de avaliação dos cursos de graduação da área da saúde, numa parceria entre MS, Inep/MEC e FNEPAS;
- d) Desenvolvimento do internato regional: cooperação entre MS, Fórum de Pró-Reitores de Extensão e movimento estudantil;
- e) Apoio à implementação de estratégias inovadoras na formação, preferencialmente multiprofissionais e em parceria com as secretarias municipais de saúde, por meio do AprenderSUS.

Os dirigentes da saúde defendiam que o desenvolvimento de uma política de educação para o SUS necessariamente dependeria de um trabalho conjunto com os dirigentes da educação. Por essa razão, vários foram os movimentos e momentos onde foi possível observar aproximações sucessivas e concretas entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Um deles foi a realização do Seminário Nacional sobre o AprenderSUS e as graduações na saúde. O objetivo principal do evento era “mobilizar atores da gestão do SUS, da educação superior e do controle social em saúde para pensar e propor compromissos entre os setores da saúde e da educação na construção da atenção integral na saúde individual e coletiva” (PEREIRA, 2004).

O AprenderSUS foi uma política interministerial (Saúde e Educação), que buscava estimular a produção de um ensino em coerência com as diretrizes e os princípios

constitucionais do SUS e a implementação das DCN para os cursos de graduação na saúde, tendo como objetivo ampliar o pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação.

Para a implementação do AprenderSUS, as estratégias propostas foram: a) sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde, feita por meio de uma pesquisa nacional, em parceria entre o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o MS ; b) curso de especialização para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação, realizado em parceria entre MS, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e Rede UNIDA ; c) implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança ; d) trabalho articulado com o Ministério da Educação, entre outros (BRASIL, 2004a).

A articulação das diferentes iniciativas tinha por finalidade estimular a sinergia de movimentos inovadores na educação e na prática em saúde, ampliar o apoio institucional do setor educação à mudança na formação e a aproximação entre educação e saúde, considerada indispensável para a construção de referências comuns, sobretudo em relação ao conceito e às práticas de saúde (CURSO, 2006).

O incentivo à criação de residências multiprofissionais em saúde, uma formação diretamente realizada nos serviços, foi outra iniciativa importante dessa gestão. As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas pela Lei n. 11.129/2005, abrangem 13 das 14 profissões da área da saúde e devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais.

Essa fase de elaboração e desenvolvimento de uma política pública de educação para o SUS, partindo do gestor federal, agregou visibilidade ao campo da educação na saúde como estratégico para a consolidação do SUS. Entretanto, a natureza estruturante das políticas de educação para o SUS no âmbito do MS é objeto de controvérsia. Isto porque ainda há o predomínio de uma visão instrumental da construção dos modelos tecnoassistenciais, tendo como foco as normas e os mecanismos de financiamento, evidenciado pelas prioridades orçamentárias nas políticas em desenvolvimento, por exemplo (FEUERWERKER, 2005).

A implantação da política de educação para o SUS proposta pela SGTES enfrentou uma série de obstáculos. Por exemplo, o fato de ser essa considerada uma política-meio, e não uma política estratégica e estruturante do MS. Outro aspecto é com relação à criação de novos espaços para a implantação da política, como foi o caso dos Pólos de Educação Permanente. Uma das dificuldades foi que os vários atores mobilizados não conseguiram construir

mecanismos de convivência, comunicação e pactuação diante do desafio da implementação de uma política inovadora e intersetorial (FEUERWERKER, 2005).

Dificuldade por um lado, potencialidade por outro, pois a política de educação na saúde proposta, ainda que lançada pelo gestor federal, tinha como estratégia principal criar novos espaços democráticos de debate e construção descentralizada. Para que isso ocorresse, foi possível observar ampla mobilização e participação ativa e decisiva de atores – estudantes, professores, integrantes de movimentos sociais, gestores municipais e trabalhadores do SUS – na esfera locorregional.

Dessa estratégia, como resultado positivo que pode ser observado, com maior e menor potencial, foi que com a criação desses espaços de debate e a mobilização de atores distintos e diversos, em dois anos e meio de desenvolvimento da política, vários foram os atores individuais e coletivos constituídos e/ou fortalecidos, sujeitos em ação comprometidos com a mudança. Alguns exemplos são o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), o Movimento Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde, o Fórum das Executivas de Estudantes da Área da Saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação de Educação Popular em Saúde (ANEPS), a formação de facilitadores de educação permanente em saúde e a formação de ativadores de processos de mudanças na graduação.

O FNEPAS, por exemplo, foi criado em julho de 2004, agregando as associações e entidades relacionadas ao ensino das profissões da saúde. Uma das questões enfrentadas pelo FNEPAS era a heterogeneidade existente entre as profissões quanto ao acúmulo de discussão, experiências e atores acerca dos processos de mudança na formação em saúde. Algumas profissões, como a Enfermagem e a Medicina, registram décadas de debate e várias experiências inovadoras em curso; outras recém organizavam e/ou buscavam fortalecer suas associações de ensino, espaços privilegiados para o debate sobre a formação, como, por exemplo, a Psicologia, a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional.

Diante desse cenário, uma estratégia do MS em parceria com as entidades foi financiar projetos específicos para que cada profissão pudesse promover o seu movimento a partir do seu contexto. Como resultado, hoje é possível observar entidades mais organizadas, em permanente produção de seus atores e seus movimentos, embora de modo ainda heterogêneo.

Um dos objetivos do FNEPAS é impulsionar o movimento de mudança na graduação numa perspectiva multiprofissional. Para isso, em 2004 foi elaborado um projeto de cooperação técnica com o MS, que previa várias ações. Em razão do financiamento ter sido parcialmente viabilizado somente em 2006, a principal ação foi a realização de oficinas

regionais multiprofissionais em todo o país. Essa ação teve como um dos resultados o aumento do número de atores envolvidos no movimento de mudança nas várias profissões e regiões do país. Ainda de forma heterogênea, de fato, porém há avanços significativos.

Concomitante, por vezes em articulação, outras estratégias desenvolvidas potencializaram o movimento, em especial pela mobilização e constituição de sujeitos sociais capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica, para difundir e dinamizar os processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. Exemplo disso pode ser observado pela realização do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, a Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, os Estágios de Vivência no SUS – o VER-SUS/Brasil (e suas experiências locais e regionais) e o movimento estudantil da saúde.

As experiências relatadas, além de oportunizar mais espaços para a reflexão, a problematização e a produção de conhecimentos sobre temas relevantes ao movimento de mudança, conseguiram também imprimir novas identidades aos seus atores. Esse é um caminho que registrou importantes avanços nesta década, ainda que possa experimentar idas e vindas, também por consequência da diferença entre políticas de governo e políticas de Estado.

Com a mudança na gestão federal em 2005, as políticas e estratégias descritas passaram por reconfigurações, e outras políticas foram propostas. A seguir, será apresentada a nova configuração das políticas de educação para o SUS.

Não é objetivo deste estudo a avaliação ou a comparação entre as políticas propostas. Como políticas públicas, desenvolvidas com recursos públicos, todas devem ser foco de controle social, de monitoramento e avaliação constantes. O que se quer aqui é relatar a constituição cada vez mais efetiva da educação na saúde como campo de desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais e estratégicas e de práticas sociais relevantes para a consolidação do SUS.

Uma evidência é o destaque que a educação na saúde obteve na pauta das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas em 2003 e 2007. Além disso, em 2006 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES), treze anos após a sua segunda edição. A 3ª CNGTES, bem como suas etapas municipal e estadual, foi realizada em pleno momento de transição na gestão da SGTES e a tensão existente entre as agendas propostas acompanhou todo o processo.

Nessa conferência, a temática ‘Gestão Democrática e Participativa na Educação na Saúde: agenda estratégica e financiamento’, que tratava de temas mais especificamente

relacionados com o campo da educação na saúde, foi responsável por 36% de todo o relatório, produzindo 189 propostas (BRASIL, 2007). A política de educação permanente como estratégia para formação e desenvolvimento de trabalhadores foi assunto de destaque, identificando avanços e dificuldades em sua implementação e reforçando a importância desta política para o SUS (PEREIRA, 2006).

A mudança na gestão da SGTES em julho de 2005 ocorreu por razões que extrapolavam o âmbito do setor saúde. No Ministério da Saúde, além da troca de Ministro (antes do mesmo partido político da Presidência da República), houve também troca partidária. Isto acarretou a mudança de dirigentes em praticamente todas as secretarias do MS. Como é comum em situações análogas, houve uma revisão de várias políticas em desenvolvimento. Na SGTES, a nova equipe adotou uma linha de trabalho própria, o que produziu algum grau de tensão e/ou desarticulação entre os atores envolvidos com as políticas desenvolvidas até então.

As principais estratégias que compõem a política de educação para o SUS propostas pela gestão da SGTES iniciada em 2005, no que diz respeito à formação em nível superior, são (BRASIL, 2008b):

- a) A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reformulada pela Portaria GM/MS n. 1996/07, que, entre outros aspectos, reafirmou a Educação Permanente como norte para as ações educativas na saúde, criou as CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, e vinculou-a ao Pacto de Gestão (um dos componentes do Pacto pela Saúde), colocando as ações de educação na saúde na agenda da gestão do SUS;
- b) O Programa Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica, ação intersetorial que objetiva qualificar equipes de saúde da família em todo o território nacional;
- c) O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, com o objetivo de promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação profissional, com base em três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. O Pró-Saúde foi lançado no final de 2005, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.101, contemplando os cursos de graduação das profissões integrantes da equipe básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, Enfermagem, Medicina e Odontologia. No final de 2007, a Portaria Interministerial n. 3.019 ampliou o Programa para candidaturas de cursos

de graduação das outras profissões da saúde. Tal ampliação atendeu a reivindicações de atores sociais, em especial o FNEPAS, que defendiam a multiprofissionalidade como imprescindível para a efetivação de processos de mudança na graduação e na atenção à saúde;

- d) Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, em continuidade ao processo iniciado na gestão anterior, com a constituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), por meio da Portaria Interministerial n. 45/2007 . Esta Comissão também foi objeto de mobilização de atores sociais que defendiam a potencialidade dessa formação de trabalhadores para o SUS;
- e) A Universidade Aberta de SUS (UNASUS), que busca sistematizar e organizar as iniciativas de educação permanente que contribuam para o aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde e para a qualificação profissional. A prioridade inicial para a construção dessa estratégia é a qualificação em serviço dos trabalhadores da saúde;
- f) O PET Saúde – Programa de Educação Tutorial, criado pela Portaria Interministerial n. 1.507/2007, que se propõe a facilitar a integração ensino-serviço e institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços. Caracteriza-se pela presença de um professor tutor com a missão de orientar e estimular a aprendizagem ativa dos estudantes, além da figura do preceptor, o profissional de saúde que participará da formação dos estudantes nos serviços.

Nas estratégias propostas, predomina a ênfase no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mediante ações para a formação e qualificação dos profissionais que compõem suas equipes. A explicação para isso é a prioridade dada pelo MS à organização da Atenção Básica a partir da ESF, e da reorientação do sistema a partir da Atenção Básica, reforçando o princípio de hierarquização da rede de serviços e da Atenção Básica como porta de entrada do sistema.

Este é um assunto que suscita debate e, por essa razão, mereceria maior aprofundamento. A respeito disso, Cecílio (2001) indaga sobre o melhor caminho para a construção da integralidade como preceito constitucional. A questão é saber se a constituição de uma rede hierarquizada com a Atenção Básica definida como principal porta de entrada daria conta de acolher o usuário em suas necessidades de saúde, oferecendo a ele o cuidado

integral. Aqui, vale o registro para outros momentos de reflexão e debate, para manter o foco sobre a construção de políticas de educação para o SUS.

Uma conquista importante, fruto das iniciativas de articulação entre saúde e educação ocorridas desde a criação da SGTES, foi a constituição da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, por meio do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007. Esta Comissão tem como função “ordenar a formação de profissionais de saúde em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e com os princípios e diretrizes do SUS”. É composta por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde – CONASS, e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (BRASIL, 2008b). A constituição dessa Comissão pode trazer contribuições importantes para o fortalecimento do campo da educação na saúde, a depender da forma como serão conduzidos os trabalhos e a sua permeabilidade e articulação com os movimentos sociais da saúde.

No que diz respeito às políticas para a educação na saúde, como em outras políticas públicas, muitos aspectos podem ser pontuados para o debate. Por exemplo, os modos como são constituídos os espaços e como são produzidas as discussões, além das formas de mobilização e articulação dos atores envolvidos. É possível optar por espaços e fóruns coletivos e diversificados, ou pelo diálogo direcionado a uma determinada profissão ou entidade. Cada opção acarreta resultados distintos. Vale destacar que espaços coletivos em ação são difíceis de se produzir e manter em movimento. Entretanto, várias experiências demonstram a sua potencialidade para fazer valer um estado democrático de direito, e para que a integralidade aconteça de fato na produção do cuidado, nas ações educativas e nas políticas públicas.

Neste resgate da trajetória da construção da educação na saúde como campo de políticas públicas, aparecem propostas, estratégias, conceitos, movimentos, sujeitos e momentos distintos, que buscou demonstrar sua vitalidade e caráter estratégico para a consolidação do SUS. Este resgate é necessário na sequência deste estudo na descrição e na interpretação das ações, reflexões e movimentos que dialogam com as políticas, os atores e os cenários propiciados pelo desenvolvimento desse campo.

Tamanha é a vitalidade do campo que, enquanto este trabalho era produzido, outros movimentos ocorriam em torno das políticas em desenvolvimento e pelos atores apresentados neste relato. Em especial, embora não somente, com relação às residências multiprofissionais em saúde. Isso faz com que algumas informações aqui colocadas sejam datadas para o

momento em que foram produzidas. Porém, permanecem em constante produção de novos cenários, cenas, atores e atos no campo da educação na saúde.

Minha implicada participação nessa trajetória navegou entre oceanos profundos e rios rasos. Ainda organicamente implicada, hoje estou bem menos presente neste cenário. As razões são complexas e multifatoriais, como é a noção de saúde defendemos, como nos é a vida. Fecho esse relato tendo em mente que:

Ler significa reler e compreender, interpretar.

Cada um lê com os olhos que tem.

E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto.

Leonardo Boff

2.2 Cenários, cenas, atores e atos da educação superior

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenho para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

2.2.1 A educação superior em contextos institucionais de mudança e o compromisso social da universidade: um diálogo para o campo da saúde

A universidade enfrentou questionamentos em âmbito mundial sobre seu modo de operar ao longo do século XX e início do século XXI. Para a formação em saúde, no Brasil esse debate decorreu, em grande parte, em função da necessidade de mudança no modelo technoassistencial que passou a demandar novas competências profissionais, como exposto no capítulo anterior.

A pedagogia centrada no professor e na transmissão do conhecimento, a fragmentação de conteúdos disciplinares, a passividade do estudante, o sistema de avaliação baseado na memorização, entre outros aspectos, foram alvos de indagações. É internacionalmente reconhecida a obra de Paulo Freire (1996) que enfatizou a concepção problematizadora da educação e o conhecimento como decorrência do contato dialógico do ser humano com o mundo social, um mundo dinâmico e em transformação contínua. Nesta concepção, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (p. 22). O autor compreende o ato de educar como a possibilidade de libertação do ser humano do determinismo, de construção de sua autonomia, ao valorizar e levar em consideração na aprendizagem as experiências vividas pelos educandos.

Essa concepção problematizadora da educação discutida por Freire (1975, 1996), além de autores como Gadotti (1998, 2005), Alarcão (2001) e Bordenave e Pereira (2007), embasa estudos e propostas de mudança na educação dos profissionais de saúde. No entanto, a concepção tradicional de ensino baseado na transmissão de conhecimento ainda é um dos principais entraves na transformação da educação superior. A substituição da concepção tradicional de educação que Freire denomina como ‘bancária’ para concepções pedagógicas mais dialógicas requer a produção de sujeitos dispostos a questionar as relações de poder entre professores e estudantes e entre os professores (FEUERWERKER, 2002).

Um marco importante para o campo da educação foi o Relatório Delors, elaborado pela Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Nele, estabelecem-se os pilares da educação contemporânea, quais sejam: aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer, como aprendizagens indispensáveis para as políticas educacionais em todos os países (UNESCO, 1998).

Ao discutir os problemas a serem enfrentados para a construção da educação para o século XXI, Morin (2002) expôs o que denomina de sete saberes necessários para a educação do futuro. Para este trabalho, cabe destacar os princípios do conhecimento pertinente. Sobre o tema, o autor fala da inadequação cada vez maior entre “os saberes desunidos, divididos e compartimentados” e “as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários” (p. 36).

Para a construção do conhecimento pertinente, a educação deve tornar evidente o contexto, para permitir que informações e dados tenham sentido e razão de existir. Deve revelar o global, reconhecendo a via de mão-dupla que é conhecer as partes a partir do todo, e o todo pelas partes. Deve expor o caráter multidimensional do ser humano, que é ao mesmo

tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Por fim, evidenciar o complexo, ou seja, a complexidade que existe quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo, a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2002, p. 36-38).

A especialização (apoiada nas disciplinas) do conhecimento, dificultaria a percepção do contexto global, pois extrai um objeto de seu entorno, diluindo grandes problemas humanos e realçando problemas técnicos particulares. No entanto, Morin (2002) ressalta que “não se trata de abandonar o conhecimento das partes pelo conhecimento das totalidades, é preciso conjugá-las” (p. 43-46).

Assim, emerge no debate o papel da universidade e seu compromisso com a sociedade. As teorias críticas que problematizaram as relações entre educação e sociedade, e que destacaram as consequências sociais e políticas da escola brasileira, definem a prática social como ponto de partida e de chegada do desenvolvimento curricular. Porém, para que a escola redimensione suas funções sociais, políticas e pedagógicas, mudanças estruturais devem valorizar a democratização nas relações existentes, o fomento à gestão colegiada e participativa, o maior equilíbrio na distribuição de poder e responsabilidades entre os envolvidos no processo educativo (BRZEZINSKI, 2001). Tais iniciativas são semelhantes às mudanças necessárias para uma nova produção do agir em saúde.

Brzezinski (2001) enfoca o papel dos sujeitos do processo educativo, vendo o gestor como um articulador da construção coletiva do projeto pedagógico (PP), essência da organização do trabalho pedagógico e da produção do conhecimento. Destaca o PP como elemento mediador entre a cultura interna à escola e a cultura externa do sistema de ensino e da sociedade. Enfatiza que “a transformação da escola historicamente conservadora e racional em escola reflexiva e emancipadora é um processo em construção e não ocorre sem rupturas” (p. 79). Para isso, a criação de espaços democráticos com poder de deliberação e que consigam produzir desestabilização das relações tradicionais de poder deve ser entendida como estratégia prioritária.

O PP pode ser definido como um instrumento teórico-metodológico que facilita o enfrentamento dos desafios do cotidiano, por expressar uma ação planejada, refletida, sistematizada, científica e participativa, dando um novo significado à ação dos atores envolvidos (DEMO, 1998). Decorrente do PP, o currículo deve ser compreendido como construção histórica e social. O currículo é um ‘território político’ e envolve questões relativas à ideologia, à cultura e ao poder, que pode ou não reproduzir culturalmente as estruturas sociais e a ideologia dominante (MOREIRA; SILVA, 1994; SILVA, 2007).

Ao se propor uma educação problematizadora e buscar promover mudanças nos modos de produção das relações, mais do que tentar remover o poder existente nesse território político, as instituições educacionais precisam estabelecer estratégias para reconhecer e cartografar, a todo momento, essas relações de poder e seus sujeitos. Dessa forma, o currículo “como campo cultural, como campo de construção e produção de significações e sentidos, torna-se, assim, um terreno central de luta pelas transformações nas relações de poder” (MOREIRA; SILVA, 1994, p. 30).

Vale mencionar a diferença entre o currículo proposto e o currículo executado. Sacristán (1998) entende o currículo como uma confluência de práticas e propõe uma interpretação do currículo de forma processual. Em razão disso, enxerga o currículo em fases como: a) o currículo prescrito que expressa os princípios institucionais; b) o currículo planejado, aquele exposto em manuais e ementas; c) o currículo organizado em recursos educacionais e infraestrutura; d) o currículo em ação, como aquele que acontece na prática; e e) o currículo avaliado, que revela os aspectos valorizados no processo de ensino-aprendizagem. A leitura analítica de um currículo deve levar em consideração essas diferenças (por vezes sutis), que podem resultar em distintos processos educacionais a que se propõe a instituição de ensino.

Moreira e Silva (1994) e Silva (2007, p. 78), quando da compreensão do papel do currículo na produção e reprodução cultural e social e na formação de sujeitos sociais, discutem o conceito de currículo oculto. O currículo oculto seria entendido como os “aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes” e, a partir disso, ensina atitudes, comportamentos, valores e orientações. Porém, mais do que analisar o papel das experiências e dos objetivos não explícitos, é preciso expor a sua existência e criar estratégias para ampliar o escopo do currículo oficial.

Na formação em saúde, além da concepção de educação adotada, o currículo deve expor a concepção de saúde, o perfil e papel do profissional que se deseja formar. Para além disso, ao se propor analisar uma experiência de ensino na formação em saúde, deve-se ter em mente que a formação e a constituição de sujeitos sociais acontecem, sim, nos espaços formais e a partir do que o currículo propõe como conhecimento necessário, mas não somente. A formação de um sujeito social, crítico e comprometido com as transformações de sua sociedade acontece em toda e qualquer situação relacional, formal e informal, a que está exposto em seu cotidiano.

Por essa razão, além das discussões apresentadas acerca da concepção de educação e do currículo, outros aspectos são importantes para compreender como ocorre o processo formativo em saúde, em especial as atividades que estimulem o trabalho em equipe multiprofissional, objeto desta pesquisa. Para tanto, a seguir serão trazidos estudos sobre o movimento de mudança na educação na saúde, com a finalidade de entender e mapear os temas em destaque para a formação em saúde.

2.2.2 O movimento de mudança da educação na saúde: complexo caminho, avanços e desafios

Ainda que o modelo francês tenha influenciado a formação médica no Brasil no início do século XX (EDLER; FONSECA, 2006), o ‘modelo flexneriano’, originado nos Estados Unidos, foi gradativamente adotado como padrão na organização curricular na área da saúde no país, principalmente na década de 1940. Suas principais características são a organização do currículo em disciplinas, divididas em dois ciclos de formação – básico e profissionalizante; a delimitação e aprofundamento de áreas de estudos em especialidades; e o ensino centrado no hospital de ensino (LAMPERT, 2002).

Quando proposto pelo educador Abraham Flexner, em 1910, o Relatório Flexner tinha como objetivo a reforma do ensino médico na América do Norte com a superação da medicina empírica, enfatizando seu caráter científico, em parte pela necessidade de ordenar a prática médica (FLEXNER, 1910). Ou seja, a proposta partiu da necessidade de superação do modelo existente, que não mais oferecia respostas adequadas à realidade, e produziu uma mudança de paradigma tanto na educação, como na organização dos serviços.

Na graduação em saúde, a especialização induziu à organização dos conhecimentos em disciplinas e dos seres humanos em sistemas orgânicos, e a perda da terminalidade da formação em graduação. Nos serviços, a especialização promoveu avanços na produção do conhecimento clínico-cirúrgico. Porém, na organização da prática ela acarretou o aumento do número de consultas, diminuiu a resolubilidade dos problemas de saúde, dificultou a construção de vínculos na relação médico-paciente, e onerou os serviços pela necessidade de exames e recursos terapêuticos, em decorrência também da forma de organização do setor (FEUERWERKER, 2002). A superação do modelo flexneriano é hoje um dos maiores

desafios para a mudança na formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

No âmbito da saúde, os primeiros movimentos com o propósito de formular um novo paradigma que superasse o modelo flexneriano foram iniciados na década de 1960, com a entrada em cena da Medicina Preventiva, a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas universidades brasileiras e a proposta de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Para as transformações ocorridas no campo da saúde, desde a APS à organização do SUS, ocorreram longas e árduas batalhas com grande mobilização social do movimento da Reforma Sanitária, em parte relatadas no capítulo anterior, e aprofundadas por autores como Chaves (1994), Almeida (1999), Mattos (2001), Guedes (2001), Lampert (2002), Feuerwerker (2002).

No campo da educação, como citado anteriormente, desde a década de 1970 é possível registrar passos em direção à construção do movimento de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, inicialmente envolvendo as graduações em Medicina e Enfermagem.

Contudo, embora as iniciativas desenvolvidas entre 1970 a 1990 tenham sido importantes para a conformação do movimento de mudança, acumulando argumentos favoráveis à necessidade de mudar a educação na saúde, pouco se conseguiu em resultados efetivos. Já na década de 1990 e início do século XXI, as iniciativas de mudança na formação produziram resultados mais significativos pela maior capacidade de mobilização social, com a constituição e/ou fortalecimento de sujeitos individuais e coletivos na construção de uma nova configuração acadêmica: uma mudança feita a partir da articulação entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias (FEUERWERKER, 2002).

Autores como Marsiglia (1995); Almeida (1999); Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999); Rede Unida (2000); Feuerwerker (2002); Lampert (2002) estudaram e/ou relataram as propostas desenvolvidas no país nas quatro últimas décadas do século XX. As principais propostas de mudança na formação em saúde desenvolvidas no Brasil, em especial na educação médica, das últimas quatro décadas foram:

- a) A Integração Docente-Assistencial: experiências desenvolvidas no Brasil na década de 1980, para aproximar as escolas dos serviços de saúde (MARSIGLIA, 1995; ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 2002);
- b) Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences: criada em 1979, tinha como conceitos centrais a educação

orientada para a comunidade e a aprendizagem baseada em problemas (ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT, 2002);

- c) O Programa UNI – uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade: desenvolvido na década de 1990 no Brasil e em países da América Latina e Caribe, tendo como princípio a intersecção dos espaços da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade como capaz de criar uma nova proposta de formação e trabalho em saúde (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999; REDE UNIDA, 2000; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT, 2002);
- d) A CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico: criada em 1991 por um colegiado de onze entidades ligadas à prática e ao ensino da Medicina, em contraposição à proposta de instituir um ‘exame de ordem’ para a categoria. Tinha como propósito final o desenvolvimento de projetos de transformação da educação médica, mas não avançou o necessário para atingir tal objetivo (ALMEIDA, 1999; SANTOS, 2001; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT, 2002; SIQUEIRA, 2006).

Outras iniciativas decorreram do movimento produzido pelas quatro citadas. Não é objetivo deste trabalho aprofundar ou avaliar essas experiências, pois os autores citados já o fizeram de forma detalhada. Cabe aqui pontuar o que delas foi produzido e acumulado técnica e politicamente, para intensificar e impulsionar o movimento de mudança na graduação na saúde. O intuito é ampliar a caixa de ferramentas para pensar os aspectos relevantes dos processos de mudança na graduação, tendo como foco a multiprofissionalidade.

Várias experiências estão em curso no país, de porte e abrangência variáveis, que mostram as possibilidades de uma educação de profissionais de saúde em articulação com o SUS, enfrentando cotidianamente desafios políticos, conceituais, metodológicos, técnicos e operacionais (FEUERWERKER, 2002; TERADA; NAKAMA, 2004; DELLAROZA; VANNUCHI, 2005; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005b; KODJAOGLANIAN; CABRAL, 2006; MOÇO; FALCÃO; MIRANDA, 2007).

Feuerwerker (2002) desenvolveu um estudo especificamente sobre a educação médica, mas que caberia a todas as carreiras da área, e levantou diretrizes e aspectos relevantes sobre os processos formativos em saúde. Entre eles, destacam-se: a relevância da educação ser

orientada para as necessidades de saúde da sociedade; a concepção do ser humano em sua complexidade e da saúde no seu conceito ampliado; a articulação entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias, por meio da parceria (entendida como a co-gestão) nas atividades educacionais; a conformação de espaços coletivos de trabalho e de discussão com vistas à democratização das relações; a elaboração do projeto pedagógico com a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo formativo, inclusive os atores externos às instituições de ensino; a concepção problematizadora da educação e o ensino interdisciplinar, com a integração entre teoria e prática; a diversificação de espaços de prática de ensino, incluindo os cenários dos serviços e da comunidade; o desenvolvimento de processos de avaliação coerentes com uma concepção de educação crítico-reflexiva; o estímulo ao trabalho multiprofissional, com experiências de práticas articuladas entre várias carreiras.

A autora atualiza e aprofunda esses aspectos e enfatiza como imprescindível a cartografia cotidiana dos atores e grupos de poder e seus interesses distintos, além de valorizar os espaços democráticos de participação, escuta e reflexão coletiva (FEUERWERKER, 2004; 2006).

Além disso, num estudo sobre a formação em Odontologia, Arouca e Machado (2007) observaram a necessidade de apreensão da cultura particular de cada escola e do efeito desta no currículo. Entender que a escola é um espaço social onde ocorrem interações sócio-culturais torna-se condição fundamental para compreender os limites e as possibilidades da implantação de propostas inovadoras na formação em saúde.

Os estudos sobre as várias experiências de mudança na formação em saúde produzem importantes temas para reflexão no campo da educação na saúde, e trazem estreita relação acerca dos possíveis e necessários diálogos entre a educação e a saúde. Cada aspecto pontuado carrega em si uma série de desafios aos sujeitos envolvidos e a necessidade de elaboração de estratégias de ordens técnica e política para sua operacionalização.

A seguir, serão apresentados temas e políticas do campo da educação a fim de visualizar a intrínseca relação entre os setores saúde e educação, com o intuito de provocar o diálogo para o fortalecimento do movimento de mudança na formação e na prática de profissionais de saúde.

2.2.3 As políticas educacionais e a implementação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de graduação na saúde: um diálogo necessário

No campo da educação, ainda que se tenha produzido um amplo debate teórico-conceitual, pouco se observou na reformulação de práticas implicadas com a mudança do modelo educacional (fragmentado e disciplinar), vigente desde o início do século XX, e hegemônico na maioria das instituições de ensino superior.

A aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9.394/96 (LDB), ao extinguir o currículo mínimo (baseado no modelo flexneriano), possibilitou maior flexibilidade para as instituições elaborarem seus currículos, considerando as características regionais, as necessidades sociais e outras especificidades. Com a publicação do Edital n. 4/97, o Ministério da Educação (MEC) impulsionou a discussão sobre as diretrizes curriculares e convocou entidades e instituições a elaborarem propostas para sua construção (ALMEIDA et al, 2005).

Para os atores comprometidos com o movimento de mudança no modelo technoassistencial em articulação com a mudança na formação de profissionais de saúde (entre eles, a Rede UNIDA e as associações de ensino da área), o debate sobre a elaboração das diretrizes curriculares nacionais (DCN) foi estratégico. Era uma oportunidade de aproximar políticas educacionais e políticas de saúde, valorizando o preceito constitucional que define o SUS como ordenador da formação de profissionais para o sistema.

Pela experiência acumulada no movimento de mudança na formação de profissionais de saúde e com o objetivo de contribuir com a discussão, a Rede UNIDA apresentou propostas à elaboração das DCN para as carreiras da saúde. Com destaque, apareciam as competências gerais e específicas dos profissionais de saúde, aspectos relevantes acerca da relação teoria e prática, entre outros (REDE UNIDA, 1998). As competências gerais de atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, comuns a todos os profissionais, estão presentes nas DCN de onze cursos da saúde, à exceção dos cursos de Ciências Biológicas, Educação Física e Serviço Social (ALMEIDA et al, 2005).

A homologação das DCN para os cursos de graduação das quatorze carreiras da saúde reconhecidas pela Resolução CNS n. 287/98 ocorreu em quatro momentos, entre novembro de 2001 e março de 2004. Em 10 das 14 carreiras, as DCN vinculam a formação profissional ao sistema de saúde vigente (ALMEIDA, 2005). Com a homologação das DCN, foi possível para

as lideranças do setor saúde aumentar a pressão sobre as instituições de ensino superior para a mudança na educação em articulação com o sistema de saúde.

As DCN, para os cursos da saúde, têm como objetivo orientar a elaboração de PPs que contemplem a saúde em seu conceito ampliado e como direito de cidadania. Elas demandam a articulação de saberes para além do conhecimento biomédico, tendo como princípio a integração entre ciclos básico e clínico, entre teoria e prática e entre as dimensões bio-psico-sociais do processo saúde-doença, numa abordagem interdisciplinar e multiprofissional. Os cursos devem oferecer aos estudantes oportunidades de vivenciarem os diferentes arranjos tecnológicos do trabalho em saúde em diferentes espaços e situações, dando destaque ao papel na prática na construção do saber. Eles devem, ainda, prever a concepção problematizadora da educação e a construção de um currículo integrado, superando o ensino fragmentado, além de prever métodos de avaliação coerentes com a concepção de educação proposta (FEUERWERKER, 2002; PEREIRA et al, 2006).

Porém, anos após a sua homologação, ainda há um número expressivo de dirigentes, professores e estudantes que ignoram, desconhecem ou não compreendem completamente o sentido das DCN. Observam-se disputas cotidianas entre as práticas instituintes e as instituídas, e o assunto mobiliza mais os atores da saúde, em especial as associações e entidades relacionadas ao ensino das profissões da saúde, do que os da educação.

Diversos documentos das políticas educacionais desenvolvidas pelo MEC referem-se às DCN como norteadoras de sua formulação. Porém, a sua implantação como estratégia indutora de processos de transformação da educação superior no país (ao menos na perspectiva das discussões do setor saúde), não parece se configurar como agenda prioritária pelo MEC (FEUERWERKER, 2006).

Na análise do conjunto das políticas desenvolvidas pelo MEC para a educação superior na atual gestão, há uma prioridade para as ações de expansão e ampliação do acesso a essa formação, como exemplos: o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), o Programa Universidade para Todos (ProUni), o Programa Milton Santos de Acesso ao Ensino Superior (Promisaes), o Sistema Universidade Aberta do Brasil, entre outros.

Com relação à aproximação e à articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação para a elaboração de políticas intersetoriais no campo da educação na saúde, dois trabalhos publicados em 2006 são considerados como referências que contribuem para o desenvolvimento de políticas de formação e de inserção profissional na saúde. Um deles diz respeito a uma avaliação da trajetória dos cursos de graduação das 14 profissões da saúde no

período de 1991 a 2004, que concluiu, entre outras questões, que a implementação das DCN se constitui em condição fundamental para a mudança do perfil profissional na perspectiva da atenção integral à saúde (BRASIL, 2006a).

O outro estudo analisou a aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às DCN, tendo como base a avaliação do MEC entre 2001 e 2004. Em suas conclusões, o estudo reforçou a relevância do papel indutor das DCN na mudança da formação em saúde, além da avaliação como ação estratégica para induzir e/ou aumentar compromissos e responsabilidades sociais das instituições de ensino superior (BRASIL, 2006b).

Ou seja, acumulam-se argumentos favoráveis que explicitam e legitimam a urgência de políticas educacionais especificamente indutoras da implantação das DCN, para que os processos de mudanças da graduação na saúde sejam feitos em articulação com a reorganização das práticas do trabalho em saúde.

Como ações intersetoriais, três políticas são destacadas nessa articulação: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde; o Programa de Educação Tutorial – PET-Saúde; e as Residências Multiprofissionais em Saúde (BRASIL, 2008b). À exceção das residências multiprofissionais, com experiências anteriores ao seu reconhecimento por lei em 2005, os dois primeiros são programas existentes há menos de cinco anos que, de alguma forma, mobilizam as instituições de ensino por meio de seus editais para sua implantação e seu financiamento. Em razão disso, tais programas precisam ser acompanhados e avaliados, com ampla participação e controle social, para que seja possível, posteriormente, analisar suas contribuições para a mudança na formação em articulação com o SUS.

Outra consideração é quanto ao possível (e necessário) diálogo dessas políticas intersetoriais com duas políticas estruturantes do MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (Sesu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), para a educação superior no país: o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes).

Com a expansão do sistema federal de educação, o Reuni objetiva ampliar o acesso e a permanência de estudantes na educação superior. As ações preveem o aumento de vagas nas instituições de ensino superior federais, a ampliação ou abertura de novos cursos noturnos, o aumento do número de alunos por professor, a redução do custo por aluno, a flexibilização de currículos e o combate à evasão. Entre os desafios colocados pelo Reuni, destacam-se: a

ampliação da mobilidade estudantil, com a implantação de regimes curriculares e sistemas de títulos que possibilitem a construção de itinerários formativos; a revisão da estrutura acadêmica, com reorganização dos cursos de graduação e atualização de metodologias de ensino-aprendizagem; e a articulação da graduação com a pós-graduação e da educação superior com a educação básica (BRASIL, 2009).

Várias dessas prioridades poderiam, em tese, potencializar a implantação das DCN para os cursos da saúde. No entanto, os documentos oficiais não explicitam as estratégias para sua operacionalização. À luz dessas políticas educacionais, caberia questionar se, de fato, é possível estabelecer um diálogo efetivo dessas propostas em coerência com as DCN para os cursos de graduação na saúde.

Outro ponto importante diz respeito ao Sinaes, criado pela Lei n. 10.861/04, sistema pelo qual o MEC avalia as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes de forma integrada, levando em consideração aspectos como ensino, pesquisa, extensão, responsabilidade social, gestão da instituição e corpo docente (SINAES, 2004). Enquanto o Sinaes tramitava como projeto de lei, novamente os atores do setor saúde se organizaram em espaços coletivos, com o objetivo de articular o sistema de avaliação da educação superior e a política de educação para o SUS.

Apesar de toda essa mobilização, o resultado não refletiu o movimento produzido pelos atores da saúde. Em janeiro de 2006, o MEC apresentou o ‘Instrumento Único de Avaliação de Cursos de Graduação’ que, segundo ele, tem como referência as DCN, os padrões de qualidade da educação superior e os princípios e diretrizes do Sinaes. A matriz orientadora do Instrumento é composta por três categorias: 1) organização didático-pedagógica; 2) corpos docente, discente e técnico-administrativo; e 3) instalações físicas. Caracteriza-se pelas abrangência e flexibilização necessárias para assegurar uma avaliação fidedigna dos cursos, o respeito às peculiaridades de suas DCN, a diversidade regional e a identidade institucional (BRASIL, 2006c).

Um instrumento único de avaliação que objetive contemplar o heterogêneo universo das áreas de formação em educação superior no país, pode se tornar genérico em demasia para que o sistema de avaliação se estabeleça como uma política indutora e potencializadora da transformação dessa área de formação. Para o setor saúde, a força que a avaliação institucional e de cursos poderia ter para impulsionar a implantação das DCN não se verifica até o momento, e a especificidade da saúde acaba diluída ou não contemplada pela generalidade do instrumento. Por exemplo, no que diz respeito à diversificação de cenários de prática profissional e à necessária articulação com os serviços de saúde.

Diante desse cenário estabelecido, uma estratégia para produzir um diálogo possível e concreto entre o Instrumento Único de Avaliação de Cursos e as DCN da saúde é trabalhar na formação dos sujeitos que compõem as comissões multidisciplinares de avaliação. Temas fundamentais tratados pelo movimento de mudança na graduação em saúde, discutidos ao longo deste trabalho, precisam se tornar referências teórica, conceitual, metodológica e, especialmente, da prática dos avaliadores do Inep, responsáveis pela verificação in loco dos cursos e das instituições.

A implantação das DCN, para a maioria das profissões da saúde, tem o potencial de provocar uma verdadeira transformação nos PP dos cursos. As diferentes experiências de mudança na graduação já implementadas no país possibilitam vislumbrar muitas oportunidades e estratégias para a construção desses processos de mudança. A formação de sujeitos que desvelem as questões e os temas relativos ao movimento de mudança na graduação em saúde, capazes de fazer valer a implantação das DCN como estratégia institucional, é tarefa cotidiana dos atores comprometidos com este movimento e com o SUS.

Neste trabalho, o enfoque se volta à proposição de atividades que privilegiem a multiprofissionalidade na graduação na saúde, entendidas como um dos espaços de prática onde o trabalho em equipe na produção do cuidado em saúde ocorra em ato. E é a produção do cuidado, como eixo dos processos formativos, o núcleo estratégico a ser transformado para a mudança na prática dos profissionais de saúde. Por essa razão, o tema do trabalho em equipe multiprofissional será aprofundado no capítulo que segue.

2.3 O trabalho em equipe multiprofissional na educação na saúde

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
Que já têm a forma dos nossos corpos
E esquecer os velhos caminhos
Que nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la,
Teremos ficado para sempre, à margem de nós mesmos...

Fernando Pessoa

2.3.1 A produção do ato de cuidar transborda as margens dos núcleos profissionais

Os temas apresentados até aqui desafiam cotidianamente usuários, gestores e trabalhadores da saúde e da educação a pensarem e agirem no mundo do trabalho em saúde. A premissa é que é possível a produção de atos de saúde pautada pelo cuidado integral, como núcleo do processo de trabalho, e no usuário (individual e coletivo) como sujeito produtor de diferentes modos e normas de adoecer e viver o mundo.

Neste cenário, a integralidade, como princípio e prática, diz respeito a um 'entre-relações de pessoas' como interações positivas entre usuários, trabalhadores e instituições. Mais ainda, trata-se de um dispositivo político que questiona saberes e poderes instituídos e pode provocar, a partir do ato dialógico, o engendramento de novos arranjos sociais e institucionais em saúde, muitas vezes permeados de conflitos e contradições a serem discutidos e negociados (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 21).

Apesar da sua potência, a integralidade ainda não se faz predominante na prática dos serviços. A chamada 'equipe de saúde', em muitos locais, reitera ações centradas nas profissões e nos procedimentos, reforçando a subordinação do conjunto dos profissionais de saúde ao profissional médico. Mesmo tendo uma postura crítica em relação a esse modelo, os profissionais continuam herdando práticas e projetos terapêuticos pautados pela racionalidade biomédica (PEDUZZI, 2007).

Na determinação desta herança, um fato a considerar é que, à exceção da Medicina, Enfermagem e Farmácia, profissões seculares, as demais profissões da saúde foram regulamentadas ao longo do século XX: Serviço Social, Odontologia e Medicina Veterinária na década de 1930; Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional na década de 1960; Biologia e Biomedicina em 1979; Fonoaudiologia em 1981; e Educação Física em 1998.

Muitas dessas profissões foram criadas em decorrência das grandes guerras mundiais, do desenvolvimento tecnológico e da conseqüente divisão e especialização do trabalho médico. Seu delineamento ocorreu a partir do conhecimento disciplinar e da prática especializada (reproduzida pelo modelo flexneriano), tendo como referência a racionalidade médica contemporânea, que trata da medicina do corpo, das lesões e das doenças (CAMARGO JUNIOR, 1995).

Ao longo de sua criação, cada área profissional buscou constituir e delimitar seu núcleo de saberes e práticas. Este, ao ser reproduzido socialmente no sistema de ensino e no

exercício profissional, caracterizaria a profissão no mundo do trabalho, conferindo-lhe identidade. Um profissional de saúde é definido pela “sua condição objetiva de assistir, sua habilitação técnica para a clínica, sua profissionalização para o ato terapêutico, sua dedicação ao cuidar” (CECCIM, 2004, p. 262).

A esses aspectos constitutivos das profissões, somaram-se fatores como a lógica de organização dos serviços de saúde e do mercado de trabalho capitalista, além da reprodução do ideal de prática liberal, reforçada pela criação e atuação dos conselhos profissionais. Ao se efetivarem como órgãos regulamentadores e reguladores do exercício profissional, os conselhos tenderam a valorizar as especialidades (hoje presentes em quase todas as carreiras da saúde), a reserva de mercado e a manutenção do poder e da ascendência de uma categoria sobre as outras.

Num processo instituído de ordenação dos núcleos profissionais, cada uma das 14 profissões da saúde, em movimentos semelhantes, procurou determinar seu território de domínio pela conformação de objetos de prática, práticas e saberes. Assim, o mundo do trabalho e das práticas de saúde contemporâneas se configurou a partir de ‘territórios nucleares das profissões’ (MERHY, 2005, p. 196), constituindo, dessa forma, o campo profissional da saúde.

Os conceitos-ferramentas apresentados neste trabalho permitem enfatizar a defesa de uma produção da saúde (e da vida) que exige outra configuração para o mundo do trabalho em saúde. Nesta perspectiva, o ato de cuidar parte do reconhecimento da saúde como direito humano e de cidadania e transborda as margens dos núcleos profissionais. A terapêutica extrapola os limites profissionais, pois “ocorre em vários planos e pode se realizar a partir de múltiplas categorias profissionais, múltiplos setores e campos de conhecimento” (CECCIM, 2004, p. 262).

O usuário, buscando o cuidado como “referente simbólico da saúde”, pede muito mais do que o agir tecnológico que um profissional (ou a soma deles) pode fornecer (MERHY, 2005, p. 201). A tradução da integralidade numa prática cuidadora, deve abarcar a concepção de saúde que promova a inclusão de pessoas e, além da terapêutica, deve produzir o “conhecimento e sensação de cuidado, autonomia e desejo de vida em cada usuário” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 165). Há possibilidade real de diálogo com o concreto mundo da vida?

Merhy (2005, p. 199-200) resgata a caixa de ferramentas tecnológicas do trabalhador da saúde (as tecnologias leve, leve-dura e dura), denominando-as de valises das relações (os modos de se comunicar com o outro), da cabeça (saberes e fazeres tecnológicos) e da mão

(equipamentos), que podem ser constituídas com base em dois núcleos: o núcleo cuidador e o profissional-centrado. O cuidado, como referente simbólico da saúde, requer outros territórios de saberes e práticas que não são específicos a qualquer profissão, porém, a todas envolvem e criam ‘porosidades’ entre o mundo das profissões entre si e entre o mundo dos trabalhadores e dos usuários.

Essas porosidades estão localizadas, em especial, nas valises de relações que, ao operar as tecnologias leves, promovem o encontro e as relações de alteridade com o usuário, fazendo da dimensão cuidadora das práticas o lugar de produção do ato de cuidar que se compromete de fato com a vida do outro. São essas porosidades que invadem os núcleos profissionais e os desterritorializam. É a oportunidade de abertura para um novo mundo do trabalho que se abre para o mundo dos usuários, invadindo os núcleos tecnológicos de ação e olhando o “ato de cuidar como um fazer coletivo voltado para a defesa da vida, individual e coletiva” (MERHY, 2005, p. 206).

Este novo mundo do trabalho em saúde exige outra compreensão dos conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas. Para dialogar com este mundo de produção instituinte de atos de saúde, entre os referenciais acerca desses conceitos, por vezes divergentes entre si, apóia-se aqui nas definições trazidas por Campos (2000, p. 220), ao referir o campo como o “espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”; e núcleo como “uma aglutinação de conhecimentos, o espaço que demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional”.

O autor ressalta que essa definição de núcleo reconhece a necessidade da construção de identidades sociais para as profissões e para os campos de saber. Contudo, os núcleos seriam organizados de forma a favorecer a sua flexibilização, valorizando a democratização das instituições, sendo estruturados de forma a permanecerem abertos a distintos campos de influência. Dessa forma, núcleo e campo se interinfluenciariam o tempo todo, não sendo possível determinar limites precisos entre um e outro.

No cuidado em saúde, esse movimento poderia se dar, por exemplo, no momento da produção do projeto terapêutico e dos atos de cuidado de cada profissional, a serem elaborados e compartilhados coletivamente entre os profissionais, com a participação efetiva do usuário.

No diálogo desses conceitos com as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da saúde, é possível complementar ao campo como delineado pelas competências gerais comuns

a todas as profissões; e os núcleos como as competências e saberes específicos a cada área profissional.

Ao referenciar o cuidado como núcleo do processo de trabalho em saúde, trabalhar em equipe “é o que permite passar de uma dimensão estritamente prescritiva dos processos de trabalho para uma dimensão ampla do agir” como potência da equipe em situação de trabalho (BARROS; BARROS, 2007, p. 83). Para ampliar a noção de trabalho em equipe, com base na abordagem ergológica das situações de trabalho, os conhecimentos gerais e saberes práticos devem ser conjugados para fazer avançar no que as práticas coletivas produzem, pois os “aspectos coletivos de uma atividade são tanto observáveis como invisíveis, formalmente prescritos como clandestinos, formalizados e referenciados como indizíveis ou inclassificáveis” (EFROS, 2004 apud LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 48).

Nessa perspectiva, o campo se ampliaria e amplificaria, as profissões se abririam às porosidades dos núcleos, os atos de saúde se tornariam instituintes de novos modos coletivos de pensar e agir, os encontros e as relações entre sujeitos e fazeres se produziriam ao serem produzidos. O mundo do trabalho em saúde transbordaria ao acolher o cuidado como território e referente simbólico para produção da saúde e em defesa da vida. Esta é a proposta e a aposta coletiva que se faz para a mudança na educação e na prática dos trabalhadores da área da saúde. Para que isso ocorra, o trabalho em equipe multiprofissional é condição vital, como será visto a seguir.

2.3.2 O trabalho em equipe multiprofissional: arranjos, interações, diálogos

Embora imersas na complexidade do mundo do trabalho, são várias as experiências de trabalho em equipe multiprofissional em desenvolvimento nos serviços de saúde, que mostram as possibilidades reais de sua ação enquanto coletivo, tornando-se tema de análises. Desse modo, emergem diferentes concepções de trabalho em equipe, inicialmente entendido como um conjunto de profissionais que, não apenas atua num mesmo espaço, mas também promove interação constante para a realização de suas atividades.

Para Ceccim (2005, p. 168-169), o trabalho em equipe decorre do “esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho como interação social entre os trabalhadores com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo”.

Ao estudar o tema, Peduzzi (1998; 2007, p. 162) discutiu aspectos relativos às relações de poder existentes entre os profissionais e entre profissional e usuário, às divisões técnica e social do trabalho, às diferenças sócio culturais e econômicas dos trabalhadores em saúde, à comunicação entre os agentes, à tensão entre a autonomia técnica, flexibilização e especificidade do trabalho especializado. A autora concebe o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo realizado com base na “relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos profissionais das diferentes áreas profissionais” onde o agir comunicativo é utilizado para configurar a articulação das ações e a cooperação.

Com base no estudo realizado, a autora propôs duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe agrupamento, caracterizada pela justaposição das ações e o agrupamento de agentes; e a equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Assim, o trabalho multiprofissional diz respeito “à recomposição de diferentes processos de trabalho” que necessitam “preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe” (PEDUZZI, 1998; 2007, p. 162).

Desse modo, o trabalho em equipe multiprofissional como modalidade de trabalho coletivo prevê a convergência entre ações técnicas e a interação dos sujeitos, sendo esse um processo dinâmico, processual e permeado por conflitos. A articulação das ações requer um investimento e um movimento consciente e ativo dos agentes, sejam eles gestores, profissionais de saúde e da educação (PEDUZZI, 1998).

Outro estudo afirma que “a equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado ao usuário”. Relata que o trabalho em equipe de saúde envolve uma “rede de relações (de trabalho, poder, afeto, gênero) entre pessoas, produzidas no cotidiano, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos” (MATUMOTO et al, 2005, p. 14).

Interessante também o trabalho que se apresenta como co-engendramento entre trabalhadores e com o processo de produzir, o “trabalho que se move, se faz coletivamente, muda ao mudar e se reinventa pelos encontros que o constituem”; que coloca em operação o saber do trabalhador e a potência da experiência coletiva na situação de trabalho. Somente por ela, pelo encontro com o outro, torna-se possível criar novas normas no trabalho. E esse encontro requer cooperação, confiança, solidariedade, costura (BARROS; BARROS, 2007, p. 76-77).

Aliado a isso, em relação análoga com a produção no campo da educação a respeito das possibilidades de interação entre as disciplinas, as relações profissionais também acontecem de diferentes formas no trabalho em equipe multiprofissional. Quanto às formas de relações e interações profissionais, é possível caracterizá-las numa perspectiva multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar, como será visto a seguir.

A interação multidisciplinar é caracterizada pelo movimento de disciplinas (e profissionais) que se somam para realizar uma tarefa que exigiria diferentes olhares sem, no entanto, deixar transparecer diretamente as relações que podem existir entre elas. Na saúde, o trabalho em equipe multiprofissional de interação multidisciplinar ocorre quando vários profissionais estão reunidos num mesmo espaço, cada um trabalhando isoladamente no seu núcleo de saberes e práticas. Porém, a ausência de uma articulação não significa necessariamente uma ausência de relação entre estes profissionais (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2000; IRIBARRY, 2002).

Também é possível que ocorra a pluridisciplinaridade, caracterizada pelo relacionamento efetivo de disciplinas entre si, geralmente situadas no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo que apareçam as relações existentes entre elas. Aqui, são estabelecidos objetivos comuns a serem atingidos por meio de estratégias de cooperação entre as disciplinas. No entanto, a cooperação não é automática, ainda que estabeleça contatos entre os profissionais e suas áreas de conhecimento. Um exemplo dessa relação como modalidade de trabalho em equipe seria o caso de um usuário atendido por uma determinada especialidade médica que o encaminharia para outros profissionais de saúde, num sistema de referência e contra-referência (JAPIASSU, 1976; IRIBARRY, 2002).

A outra forma de trabalho em equipe multiprofissional pode ocorrer pela interdisciplinaridade, que produz um movimento de criação de uma zona de interseção entre as disciplinas, para a qual um objeto específico seria designado. Aqui, há o estabelecimento de canais e trocas entre os campos disciplinares em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2000). No trabalho em saúde, a interdisciplinaridade é encontrada nos serviços de Saúde Mental, por exemplo, compostos por equipe de trabalhadores responsável pela atenção à saúde dos usuários.

Cabe ressaltar, entretanto, que apesar do esforço empreendido nas últimas quatro décadas em busca da flexibilização das fronteiras disciplinares, até o momento o que se avançou foi, ao menos, no estabelecimento de um diálogo entre os profissionais mais identificados com uma e outra disciplina, gerando determinados ‘especialismos’. As três formas de relacionamento profissional apresentadas, ainda que estabeleçam em maior ou

menor grau o contato, a relação e a cooperação entre os profissionais e as disciplinas, são modos onde prevalecem a “manutenção das fronteiras disciplinares (e de práticas profissionais), dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes” (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2000, p. 74).

A manutenção dessas fronteiras pode conformar os especialismos como “práticas que autorizam o saber sobre o que é melhor ou pior para o outro”, podendo invalidar o saber/fazer desse outro e produzir “separações hierárquicas entre os diferentes saberes disciplinares e/ou os saberes da experiência da prática” (BARROS, 2006, p. 132). Aqui se pode destacar a necessidade de reconhecimento dos saberes/fazeres relacionados às profissões como o saber/fazer popular próprio do cotidiano da vida.

Para romper com as fronteiras disciplinares e as margens dos núcleos profissionais é preciso também romper com as diferentes dicotomias sujeito-objeto, relação teoria-prática, indivíduo-sociedade, privilegiando a relação entre os termos. Desse modo, sujeito e objeto não são mais realidades previamente dadas, mas se produzem por efeito das práticas. Esse é o modo de relação profissional na perspectiva da transdisciplinaridade, onde o que ocorre não é a articulação entre as disciplinas e práticas, mas um processo que não busca a estabilidade e sim a “interferência entre as disciplinas, intervenção que desestabiliza um determinado saber disciplinar, visando-se a uma torção nos modos instituídos de funcionamento” (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2000; BARROS, 2006, p. 144).

Para que ocorra a configuração do trabalho em equipe multiprofissional de modo transdisciplinar, é necessário que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área do outro. Uma equipe multiprofissional será transdisciplinar quando sua reunião congregar diversos profissionais com o intuito de uma cooperação entre eles sem que haja uma coordenação fixa. A transdisciplinaridade deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto; deve ser encarada como um desafio que serve de parâmetro para que todos os membros da equipe estejam atentos para eventuais centralizações do poder (IRIBARRY, 2002).

O trabalho em equipe multiprofissional produzido a partir da transdisciplinaridade significa questionar os limites entre as disciplinas e as práticas, por meio de um efeito de desestabilização da dicotomia sujeito/objeto e da unidade das disciplinas, e interrogar os ‘especialismos’. Não se trata aqui de “abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas sim de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir” (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2000; BARROS, 2006, p. 145).

No trabalho em saúde, vale lembrar que esse é também um território que envolve encontros e disputas. Há uma tensão constitutiva da atenção em saúde entre a possibilidade de troca ou de interdição de saberes, num território que desafia o saber técnico-científico. É possível observar o movimento de trabalhadores que se deixam afetar pelas relações e saberes do outro, recebendo de volta, como aprendizagem, o agir e o saber do outro, provocando um ‘efeito pororoca’ do trabalho. Mas há também a possibilidade de um agir profissional que vai em uma só direção (dele para o outro como seu objeto), negando o agir e do saber do outro, causando um ‘efeito flecha’ (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Sobre o trabalho em equipe multiprofissional e seus arranjos, interações e diálogos, são várias as definições, concepções e experiências trazidas para este cenário. Como conceito-ferramenta, cabe olhar o que faz vibrar aos olhos, aquilo que não pode faltar quando contemplamos uma equipe de saúde, seja qual for o modo como ela se produza em ato. E ao focar o trabalho em equipe multiprofissional, é preciso perceber os modos possíveis de produção dos encontros, das relações, dos afetamentos, da comunicação, dos diálogos, das interações, da cooperação, da solidariedade, da confiança, do fazer integrado.

Algumas experiências concretas de trabalho em equipe serão tratadas a seguir, mostrando as possibilidades e potencialidades deste para um novo modo de agir em saúde.

2.3.3 O trabalho em equipe nas políticas e estratégias de mudança no agir em saúde: espaços de encontros e disputas

Vários temas estão em pauta na discussão sobre políticas e estratégias para a organização do SUS que concretizem seus princípios da universalidade, da integralidade das ações, da equidade e da participação social, como mencionado anteriormente. Entre eles, os mecanismos de financiamento e gestão dos serviços, a descentralização e regionalização do sistema, a mudança nas práticas e no processo de trabalho em saúde. Com a transição epidemiológica e demográfica e a necessidade de integração das disciplinas e das profissões em função do conceito ampliado de saúde, o trabalho em equipe se destaca, inclusive como referencial para a elaboração de políticas de saúde.

Aprofundar a análise das políticas desenvolvidas nas décadas de 1970 e 1980 (relevantes para o acúmulo de experiências e avanço nas proposições seguintes) extrapolaria o escopo deste trabalho. Por esse motivo, a seguir foram pontuadas políticas e propostas de

organização dos serviços de saúde elaboradas a partir da implantação do SUS, que tiveram como referência a configuração da equipe de saúde. Nesse sentido, avanços podem ser observados, por exemplo, na Saúde Mental, na Atenção Básica, na Saúde da Família e na Atenção Domiciliar que, para o seu desenvolvimento, demandam o trabalho em equipe multiprofissional para a prática efetiva da integralidade.

No início da década de 1990, como política do governo federal para produzir mudanças estruturais na organização dos serviços, foi instituído o Programa de Saúde da Família, hoje denominado como Estratégia (ESF). A aposta foi ter a atenção centrada na família em seu contexto físico e social, possibilitando à equipe de saúde uma compreensão ampliada do fenômeno saúde-doença, promovendo ações para além das práticas curativas. Com isso, a prática assistencial se daria em novas bases, em substituição ao modelo tradicional de assistência.

No entanto, ainda que receba expressivos incentivos financeiros, uma das maiores dificuldades na operacionalização da ESF é a pouca disponibilidade de profissionais com perfil adequado para constituir as equipes de saúde da família (composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). Essa constatação gerou várias iniciativas com o objetivo de (re)formar profissionais com perfil necessário para atuar nessas equipes, como por exemplo, os chamados Cursos Introdutórios ao Saúde da Família.

Embora relevante, esse não é o único obstáculo para que a ESF opere, de fato, como política estruturante na reorganização dos serviços de saúde. Tendo por base os princípios organizativos da Saúde da Família, autores como Franco e Merhy (1999) e Feuerwerker (2005), destacaram aspectos favoráveis e desfavoráveis da ESF. Como inovações, a Saúde da Família trouxe a organização do trabalho a partir do território e das famílias circunscritas neste, estimulou a atuação da equipe de saúde e potencializou um ator no cenário da saúde – o agente comunitário – que ampliou a compreensão do contexto local e o diálogo entre o usuário e a família com a equipe e a unidade de saúde.

Entretanto, os autores apontaram para o caráter prescritivo da ESF. Entre outros aspectos, há uma relação de atividades e protocolos a ser obedecida pelas equipes de saúde da família, que pode restringir a atuação da equipe à execução de procedimentos de saúde apenas. Outro fato é a organização dos serviços a partir da sua hierarquização, definindo a Atenção Básica – e a Saúde da Família – como porta de entrada prioritária do SUS, na tentativa de disciplinar a demanda aos serviços de saúde. Isto pode reforçar a fragmentação do cuidado por níveis de atenção à saúde, favorecendo a reprodução da prática clínica de pronto-

atendimento na Atenção Básica, sem avançar na efetivação do trabalho em equipe (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A Saúde da Família continua sendo a estratégia prioritária do governo federal para a transformação do modelo tecnoassistencial em saúde. Segundo o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), em agosto de 2009 a ESF estava presente em 5.241 municípios brasileiros (quase 95% do total de municípios) com 29.896 equipes. Entre as quase 30.000 equipes de saúde da família é possível observar vários formatos, lógicas de organização do processo de trabalho e práticas de produção do cuidado em saúde. Muitas equipes (apesar de enfrentarem dificuldades de várias ordens) efetivamente se constituem e operam na lógica da produção do cuidado ao usuário e às famílias, priorizando as tecnologias relacionais e modos inovadores de agir em saúde (FEUERWERKER, 2005). Essa, todavia, não é a prática predominante, considerando a abrangência das equipes em todo o território nacional.

Com base na proposta de ampliação na composição da equipe básica da ESF, a Portaria n. 154/2008 instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A inclusão de outros profissionais na equipe de saúde da família e na Atenção Básica vinha sendo amplamente discutida em vários espaços. Sua principal justificativa apresentava a integralidade como eixo norteador das ações e serviços de saúde, sendo impossível conceber que as equipes básicas da ESF, sem apoio de várias outras profissões, pudessem dar respostas às necessidades de saúde da população.

Com a constituição dos NASF, a proposta é criar uma equipe de profissionais vinculada às equipes de saúde da família, podendo esta ser composta por médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Seu objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, complementando o trabalho das equipes de saúde da família (BRASIL, 2008c).

Contudo, assim como foram registradas dificuldades para a constituição das equipes da ESF, a composição dos NASF pode não resultar em cenário propício ao encontro entre os profissionais (e destes com os usuários e a equipe de saúde da família) operando na produção do ato de cuidar como um fazer coletivo. Ao propor uma política que estimule o trabalho em equipe multiprofissional, vale ressaltar a necessidade de elaborar estratégias para que os profissionais que venham a integrar os NASF de fato articulem as ações entre si, com as equipes de saúde da família e com os demais serviços do SUS, para a produção de projetos

terapêuticos compartilhados. Essa proposta pode operar tanto por um processo que potencialize o trabalho em equipe, quanto pode fortalecer o núcleo corporativo das profissões.

Entre as estratégias da política de educação na saúde citadas neste trabalho, desde 2005 o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, passou a incentivar a criação de residências multiprofissionais de saúde. A Lei n. 11.129/2005 instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço, visando a favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, em especial nas áreas prioritárias do SUS. Além disso, foi criada por essa lei a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com a finalidade de acompanhar, regulamentar e avaliar essa modalidade de formação no país (BRASIL, 2006d).

A regulamentação das residências multiprofissionais é uma conquista importante para as várias profissões da saúde, considerando a relevância da aprendizagem em serviço, antes realizada quase que exclusivamente para a Medicina. Constituem processos formativos que se propõem a ter como centralidade a ação articulada entre as diferentes profissões, a integralidade no ato de cuidar, e a elaboração de projetos terapêuticos compartilhados. As necessidades de saúde e as políticas de saúde devem ser referências para a criação de áreas de especialização dos programas de residência, a serem construídos em parceria entre as instituições de ensino superior e os serviços, para promover o diálogo com outros projetos de formação e de atenção à saúde.

São vários os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde em curso no país, muitos existentes há mais de 30 anos, demonstrando a potencialidade dessa modalidade de formação. Um levantamento inicial realizado em 2007 pela CNRMS constatou a existência de 139 programas, sendo 14 deles (10%) multiprofissionais e 125 (90%) em área profissional da saúde.

A aproximação entre as residências multiprofissionais e as graduações na área da saúde é promissora, pelo menos teoricamente. Por se desenvolverem nos mesmos cenários de aprendizagem e trabalho, a formação em ato, a articulação entre a graduação e a pós-graduação pode ser mutuamente interessante e produzir um novo cenário dos mundos do trabalho e da formação em saúde.

Como política pública, o território criado pelas residências multiprofissionais inaugurou/potencializou um importante cenário de lutas e disputas políticas, corporativas, de projetos e de referenciais desde a sua aprovação em lei. Nesse cenário, vários espaços de debate foram constituídos, novos atores individuais e coletivos foram formados e organizados

em fóruns nacionais com uma intensa agenda política em desenvolvimento. Este é um cenário dinâmico, configurado por apostas e atores em processo de mútua afetação. A ação articulada desses atores foi e continua sendo relevante para que os programas de residências de fato caminhem em favor da inovação na formação e no trabalho em saúde, com compromisso com o SUS (FEUERWERKER, 2009).

Enfim, a consolidação dessa modalidade de formação pós-graduada em serviço, apostando no seu potencial transformador nos campos da formação e da produção de práticas inovadoras em saúde é uma luta que vale a pena, pois contribui para a configuração de outro cenário para o mundo do trabalho em saúde.

Cabe registrar também outros modos de organização da atenção à saúde em curso no país, que funcionam como redes substitutivas e que contam com o trabalho em equipe como referência. Uma delas é a política de Saúde Mental, que tem como base a desinstitucionalização como forma de resgatar a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, ao abrir espaços alternativos para a produção da vida. Tendo o cuidado como foco das ações de saúde, são diversos os espaços possíveis, como “os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os centros de convivência, as casas, os abrigos, as praças e até as ruas” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 186).

Além disso, numa pesquisa realizada em diferentes municípios brasileiros, a Atenção Domiciliar mostrou grande potencial na configuração de redes substitutivas e de inovação na produção de práticas de saúde. Os principais aspectos pontuados foram a humanização da atenção, o trabalho em equipe, o desenvolvimento de vínculo e a responsabilização por parte dos trabalhadores e a participação efetiva dos cuidadores e famílias na produção do projeto terapêutico (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O cenário atual parece cada vez mais favorável à produção do ato de cuidar em saúde como um fazer coletivo, construído nos vários encontros potencializadores de formas inovadoras e criativas de relações entre trabalhadores e destes com os usuários. A construção da integralidade é a principal justificativa e motivação para a composição do trabalho em equipe multiprofissional. Entretanto, há uma disputa maior nesse cenário que diz respeito às estratégias de transformação do modelo tecnoassistencial. Uma estratégia é a de referência para o governo federal, com ênfase na hierarquização do sistema e na ampliação da Atenção Básica por meio da implementação da Saúde da Família, como colocado anteriormente.

A outra estratégia, desenvolvida por um número limitado de municípios brasileiros, aposta na transformação da atenção a partir da construção de linhas de cuidado que atravessam a Atenção Básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, tomando como centro

as necessidades de saúde e assegurando o acesso e a continuidade do cuidado ao usuário. Essa alternativa exige modalidades inovadoras de apoio e articulação entre trabalhadores e os diferentes equipamentos de saúde e a constante renovação de pactos entre estes para a produção do cuidado, além da ampliação das tecnologias envolvidas na atenção à saúde. Nessa estratégia, o trabalho em equipe é fundamental para a sua efetivação (FEUERWERKER, 2005; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Nesses muitos cenários de encontros e disputas, novamente fica explícita a potência da ação dos coletivos de trabalhadores que, ao fazerem uso das tecnologias relacionais, produzem um novo olhar e um novo modo de agir para o mundo do trabalho em saúde. Também se destaca a necessidade de reinvenção dos sujeitos a partir de processos de subjetivação que, ao mesmo tempo em que produzem o ato de cuidar num outro cenário, produzem a si mesmos como sujeitos e produtores da mudança.

Aprofundar o olhar sobre como pode ser produzido o trabalho em equipe multiprofissional no cenário da educação superior na saúde foi o principal objetivo deste estudo. Para tanto, foram colocados em cena as noções e os conceitos contidos na caixa de ferramentas aqui produzida, para dialogar com os desafios apontados para este estudo, conforme segue.

2.3.4 Desafios à produção de práticas multiprofissionais na educação na saúde

Ao produzir a caixa de ferramentas para olhar o trabalho em equipe multiprofissional na graduação de profissionais de saúde, proposta para este estudo, algumas questões emergiram na cena. Interessou saber em que cenários e quais práticas são realizadas, seus objetivos educacionais, que arranjos internos e externos à instituição formadora foram necessários para a sua constituição, que significado os atores envolvidos nessas atividades atribuem a ela, e que lugar elas ocupam no processo formativo. Em especial, buscou-se olhar como se produzem, em ato, os encontros e as diversas formas de relação entre estudantes, professores, profissionais dos serviços, usuários, gestores da educação e da saúde no cotidiano dessas práticas multiprofissionais.

Este estudo enfocou as possibilidades de arranjos e interações na produção do trabalho em equipe multiprofissional na graduação em saúde, entendendo-o como estratégia relevante para a constituição de sujeitos comprometidos e implicados com cuidado em saúde. Buscou

apreender como as instituições de ensino compreendem e tratam a multiprofissionalidade como um dos eixos norteadores do processo formativo em saúde, na perspectiva da produção do ato de cuidar integral como um fazer coletivo.

A premissa principal é **que a integralidade como eixo norteador da produção de atos de cuidado em saúde e da mudança na formação só se tornará real e efetiva por meio do trabalho em equipe multiprofissional, que avance para uma perspectiva transdisciplinar.**

Em que pesem todas as dificuldades conceituais, metodológicas, políticas, sociais, econômicas e culturais, a prática do ato coletivo compartilhado, integrado e transdisciplinar e a relação dialógica que permeiam o trabalho em equipe multiprofissional, têm poder para recontextualizar as discussões teóricas e inventar soluções para reinventar os sujeitos e a realidade. E vice-versa.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao iniciar a trajetória metodológica voltada para desvelar as experiências curriculares de trabalho em equipe multiprofissional vividas por estudantes de graduação na área da saúde, optou-se por uma abordagem qualitativa de caráter exploratório, tomando como base conteúdos das Ciências Sociais, da Saúde e da Educação. A abordagem qualitativa favorece a compreensão da saúde como fenômeno social e “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas”. Desta forma, possibilita a compreensão da realidade humana vivida socialmente, ou seja, a “dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos” (MINAYO, 2002, p. 22).

No caminho percorrido, foram realizadas duas etapas de coleta de dados, descritas a seguir.

3.1 Em busca de experiências multiprofissionais curriculares em cursos de graduação na saúde

Para responder aos objetivos deste trabalho, o primeiro passo foi construir um mapa de experiências reconhecidas como multiprofissionais curriculares desenvolvidas nos cursos de graduação na saúde no país. A partir deste, uma experiência foi selecionada para a segunda etapa de coleta de dados. Para isso, foi feito um levantamento da existência de trabalhos apresentados sobre o tema em quatro edições dos congressos da Rede UNIDA.

Os congressos da Rede UNIDA são considerados um dos espaços privilegiados para o debate acerca do movimento de mudança na formação e na prática de profissionais de saúde no país, em caráter multiprofissional. Os dados apresentados na Tabela 1 mostram o crescimento no número de trabalhos e de participantes nas edições de 2001, 2003, 2005 e 2006. É possível perceber a evolução quantitativa ocorrida desde o início desta década, passando de 188 em 2001 para 1.266 trabalhos em 2006, o que reafirma o crescimento da produção de conhecimento sobre temáticas como a mudança na formação e na prática em saúde, temas comumente centrais nos eventos da Rede UNIDA.

Tabela 1 - Total de trabalhos aprovados e de participantes por evento da Rede UNIDA

Edição	Local - data	Trabalhos aprovados	Número de participantes
IV Congresso	Londrina/PR - 10/2001	188	448
V Congresso	Londrina/PR - 05/2003	504	1.416
VI Congresso	Belo Horizonte/MG - 07/2005	1.148	2.555
VII Congresso	Curitiba/PR - 07/2006	1.266	2.407
	Total geral	3.106	6.826

Fonte: Rede UNIDA (2002, 2003, 2005, 2006).

Os Anais dessas edições dos congressos serviram como fonte de informações. A escolha por estas edições levou em consideração o maior potencial de produção no campo da educação na saúde ocorrido nesta década, como já exposto.

As primeiras incursões foram realizadas em busca de registros de atividades que pudessem representar ‘experiências multiprofissionais’ na graduação em saúde. A leitura analítica dos Anais dos congressos da Rede UNIDA procurou encontrar informações relevantes sobre as experiências e conhecimentos produzidos na área, em que pese considerar as limitações de um resumo de trabalho para retratar uma realidade.

Os sumários dos Anais foram o ponto de partida para a seleção do material a ser analisado. O critério foi o de incluir de forma ampliada todas as temáticas definidas nos eventos com potencial interesse para a apresentação de trabalhos acerca da formação de profissionais de saúde. As temáticas selecionadas por edição do evento e o número de trabalhos por tema estão apresentados na Tabela 2. Nela, também é possível observar o aumento de trabalhos relacionados à temática e a sua expressão no conjunto dos trabalhos apresentados nos eventos estudados. Em 2001, eles representavam 13,3% do total de trabalhos. Em 2006, responderam por 36,2% dos trabalhos do evento. Nesta primeira seleção, dos 3.106 trabalhos aprovados nas quatro edições do congresso, 945 se relacionavam às temáticas selecionadas.

Com o objetivo de identificar trabalhos que relatassem experiências multiprofissionais curriculares na graduação em saúde, foi feita a leitura integral dos 945 resumos. Para a seleção de trabalhos elegíveis, foram elencadas as seguintes palavras-chave (e suas variações): trabalho em equipe; multiprofissionalidade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade; estágio curricular; articulação teoria-prática; integração ensino-serviços-comunidade; ativação de mudança; integralidade na formação. Além disso, eram incluídos trabalhos que citavam mais de um curso no resumo. Foram excluídos os trabalhos

que, mesmo apresentando as palavras-chave acima, relatavam ser uma atividade ‘extracurricular’ ou um ‘projeto de extensão’, pelos motivos expostos anteriormente.

Tabela 2 - Total de trabalhos aprovados nos congressos da Rede UNIDA em temas relacionados à formação de profissionais de saúde

Tema	Ano				
	2001	2003	2005	2006	Total
Práticas de ensino	25	-	-	-	25
Experiências de trabalho em parceria	-	29	-	-	29
Mudanças na formação de profissionais de saúde	-	101	160	124	385
Trabalho em equipe multiprofissional / Experiências multiprofissionais e interdisciplinares	-	-	35	101	136
Integração ensino-serviço-comunidade	-	-	66	84	150
Estágios curriculares em serviços de saúde	-	-	71	-	71
Experiências de ativação de processos de mudança na formação	-	-	-	149	149
Total de trabalhos na temática	25	130	332	458	945
Total de trabalhos no congresso	188	504	1.148	1.266	3.106
Relação percentual entre temática/total	13,3%	25,8%	28,9%	36,2%	30,4%

Fonte: Rede UNIDA (2002, 2003, 2005, 2006).

Essa leitura integral possibilitou a seleção de 40 trabalhos que foram sintetizados a partir de informações (quando existentes) sobre: a) ano em que o trabalho foi apresentado; b) título; c) instituição(ões) de ensino; d) cursos envolvidos; e) objetivos educacionais; f) tempo de existência; g) cenários de realização das práticas; h) parcerias interinstitucionais desenvolvidas; i) aspectos facilitadores/resultados alcançados; e j) aspectos dificultadores/obstáculos. Essa sistematização permitiu a identificação de 14 instituições de ensino superior que, pelas informações obtidas nos trabalhos, ofertariam atividades multiprofissionais regulares em seus cursos de graduação na saúde, compondo um mapa utilizado para a sequência desta etapa de coleta de dados.

Entre outubro e novembro de 2008, foi feito contato por correio eletrônico com os autores e/ou dirigentes das 14 instituições de ensino superior destacadas no mapa, solicitando informações a respeito da natureza e características da atividade apresentada no congresso da Rede UNIDA (APÊNDICE B). O objetivo era ampliar o mapa obtendo dados sobre: a) cursos atualmente envolvidos; b) existência de espaços de co-gestão da atividade; c) cenário(s) onde é(são) realizada(s) e com que ação prioritária; d) mecanismos de avaliação; e) coexistência de

estudantes de diferentes cursos durante a realização da atividade; f) período da graduação na qual é realizada; e g) carga horária total da atividade.

Em razão do envolvimento da pesquisadora com a Rede UNIDA e de sua participação em instâncias de debate e formulação de políticas sobre a formação de profissionais de saúde, a solicitação de informações adicionais, ainda que realizada via correspondência eletrônica, resultou frutífera. Dos 14 questionários enviados, 12 retornaram entre novembro e início de dezembro de 2008. Desse modo, somente dois contatos não deram retorno, apesar de terem sido contactados três vezes durante o período citado.

O mapa inicial foi ampliado, incluindo as informações obtidas tanto a partir dos resumos dos trabalhos quanto as levantadas nos questionários enviados. Os resultados encontrados nessa primeira etapa foram descritos no próximo capítulo, permitindo a visualização das principais características das atividades selecionadas, buscando dialogar com o que foi apresentado nos capítulos anteriores acerca do movimento de mudança na formação de profissionais de saúde.

Tendo como referência o mapa ampliado, segue a trajetória percorrida para a próxima etapa de coleta de dados, o estudo de um caso selecionado.

3.2 Em busca de cenários, cenas, atores e atos para a produção de sentidos e significados do trabalho em equipe na formação em saúde

A preocupação maior desta etapa foi com o processo formativo de profissionais de saúde. O interesse se concentrou em verificar como esse processo se manifesta nas atividades observadas, nos procedimentos e nas interações cotidianas (MINAYO; SANCHES, 1993). Buscou-se compreender como são produzidas as atividades que estimulam o trabalho em equipe multiprofissional em cursos de graduação na saúde, com relação aos encontros e às relações entre os sujeitos envolvidos, seus aspectos facilitadores e dificultadores, seus avanços e desafios.

O delineamento escolhido foi o ‘estudo de caso’, por possibilitar a investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto (YIN, 2005). A escolha por esse desenho metodológico deveu-se à possibilidade de aprofundamento qualitativo sobre o objeto de estudo. Os estudos de caso permitem a localização temporal e espacial dos fenômenos estudados, buscando conhecê-los em profundidade, apreendendo-os e fornecendo

respostas e explicações (GIL, 2002, p. 138). Conforme preconizado para os estudos de caso, a coleta de dados baseou-se em uma triangulação de métodos, fazendo uso de entrevistas, observação participante e análise documental.

Como método de pesquisa, a entrevista objetivou coletar dados objetivos e subjetivos que refletissem as atividades realizadas, e também atitudes, crenças, valores e opiniões do entrevistado, com o potencial para traduzir ‘fatos sociais’, a partir do ‘caráter histórico e social da fala’ (MINAYO, 2004, p. 107; 109-110).

A observação participante teve por objetivo tomar o evento estudado para além de seus aspectos aparentes, na tentativa de capturar, da forma mais ampliada possível, suas contradições, seus dinamismos e suas relações (TRIVIÑOS, 1990).

Para a análise documental, foi importante considerar que as fontes de dados são dispersas e diversas, por vezes de difícil acesso. Por essa razão, cabe ressaltar o grau de subjetividade que envolve os dados e analisá-los a partir das implicações a que estes se relacionam (GIL, 2002). A análise de documentos serviu como complementação dos dados obtidos a partir das entrevistas e da observação de campo.

A análise do mapa elaborado na etapa anterior possibilitou identificar uma instituição de ensino superior para essa etapa de coleta de dados. O propósito dessa etapa foi aprofundar detalhes acerca da atividade selecionada e compreender percepções, sentidos e significados produzidos pelos sujeitos nela envolvidos em seu contexto de formação e atuação. Os critérios para seleção da instituição (por ordem de prioridade) foram:

- a) Local e ação prioritária da atividade: atividades que estivessem relacionadas com o cuidado em saúde;
- b) Relevância da atividade no currículo: atividade entendida como estruturante para o processo formativo nos cursos envolvidos;
- c) Existência de espaço de co-gestão: atividades que implicassem no estabelecimento de espaços de co-gestão, com a participação de atores da instituição de ensino, dos serviços e outros;
- d) Quantitativo de cursos envolvidos: atividades com maior número de cursos.

Com base nesses critérios, a instituição de ensino selecionada foi a Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp), localizada em Campo Grande-MS, de natureza jurídica privada. A Uniderp foi selecionada por oferecer uma atividade denominada Programa Interinstitucional de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (Pinesc), em parceria com a Secretaria de Saúde do município, realizada em diversos cenários

da rede de serviços de saúde, com complexidade crescente de práticas a cada semestre nos currículos dos cursos envolvidos. Foram citados também espaços coletivos para gestão e planejamento do Programa, além de informar que o mesmo era realizado do primeiro ao último ano dos cursos, envolvendo as graduações em Medicina e Psicologia.

Selecionada a instituição de ensino, foi feito contato telefônico com o coordenador de um dos cursos, solicitando autorização para a coleta de dados, tendo sido esta obtida sem dificuldades. A coleta ocorreu nos meses de maio e junho de 2009.

O Pinesc, nos cursos de medicina e psicologia da Uniderp, era semelhante em objetivos, metodologias e cenários, porém com nuances e especificidades em cada curso. Assim, foi feito contato com a coordenação do outro curso de graduação que também desenvolvia o Pinesc, informando-a da pesquisa e solicitando autorização para a coleta de dados, também concedida sem dificuldades.

A seleção dos entrevistados teve como intuito contemplar o conjunto de atores envolvidos no Pinesc em ambos os cursos, quais sejam, dirigentes dos cursos e dos serviços de saúde, profissionais dos serviços e estudantes que dele participavam. Assim, foram entrevistados: os coordenadores de curso e do Pinesc, os profissionais da Secretaria de Saúde responsáveis pela sua organização na rede de serviços do município e profissionais dos serviços preceptores desse. Além disso, foram realizadas duas entrevistas coletivas com um grupo de estudantes de cada curso (estudantes do 2º ano de Medicina e do 1º ano de Psicologia). Por indicação das coordenações de curso, também foram entrevistados um professor que coordenou o Pinesc durante dez anos e a ex-coordenadora de um dos cursos. Ambos deixaram seus cargos meses antes da coleta de dados.

Ao todo, foram feitas dez entrevistas individuais e duas coletivas (APÊNDICES C e D), com duração entre 40 minutos a duas horas cada, que eram gravadas após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) pelos entrevistados. O roteiro de entrevista foi adaptado à função e participação do entrevistado no Pinesc, mantendo-se seu propósito original. Todas as entrevistas, após transcritas, foram revisadas pela pesquisadora.

Para a observação de campo, em razão da diversidade de cenários de prática e do tempo disponível para a coleta de dados, para cada curso foram selecionados locais onde a atividade se desenvolvia há mais tempo; ou que, na percepção das coordenadoras, pudessem oferecer um campo mais produtivo para a pesquisa.

Foram realizadas seis observações de campo (com três horas de duração cada, em média), em quatro locais da rede de serviços de saúde do município onde o Pinesc ocorria.

Para o curso de psicologia, foram visitados um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma UBS do município. Para o curso de medicina, a observação foi feita em três UBS, sendo uma delas a mesma observada para o curso de psicologia, porém em horários diferentes, em função da agenda de professores e estudantes. Para a obtenção de informações detalhadas acerca das atividades desenvolvidas naquele espaço, dois locais foram visitados duas vezes.

As observações foram feitas com base no roteiro proposto (APÊNDICE E), e seu registro feito mediante anotações de campo detalhadas das situações observadas pela pesquisadora. Na observação participante, buscou-se olhar principalmente as relações estabelecidas entre os sujeitos e entre estes e o espaço da realização das atividades, as estratégias de integração e comunicação empregadas e as ações realizadas.

Nos locais observados, as coordenadoras do Pinesc apresentavam a pesquisadora aos preceptores e estudantes, ocasião na qual falava-se sobre a pesquisa e seus objetivos. Quando, nas observações, havia a participação de usuários dos serviços, o preceptor se encarregava da apresentação. A recepção da pesquisadora por parte dos sujeitos envolvidos aconteceu sem dificuldades para a realização da coleta de dados. Somente um usuário inicialmente se mostrou reticente à sua presença, mas aceitou após conversa com o preceptor.

Para a análise documental, foram solicitados aos coordenadores os projetos pedagógicos dos cursos, documentos relacionados ao Pinesc e outros que considerassem relevantes para a pesquisa. Em função das normas institucionais, os projetos pedagógicos não foram disponibilizados para consulta e análise, tendo sido obtidos outros documentos específicos do Pinesc, que serviram como complementos para a análise dos dados realizada.

Concluídas as etapas dessa trajetória, o próximo passo foi fazer a organização e análise do material coletado pelas entrevistas, observação de campo e documentos disponibilizados, conforme segue.

3.3 Organização e análise do material coletado

A caixa de ferramentas apresentada anteriormente constituiu a base para a organização e análise do material coletado. Para esse foco, mais do que aumentar o alcance da visão propiciado por um binóculo, o olhar procurado assemelhou-se ao produzido por um caleidoscópio, para permitir que as variadas combinações de cenas, atores e atos pudessem ser captadas.

Embora tenham sido identificados contextos distintos entre os cursos para o desenvolvimento do Pinesc, em razão das agendas de estudantes e preceptores de cada curso, optou-se por não fazer uma comparação entre estes, por entender que os cenários deveriam ser interpretados em seus contextos próprios, ainda que se tratassem de cursos de uma mesma instituição de ensino.

A apresentação dos resultados desta etapa foi construída em duas partes. A primeira descreve características da formação dos estudantes de Medicina e Psicologia na Uniderp, apresentando as inovações, as similaridades e as especificidades de cada curso. A segunda parte foi destinada à análise reflexiva sobre o Pinesc, sendo a unidade de análise como um todo. Dessa forma, não foi feita distinção dos achados por cursos.

A imersão no material produzido pelas transcrições das entrevistas e das anotações de campo foi feita com base no processo de análise das práticas discursivas, com o intuito de permitir uma dialogia entre as categorias analíticas destacadas a priori e as que emergiram ao longo da trajetória percorrida. Tais categorias de análise surgem por meio do confronto “entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e aqueles decorrentes da familiarização prévia com nosso campo de estudo e de nossas teorias de base” (SPINK; LIMA, 2000, p. 106-107). Os resultados foram apresentados a partir das seguintes categorias de análise: ‘formação no mundo do trabalho’ e ‘integração curricular’.

O propósito final foi ampliar o mapa identificando percepções, sentidos e significados dos sujeitos envolvidos na produção do trabalho em equipe multiprofissional na graduação na saúde. Para tanto, destacaram-se as várias formas de integração curricular produzidas a partir da formação no mundo do trabalho, os elementos que facilitam e dificultam a realização do Pinesc e qual o significado dele no processo formativo em cada curso.

3.4 Aspectos éticos

O projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 03/11/2008, por atender às exigências da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos aspectos éticos da pesquisa com participação de seres humanos. Para cumprir com esses aspectos, foi assegurado o anonimato em relação às informações e opiniões das pessoas entrevistadas e que participaram da observação.

Antes de dar início aos procedimentos de coleta de dados, os coordenadores de ambos os cursos assinaram um Termo de Consentimento Institucional (APÊNDICE F). Além disso, foi protocolado na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, pedido de autorização para realização de entrevistas com os profissionais e da observação participante nos serviços de saúde da rede municipal.

Cada etapa da coleta de dados foi precedida de momento onde foram prestados esclarecimentos e informações aos participantes sobre a pesquisa e seus objetivos. Ao se sentirem esclarecidos, no ato da entrevista ou da observação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

4 UM MAPA DE EXPERIÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO NA SAÚDE

Eu te invento, realidade.

Clarice Lispector

Este capítulo descreve as principais características de ‘experiências multiprofissionais’ na graduação em saúde selecionadas na primeira etapa de coleta de dados, cotejando-as com as análises apresentadas neste trabalho acerca do movimento de mudança na educação de profissionais de saúde.

A leitura integral dos 945 trabalhos apresentados nos congressos da Rede UNIDA em temáticas relacionadas à mudança na formação foi feita tendo como referência as palavras-chave descritas no capítulo anterior, com o objetivo de identificar relatos de ‘experiências multiprofissionais curriculares’. Esta leitura possibilitou um olhar panorâmico sobre como estão sendo tratados a ‘mudança na formação’ e o ‘trabalho em equipe multiprofissional’ pelos cursos de graduação na área da saúde nas diversas regiões do país. Alguns temas apareceram de forma recorrente, valendo destacá-los a seguir sem a pretensão de aprofundá-los, para manter o foco no objeto deste estudo.

Os trabalhos apresentados em temáticas relacionadas à mudança na formação descreviam experiências como: a) a ‘interação comunitária’, com o objetivo de inserir o estudante de um curso nos serviços de saúde, em interação com a comunidade; b) a ‘integração ensino-serviço’, propondo a articulação entre a instituição de ensino e os serviços de saúde para a oferta de práticas de ensino na rede de serviços; c) a ‘integração curricular’, ou seja, a abordagem interdisciplinar de conteúdos e práticas no currículo do curso; d) o uso de metodologia ativa de ensino-aprendizagem e de avaliação formativa no contexto de uma disciplina do curso; e) o ‘internato em Saúde Coletiva’ e o ‘internato rural’, realizados por vários cursos de graduação na área da saúde, geralmente de caráter uniprofissional na sua execução; f) os estágios curriculares junto às equipes de saúde da família como um diferencial no currículo do curso; e g) projetos de extensão de caráter multiprofissional, que enfatizavam a potencialidade do trabalho em equipe na formação de profissionais de saúde.

Os temas destacados corroboram com os produzidos pelos estudos acerca da mudança na educação de profissionais de saúde, em especial na década de 2000; e se aproximam das

proposições contidas nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na saúde. Descrevem estratégias utilizadas pelos cursos no sentido de promover um diálogo entre a formação e a realidade dos serviços de saúde e da população, embora não necessariamente privilegiem a integração com outros cursos de graduação. Assim, em maior e menor grau é possível identificar um movimento em busca da mudança na formação em cursos de graduação de carreiras diversas e em várias regiões do país.

Nesse sentido, vale destacar que a ampliação e a concretização de diferentes experiências de mudança na formação tanto possibilitaram uma maior compreensão sobre sua natureza e suas implicações, como tornaram a agenda do movimento de mudança mais complexa e política. O campo da educação na saúde mobiliza um número cada vez maior e mais qualificado de pessoas, espaços e instituições, que passaram a reivindicar o desenvolvimento de políticas públicas que potencializem e efetivem as mudanças nas práticas de saúde em articulação entre os mundos da formação e do trabalho (FEUERWERKER, 2006).

Com relação às principais características das ‘experiências multiprofissionais curriculares’ na graduação na saúde selecionadas a partir da leitura dos 945 resumos, os resultados são apresentados a seguir.

4.1 Características principais de experiências multiprofissionais desenvolvidas em cursos de graduação na saúde

A Tabela 3 apresenta o número de trabalhos selecionados para a análise subsequente, a partir da leitura dos 945 resumos.

Tabela 3 - Total de trabalhos que relatavam ‘experiências multiprofissionais curriculares’ na graduação na saúde e sua relação com o total no tema ‘mudança na formação’ apresentados nos congressos da Rede UNIDA

Tema	Ano	2001	2003	2005	2006	Total
Experiências multiprofissionais na graduação		06	04	23	07	40
Mudança na formação		25	130	332	458	945
Relação percentual entre o 1º e o 2º		24%	3,1%	6,9%	1,5%	4,2%

Fonte: Rede UNIDA (2002, 2003, 2005, 2006).

Esses 945 trabalhos relacionados à mudança na formação de profissionais de saúde representaram um percentual significativo (30,4%) do conjunto dos 3.106 trabalhos apresentados nas quatro edições do evento. Já os relatos sobre ‘experiências multiprofissionais curriculares’ nos cursos de graduação na área da saúde foram encontrados em 40 trabalhos (4,2% dos 945 trabalhos), oriundos de 16 instituições de ensino superior (9 públicas e 7 privadas) das cinco regiões do país, com maior concentração nas regiões Sudeste (7 instituições) e Sul (4 instituições).

A partir da seleção dos 40 trabalhos que relataram ‘experiências multiprofissionais’ na graduação em saúde, os temas priorizados para caracterização foram: a) cursos envolvidos; b) objetivos educacionais; c) cenários de realização; d) parcerias interinstitucionais desenvolvidas; e) aspectos facilitadores/resultados alcançados; e f) aspectos dificultadores/obstáculos.

Com relação aos cursos envolvidos, a graduação em Enfermagem estava presente em todos os trabalhos, seguida da Medicina, citada em 30 resumos. Esse achado reitera o maior acúmulo de experiências de mudança na formação de profissionais de saúde desenvolvidas por estas duas áreas de formação, evidenciado também pelo desenvolvimento de projetos como o de Integração Docente-assistencial, na década de 1980, e os Projetos UNI, na década de 1990, descritos anteriormente. Foi significativa também a variedade de experiências com a participação dos cursos de graduação (com respectivo quantitativo) em Odontologia (12), Fisioterapia (10), Nutrição (8), Psicologia (7), Farmácia (6), Terapia Ocupacional (4), Fonoaudiologia (3), Serviço Social (2) e Educação Física (1).

Os objetivos educacionais informados nos resumos dos trabalhos, em síntese, faziam referência a (com quantitativo de frequência): a) compreender e exercitar o trabalho em equipe (8); b) construir ‘espaços de integração e articulação’ dos diferentes conhecimentos em saúde (8); c) integrar de forma multiprofissional e interdisciplinar os estudantes com as equipes de saúde da família (6); d) promover a inserção precoce do estudante na realidade dos serviços (6); e) articular a universidade com o sistema de saúde e a comunidade (4); f) integrar práticas de ensino, extensão e pesquisa como ação de transformação curricular (3); g) propiciar a interação dos estudantes com os usuários e os profissionais de saúde (2); h) desenvolver competências para o exercício das profissões envolvidas (2); i) promover maior contato com a realidade social (1); j) desenvolver ‘espírito crítico’ sobre alternativas e estratégias de cuidado em saúde (1); k) promover ação educativa comprometida com a ética e o respeito às diferenças (1); e l) desenvolver o raciocínio investigativo (1).

Quanto aos cenários de realização das experiências, a Unidade Básica de Saúde do município foi o espaço citado em 18 trabalhos (45% do total). Outros cenários propostos foram as policlínicas e os hospitais de ensino. Um deles relatava que a experiência era desenvolvida na rede de serviços do município.

Apenas 11 resumos (27,5%) informaram sobre as ‘parcerias interinstitucionais’ desenvolvidas. Quando informada, a mesma era realizada principalmente com as Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde.

No conjunto dos trabalhos, 29 citaram aspectos facilitadores e resultados alcançados pelas experiências relatadas. Destacaram-se aspectos (e seus quantitativos) relacionados: a) ao avanço na ‘integração’ entre universidade e serviços, com implementação de atividades relevantes para o serviço de saúde e a comunidade (7); b) à integração entre teoria e prática e de conhecimentos, habilidades e atitudes, com maior ‘apreensão da realidade’ e do processo saúde-doença (5); c) à troca de experiências e à potencialidade da vivência em cenário real (5); d) ao estímulo ao trabalho em equipe e à ‘cooperação interdisciplinar e multiprofissional’ (3); e) à compreensão da importância da atuação das profissões da saúde (3); f) à criação de um ‘sentimento de co-responsabilidade no desenvolvimento das atividades’ entre os estudantes e a equipe de saúde (1); e g) à diversificação de cenários de aprendizagem (1).

Somente quatro trabalhos citaram os aspectos dificultadores e/ou obstáculos apresentados pelas experiências. Foram mencionadas: a) a ‘falta de domínio de metodologias que possibilitem o trabalho em equipe’; b) a ‘dificuldade dos professores em dialogar e articular as diferentes áreas’; c) a ‘fragmentação das dimensões biológica, psicológica e social do processo saúde-doença’; e d) a ‘separação entre ciclos básico e clínico de aprendizagem’. A partir desses resultados, seguem algumas reflexões possíveis, tendo como base o referencial teórico apresentado neste trabalho.

4.2 Um olhar reflexivo sobre os resultados encontrados

O percentual de 4,2% de trabalhos com relatos de ‘experiências multiprofissionais’ na graduação na saúde, em relação ao montante de trabalhos apresentados na temática sobre a ‘mudança na formação’ (que representava 30,4% do total de trabalhos), pode oferecer indícios quanto à incipiente discussão sobre o tema do trabalho em equipe multiprofissional na graduação na área da saúde. Nesse sentido, o mais frequente tem sido observar experiências

inovadoras de mudança na formação desenvolvidas no âmbito de um curso, apesar da existência de outros da área na mesma instituição de ensino. Esse fato pode ser evidenciado pelo significativo número de trabalhos acerca da ‘mudança na formação’, que relatavam o desenvolvimento de estratégias como as citadas no início deste capítulo, porém numa organização prioritariamente uniprofissional.

Os motivos dessa reduzida oferta de experiências multiprofissionais na graduação na saúde podem se relacionar aos modos de organização do sistema e de produção do cuidado em saúde, como também a aspectos inerentes às instituições de ensino superior.

É sabido que, no que concerne à instituição de ensino superior, vários fatores dificultam a integração entre os cursos de graduação para a produção de atividades multiprofissionais. Passam por aspectos desde à natureza complexa dos processos de mudança em si, como no que diz respeito à estrutura organizacional e gestão acadêmica, natureza jurídica, cultura institucional, forma de produção do conhecimento e de contratação do corpo docente, além da concepção de educação adotada na instituição e na prática docente (FEUERWERKER, 2004). Aspectos a serem enfrentados coletivamente para que se possa avançar na proposição de estratégias para a mudança nas práticas de formação e de cuidado em saúde.

Os objetivos educacionais referenciados nos resumos dos trabalhos explicitaram várias formas de ‘integração’ e/ou ‘interação’: entre universidade com o sistema de saúde e a comunidade, entre conhecimentos em saúde, dos estudantes com as equipes de saúde e usuários, entre práticas de ensino, pesquisa e extensão. Somado a isso, os aspectos facilitadores e resultados alcançados também reforçaram pontos relevantes e palavras-chave para a mudança na graduação, quando também indicavam prioritariamente a ‘integração’ como um resultado alcançado. Além disso, foram citados a vivência em cenário real e o estímulo ao trabalho em equipe como fatores importantes atingidos por essas experiências.

Os objetivos educacionais, os aspectos facilitadores e os resultados alcançados remetem a aspectos relevantes levantados pelos estudos sobre a mudança na graduação na saúde e apontados nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, CECCIM; CARVALHO, 2006; FEUERWERKER, 2004). Desse modo, é possível supor que, em certo grau, há uma maior aproximação e/ou apropriação destes na formulação de estratégias de mudança na formação pelos cursos das instituições identificadas neste trabalho.

Outro aspecto a observar é o fato da Unidade Básica de Saúde (UBS) ser citada em 45% dos trabalhos como cenário para a realização dessas experiências multiprofissionais. No

campo da formação, os cenários onde se realizam as práticas profissionais são lugares de vivências, aquisição de atitudes e construção do conhecimento (PINHEIRO; CECCIM, 2005). A inclusão da UBS como cenário de prática profissional durante a graduação pode ser considerada um avanço, uma estratégia para superar a formação baseada no modelo biomédico (centrado em ambientes ambulatoriais e hospitalares de ensino). Há ainda a possibilidade de aproximação entre a formação e o sistema de saúde que tem se organizado também pela expansão da Atenção Básica.

Novos cenários de prática podem possibilitar o desenvolvimento de núcleos de vontade e aprendizagem onde o ensino se apresenta como um processo inserido no cotidiano (MARINS, 2004). Entretanto, novos cenários também requerem novas práticas. Assim, para a superação do modelo biomédico, as práticas profissionais na formação devem ser coerentes com a produção da integralidade como norte para as ações de cuidado centradas nas necessidades do usuário.

Em razão disso, mais que os cenários, as cenas e os atos devem ser mudados. A mudança na prática em saúde exige o desenvolvimento de tecnologias relacionais que envolvem o encontro, o acolhimento, o respeito e o cuidado com o outro (MERHY, 2005). Nesse sentido, quanto maior a exposição ao outro, maior a necessidade da equipe de saúde como um coletivo organizado de produção (CECCIM, 2005b).

O fato de constar num número reduzido de trabalhos os aspectos dificultadores e/ou obstáculos observados nas experiências não significa necessariamente a baixa ocorrência destes. Em se tratando de um resumo de trabalho apresentado em congresso pelo limite de caracteres, a tendência é colocar informações que privilegiem os aspectos positivos dos relatos de experiências.

Os estudos produzidos sobre a mudança na graduação na saúde destacaram vários aspectos dificultadores e obstáculos a serem enfrentados coletiva e estrategicamente pelos atores envolvidos, como as relações de poder existentes, a cultura institucional e a heterogeneidade dos atores institucionais (FEUERWERKER, 2004). Acrescidos a eles estão os encontrados nos trabalhos apresentados, com relação à falta de domínio pelos professores de metodologias problematizadoras de ensino-aprendizagem, que estimulem o diálogo entre os cursos e o trabalho em equipe. Também com relação à fragmentação ainda existente entre as dimensões do processo saúde-doença e ciclos básico e clínico de aprendizagem. São dificuldades e obstáculos herdados de décadas de organização curricular baseada no modelo flexneriano e no currículo mínimo, que propunha sua divisão em disciplinas pelos ciclos básico, clínico e profissionalizante.

Com a homologação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na saúde, um dos grandes desafios é a elaboração de currículos integrados, por pressupor uma organização que supere conteúdos, disciplinas e ciclos de aprendizagem. Cada vez mais a questão colocada pelos (e aos) atores comprometidos com os processos de mudança na formação é como operar, como elaborar, como integrar conteúdos, práticas, disciplinas, departamentos e cursos.

Diante disso, alguns projetos de mudança na graduação mesclam aspectos do currículo tradicional organizado em disciplinas e conteúdos a aspectos inovadores propostos por um currículo integrado. Como há também experiências de currículos integrados em curso no país propondo uma dinâmica curricular com o uso de metodologias ativas e problematizadoras de ensino-aprendizagem. Os desafios são cotidianos em ambas as proposições.

Ou seja, há mudanças e mudanças. Diante desse cenário, a dúvida que fica é como é possível caminhar passo a passo na construção de um processo de mudança na graduação, misturando antigo e novo, tradição e inovação, e produzir mudanças reais e transformadoras na formação e na prática em saúde. Ou se o caminho é tomar um rumo completamente (por vezes radicalmente) diferente com a proposição de um currículo integrado, enfrentando toda ordem de obstáculos institucionais, de pessoas e de relações de poder que isso representará. A dúvida permanece. As experiências estão em cena, produzindo cenários diversificados. Cabe manter o olhar atento e acompanhar esse movimento.

Um dado importante a destacar é que 11 das 14 profissões na área da saúde constavam nos relatos sobre ‘experiências multiprofissionais’, demonstrando o aumento potencial da participação de outros cursos da área em processos de mudança na formação. Esse dado reforça o movimento intensificado nesta década acerca da mudança na formação numa perspectiva multiprofissional, com a crescente ampliação da agenda política e do compromisso institucional para a discussão sobre o ‘trabalho em equipe’ no âmbito da formação na saúde. Esses fatos suscitam uma perspectiva interessante, considerando que: a) abre oportunidades de articulação entre os cursos e novos espaços que propiciem a produção do trabalho em equipe na graduação na saúde; e b) reforça ainda mais a necessidade de contemplar todas as carreiras da saúde e priorizar ações multiprofissionais nas iniciativas governamentais de incentivo à mudança na graduação.

Diante dos resultados observados, a consideração que se faz é a premente necessidade de se avançar na construção de experiências de mudança na graduação, e no desenvolvimento das políticas públicas para esse fim, numa perspectiva multiprofissional.

4.3 Ampliando os dados e a análise do mapa

Considerando os limites inerentes aos conteúdos de um resumo de trabalho contendo no máximo 3000 caracteres, muitas lacunas permaneciam quanto às características das ‘experiências multiprofissionais’ selecionadas. Por este motivo, uma nova coleta de dados foi realizada com 14 das 16 instituições de ensino superior identificadas nos resumos, para obter informações que ampliassem o mapa de experiências multiprofissionais desenvolvidas. Duas delas foram excluídas por relatarem ser projetos em início de implantação, sendo assim experiências muito recentes para os objetivos dessa etapa de coleta de dados.

Das 14 instituições, 12 retornaram com as informações solicitadas, posteriormente sistematizadas em um quadro, compreendido como um mapa ampliado de ‘experiências multiprofissionais’ curriculares na graduação na saúde, utilizado como referência para a próxima etapa deste trabalho. Vale lembrar a provável existência de outras ‘experiências multiprofissionais’ em curso no país, que não foram identificadas neste momento em função da proposta metodológica deste estudo.

Além dos resultados e discussão já apresentados, os novos dados coletados possibilitaram informações sobre a gestão e o planejamento da experiência, a ação prioritária realizada pelos estudantes, o período da graduação, a carga horária e os métodos de avaliação do estudante. Os mesmos são apresentados e discutidos a seguir.

Das 12 instituições respondentes, seis são instituições públicas e seis de natureza jurídica privada. Seis estão localizadas na região Sudeste, quatro na região Sul, uma no Centro-oeste e uma na região Nordeste. À exceção de uma instituição que informou desenvolver a experiência pesquisada desde 1992, as demais a iniciaram a partir de 2000.

Com relação aos cursos envolvidos, os quantitativos diferiram pouco dos resultados encontrados na primeira coleta de dados. Novamente, os cursos de medicina e enfermagem constavam em quase todas as experiências (11 e 10, respectivamente). Os cursos de odontologia e nutrição apareceram em seis experiências, fisioterapia e psicologia em quatro experiências, farmácia em três, serviço social e fonoaudiologia em duas experiências, educação física e terapia ocupacional em uma experiência. Uma delas também é desenvolvida com a participação do curso de teologia; e uma instituição relatou a participação da residência multiprofissional em saúde da família.

No que diz respeito à gestão e ao planejamento da atividade, em quatro experiências essas ações são desenvolvidas especificamente pelos professores dos cursos envolvidos, não

fazendo referência à participação de outros atores nesses processos. Houve, entretanto, instituições que relataram contemplar na gestão e no planejamento das atividades os coordenadores e professores dos cursos e os coordenadores e profissionais dos serviços. Uma delas citou a participação de estudantes e outra de representantes de movimentos sociais.

Quanto aos métodos de avaliação dos estudantes nas experiências pesquisadas, houve uma predominância em atribuir essa tarefa ao professor do curso. No entanto, cinco instituições informaram a participação de profissionais dos serviços e gestores nesse processo. Uma delas citou o uso do portfólio como instrumento de avaliação. Outra instituição citou que a avaliação envolve processos de auto-avaliação e avaliação interpares.

Com relação aos aspectos relacionados à gestão, ao planejamento e à avaliação dos estudantes, a incorporação de atores externos à instituição de ensino superior em atividades que tenham como princípio a integração ensino-serviço-comunidade é fator primordial para o seu desenvolvimento. Contudo, não é a simples inclusão desses atores que garantirá o sucesso e definirá a necessária integração interinstitucional para que a atividade se caracterize como uma co-responsabilidade de todos os atores envolvidos. Nesse sentido, deve-se reconhecer a heterogeneidade desses atores institucionais (universidade, serviços, comunidade organizada), “atores que operam de acordo com lógicas distintas, em tempos diferentes e com diferentes graus de acumulação de poder” (FEUERWERKER, 2004, p. 33).

Um primeiro avanço é reconhecê-los como atores essenciais nesse processo. O outro será estabelecer um processo de trabalho conjunto que considere interesses, necessidades e potencialidades de todos os envolvidos, compartilhando saberes, recursos e poderes para a gestão, o planejamento, a execução e a avaliação dos estudantes nas experiências de integração ensino-serviços-comunidade.

As questões relativas à carga horária e ao período do curso em que as experiências eram realizadas buscaram identificar se as mesmas são consideradas como uma atividade estruturante para a formação dos estudantes nos cursos envolvidos. As respostas variaram muito: em três instituições, as experiências ocorriam nos dois primeiros anos dos cursos; em duas delas no último ano dos cursos; em outra nas quatro primeiras séries dos cursos; e em uma instituição a experiência acontecia em todos os anos de formação nos cursos envolvidos.

Ainda com relação a esse aspecto, um fato interessante foi observar que em cinco instituições o período do curso e a carga horária das experiências variavam a depender do curso. Esse fato levou a refletir sobre a possibilidade efetiva de construção de uma atividade considerada multiprofissional, diante da variação de carga horária e período de formação dos estudantes dos cursos envolvidos.

Quanto ao cenário de realização, novamente prevaleceram a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a Unidade de Saúde da Família (USF) como locais de maior frequência para o desenvolvimento das experiências. Duas instituições citaram que a experiência é desenvolvida na rede de serviços de saúde, tornando-se um diferencial dessas em relação às demais nesse aspecto.

Com relação às ações prioritárias desenvolvidas pelas experiências pesquisadas, como a maior parte delas é desenvolvida no âmbito das USB ou USF, as ações também estavam relacionadas a esses espaços e ao trabalho das equipes de saúde da família. As ações citadas foram: acompanhamento das equipes de saúde da família, observação e conhecimento do território, visitas domiciliares, discussão de casos, atividades de educação e promoção da saúde. Outras menos relatadas foram o atendimento individual e atividades específicas a cada área profissional. Uma instituição referiu que as ações desenvolvidas são eminentemente práticas abrangendo saberes e fazeres diversos dos cursos envolvidos, a depender do semestre de formação.

Cabe resgatar aqui o desafio colocado quanto à produção da integralidade em saúde a partir do ato de cuidar como um fazer coletivo. Além de integrar, de forma multiprofissional e interdisciplinar, estudantes de diferentes cursos em cenários reais do mundo do trabalho em saúde, este encontro deve se referenciar no cuidado como núcleo do processo de trabalho e no usuário e suas necessidades como centro dessa produção. Assim, as iniciativas multiprofissionais podem fazer avançar tanto na mudança das carreiras específicas, quanto no estímulo ao desenvolvimento de projetos compartilhados e articulados entre as várias carreiras.

Houve também algumas considerações relevantes feitas pelos respondentes a serem pontuadas. Um respondente citou que, embora a experiência seja desenvolvida há seis anos, a avaliação feita é que ela não é considerada como uma atividade estruturante para todos os cursos envolvidos. Outro respondente indicou que o fator ‘espaço físico’ da UBS é determinante para a organização da atividade. Houve ainda um relato de que “os estudantes se encontram o tempo todo, mas como o local é pequeno, por vezes há competição pelo espaço físico”. Um respondente declarou que a experiência pesquisada é organizada por curso, e que “quando há coincidência do local e havendo vontade política, principalmente e de forma determinante pelos professores, é possível desenvolver um trabalho articulado”.

Nas observações feitas, é possível identificar alguns desafios para o desenvolvimento de atividades multiprofissionais na graduação em saúde. O espaço físico das unidades de saúde, por exemplo, configura-se como um fator que limita e circunscreve as possibilidades

de integração ensino-serviços. Nesse sentido, a construção de uma rede-escola ou de espaços de aprendizagem na rede de serviços de saúde é uma questão estratégica. Para tanto, caberá aos cursos de graduação na saúde a organização de forma integrada e articulada entre si e com as equipes de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede de serviços (FEUERWERKER, 2006).

Além disso, uma rede-escola avançaria também para outros cenários de prática nos serviços de saúde, para além do reconhecido avanço que foi incluir as ações relacionadas à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família, como diferenciais nos currículos e na prática de estudantes da saúde. Foi a partir dessa inovação que algumas profissões, como a Fisioterapia por exemplo, passaram a visualizar e produzir as possibilidades de atuação profissional nesse âmbito de atenção à saúde.

A análise detalhada do mapa de experiências também possibilitou identificar a instituição de ensino superior que, à luz dos critérios elencados, foi selecionada para o trabalho de campo deste estudo. A Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp), sediada em Campo Grande-MS, foi escolhida principalmente com relação aos dois primeiros critérios. Segundo informações, a experiência desenvolvida na instituição ocorre prioritariamente nas UBS, como a maioria das experiências relatadas, porém inclui outros serviços da rede municipal de saúde. Como ação prioritária, propõe ações de cuidado em saúde e ocorre durante todo o período de formação nas graduações de medicina e psicologia. O capítulo a seguir é dedicado à apresentação e discussão do caso estudado.

5 UM OLHAR SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO NA SAÚDE

É preciso mexer, misturar
O daqui, o dali e o de lá
Pois o nosso tempero
Tem samba, tem xote
Tem frevo, embolada, balada, ijexá (...)
Serginho Meriti e Bira da Vila

Este capítulo apresenta os resultados e a discussão sobre o estudo de caso do Pinesc – Programa Interinstitucional de Integração ensino-serviço-comunidade, oferecido pelos cursos de medicina e psicologia da Uniderp – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, tendo como eixos de análise a ‘formação no mundo do trabalho’ e a ‘integração curricular’. Os dados tiveram como fonte as entrevistas, os documentos disponibilizados e as anotações da observação de campo, cotejando-os com os conceitos-ferramentas explicitados na primeira parte deste estudo.

As falas dos entrevistados foram identificadas aleatoriamente da seguinte forma: a) “Ensino” para coordenadores de curso, da atividade pesquisada, do ex-coordenador da atividade e da ex-coordenadora de um dos cursos (Ensino A a F); b) “Serviço” para as coordenadoras do Programa de Saúde da Família e de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município e para os profissionais dos serviços preceptores da atividade (Serviço A a D); e c) “Estudante” para os grupos de estudantes dos cursos de medicina e de psicologia (Estudante A e B).

5.1 O contato com experiências inovadoras de formação na saúde: os avanços e os desafios cotidianos

A Uniderp é uma instituição de ensino superior privada que iniciou suas atividades educacionais em 1974, como Centro de Ensino Superior Professor Plínio Mendes dos Santos.

Em 1990, foi solicitada a autorização para a transformação em universidade, tendo sido essa reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação por meio do Parecer n. 153/96, homologado por Decreto Presidencial de 18 de dezembro de 1996. Em 2008, a instituição passou a ter como mantenedora a entidade Anhanguera Educacional S.A., e pela Portaria Sesu n. 879 em 18 de novembro de 2008, a Uniderp passou a denominar-se Universidade Anhanguera-Uniderp (UNIDERP, 2009).

Os cursos de medicina e psicologia¹ da Uniderp iniciaram em 2000. Desde a formulação do projeto pedagógico, ambos foram concebidos com o propósito de contemplar aspectos que posteriormente estariam referenciados nas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os respectivos cursos².

Como aspectos inovadores comuns, destacam-se a organização curricular por módulos temáticos e de habilidades e a centralidade no estudante como sujeito na construção do seu conhecimento, por meio da adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como metodologia de ensino-aprendizagem. As atividades curriculares contemplam a inserção do estudante nos serviços de saúde desde o início e ao longo de sua formação por meio do Pinesc, e estabelecem estratégias para propiciar a relação entre teoria e prática e o ensino orientado para a comunidade.

Para a abertura desses cursos nessa concepção pedagógica, em 1999 a Uniderp contratou uma consultoria externa para formar os professores em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e assessorar na elaboração do currículo integrado, inicialmente para o curso de medicina. A oferta do curso de psicologia com a mesma proposta pedagógica surgiu depois, por sugestão do grupo convidado para a elaboração de seu projeto pedagógico. Esses foram os primeiros cursos na área da saúde da instituição. A decisão de oferecer um curso de medicina diferenciado e com um currículo considerado inovador teve também um cunho mercadológico, observado na fala a seguir

Quando (a instituição) decidiu fazer um curso de medicina, tinha a clareza de que precisava fazer um curso com um diferencial, um curso com excelente qualidade, até para fazer face ao curso tradicional da universidade pública, e até para ter

¹ O curso de psicologia da Uniderp foi uma das 10 experiências selecionadas pela “Convocatória para apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais de saúde para a integralidade em saúde”, lançada em 2004 no Seminário Nacional sobre a Política AprenderSUS e as graduações na saúde relatado neste trabalho, e publicada em PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (orgs.) *Ensino – trabalho – cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. 156 p.

² As DCN para a graduação em Medicina foram homologadas em novembro de 2001 e para a Psicologia em março de 2004.

legitimidade, porque sabia de toda a reação corporativa contra novos cursos de medicina. [...] Mas no momento em que interessou para o proprietário do capital recuperar a vertente ideológica e incorporá-la no projeto, é uma brecha que eu tenho, e tenho consciência do porquê essa brecha está sendo dada, não tenho a ilusão de achar que seja por outras razões que não seja a de mercado.” (Ensino F)

Como contraponto, foi colocado também que para as instituições de ensino privadas é um desafio propor um curso com um currículo integrado e metodologia ativa de ensino-aprendizagem, pois ele é mais oneroso do que um currículo tradicional. Por esse motivo, inclusive, os demais cursos na área da saúde da instituição abertos posteriormente foram concebidos com currículos organizados por disciplinas³.

Para o curso de medicina, a proposição de um currículo integrado foi facilitada pela existência de experiências inovadoras de formação nessa área que serviram de referência para essa construção como, por exemplo, os cursos de medicina da Universidade Estadual de Londrina e da Faculdade de Medicina de Marília. O mesmo fato não ocorria com o curso de psicologia, sendo esse identificado como o primeiro desafio para os atores que o propuseram dessa forma.

Nós não temos um outro curso no país que funcione não só numa metodologia ativa de ensino-aprendizagem, mas com um currículo integrado como já preconiza as nossas DCN. [...] Então, para nós foi um desafio muito grande, porque na verdade quando nós fizemos a capacitação junto com o curso de medicina, que já ia também ser estruturado com o currículo integrado, na metodologia do PBL, eles tinham outros exemplos, outras situações, outras experiências que eles podiam se basear e nós não tínhamos isso aqui. (Ensino A)

Pela escassez de experiências inovadoras nessa área de formação, a organização do projeto pedagógico do curso de psicologia teve como princípios os aspectos considerados importantes pelos estudos acerca da mudança na formação de profissionais de saúde, na ocasião para as profissões de Medicina e Enfermagem. Assim, o desafio foi superar a organização curricular por disciplinas, ao propor a construção de módulos temáticos, a partir da elaboração de situações-problema, e de módulos práticos integrados a esses. Somado a isso, foi organizado o módulo transversal de integração ensino-serviço-comunidade para inserção do estudante no mundo do trabalho desde o primeiro semestre de formação.

Os módulos temáticos foram organizados por Ciclos de Vida e pelos ‘diversos fazeres da Psicologia’, e tiveram como base a constituição de uma ‘árvore temática’, que indicaria os conteúdos e os objetivos de aprendizagem que deveriam ser contemplados em cada módulo,

³ A Uniderp oferece 11 cursos na área da saúde: ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.

abordados nas situações-problema. As situações-problema fazem parte da proposta metodológica, a ABP, que propõe a elaboração desses problemas a partir de situações concretas e reais do mundo do trabalho. A dinâmica de construção da árvore temática e dos problemas foi coletiva, conforme segue.

Como é que se constrói essa árvore temática? É exatamente o momento de geração do módulo, que você vai construir obrigatoriamente dentro de um grupo. Você não constrói um módulo sozinho, você tem um grupo, de preferência multiprofissional e interdisciplinar. Nós tivemos vários profissionais de outras áreas participando também da construção dos primeiros módulos principalmente, mas com diferentes olhares, mesmo que todos sejam psicólogos, mas com diferentes olhares para você fazer o módulo mais integrado, uma integração das diversas disciplinas que estão entrando ali. [...] Feita essa discussão do que são os conteúdos temáticos mais importantes para esse módulo, você tem uma grande árvore temática. O processo de construção dos problemas, ele foi, ele é coletivo. [...] Cada grupo vai construir um problema que naturalmente leve o estudante a determinados objetivos de aprendizagem que estariam colocados lá. (Ensino A)

A cada módulo temático está vinculado o módulo de “Habilidades Gerais e Específicas”, onde o estudante tem o suporte prático das habilidades necessárias naquele módulo, buscando o equilíbrio e a integração entre teoria e prática durante todo o curso. O módulo transversal, o Pinesc, que será detalhado posteriormente, alinhava o currículo com o propósito de

Aproximar o estudante com o mundo real do trabalho e aproximá-lo com esses fazeres (da profissão), e fazer com que o aluno tenha a possibilidade, durante os cinco anos de formação, de desenvolver atividades práticas e fazer, o que consideramos de extrema importância na metodologia pedagógica, esse movimento da ação-reflexão-ação. Porque ele vai para a prática, faz atividades em diversos fazeres da psicologia, e vem para o módulo temático, [...] e aí ele faz uma reflexão em cima dos problemas colocados e das questões estudadas, mas também tem um referencial prático o tempo todo para fazer essa relação ação-reflexão-ação. (Ensino C)

O curso de medicina possui uma organização curricular semelhante ao curso de psicologia do 1º ao 4º ano de formação. Ela é constituída por seis módulos temáticos ao ano, apoiados pelas atividades em laboratórios dos módulos longitudinais de Habilidades Médicas e de Habilidades Gerais (Comunicação e Práticas Integradas), além do Pinesc como módulo transversal. Nos 5º e 6º anos, os estudantes passam pelo internato médico, que inclui estágios em UBS do município, no Centro de Especialidades Médicas (Cemed), a clínica-escola da Uniderp, na Santa Casa de Campo Grande, além do estágio regional, desenvolvido em UBS de quatro municípios pequenos do Estado.

Após 10 anos de implantação dos cursos de medicina e psicologia com um currículo integrado, demandado e apoiado institucionalmente, foi e continua sendo um desafio cotidiano o diálogo desses com os outros cursos e com a própria gestão da instituição de ensino:

Eu não sinto que essa nossa inovação curricular é incorporada por toda a vida da universidade. [...] E isso é um problema que a gente sempre teve que enfrentar, porque são só dois cursos nesse formato, e o resto da universidade não é. [...] Nós temos que a cada ano ficar explicando o formato, que tem que ser tudo diferente. [...] porque é tudo sistema informatizado e que não contempla o currículo inovador. A gente tem que ficar fazendo traduções o tempo todo. São dez anos de tradução, mas a gente faz, faz porque o resultado é o que a gente espera, é o que nos pretendemos. (Ensino C)

Quanto à integração entre os cursos na área da saúde da instituição, os entrevistados, quando provocados, observavam algum esforço realizado, porém sem resultar no que poderia potencialmente ser produzido institucionalmente. As falas seguintes apresentaram aspectos relacionados mais especificamente às clínicas da instituição onde são realizados os estágios dos cursos da saúde, apontando questões que facilitam ou dificultam a aproximação e/ou integração entre os cursos.

Acho que a integração é muito aquém daquilo que poderia ser feito. Por exemplo, existe uma integração com a nutrição. Por que que com a nutrição existe? Porque ela está dentro do [serviço X]. Então, os pacientes que chegam que tem diabetes, obesidade, eles passam pela consulta nutricional. [...] Eu acho que o aluno aprenderia muito mais. Mas isso envolve carga horária do aluno, tempo para o aluno ir lá, então, é uma coisa que tem que se organizada de uma forma melhor. (Ensino B)

A gente tem integração do trabalho com a fisioterapia, com a odonto, com a medicina, e com outras não. Na verdade a gente nunca conseguiu e esse é um desafio importante, que as clínicas todas da saúde tivessem uma integração de protocolo, de fluxo, de formação. Ali seria um campo de formação multiprofissional importante, mas é difícil, a gente nunca conseguiu sentar junto todos os cursos da saúde que têm clínicas, [...] a gente poderia caminhar para isso, tentar juntar tudo e fazer programas conjuntos, atividades conjuntas de formação, mas não temos essa articulação porque os projetos são diferentes. (Ensino C)

Como observado, ocupar o mesmo espaço físico foi considerado um aspecto facilitador para o trabalho conjunto entre dois cursos, pois ambos estão alocados na mesma clínica. Porém, a carga horária de cada curso e os currículos diferentes são fatores que dificultam a integração. Dessa forma, por não existirem atividades que priorizem a multiprofissionalidade, as ações integradas acabam não acontecendo. Afinal, ações integradas requerem tecnologias relacionais, espaço, tempo e dedicação para serem produzidas.

A compreensão panorâmica dos currículos dos cursos de medicina e psicologia da Uniderp foi necessária para aprofundar a discussão sobre a atividade enfocada neste trabalho: o Pinesc, considerado um módulo transversal para ambas as formações. A seguir, serão apresentados aspectos relevantes acerca do Pinesc para os cursos de medicina e psicologia, e posterior apresentação dos resultados a partir dos eixos de análise propostos.

5.2 O Pinesc como componente estruturante do processo formativo

O Pinesc, desenvolvido pelos cursos de medicina e psicologia da Uniderp, foi concebido com o objetivo de

Propiciar aos acadêmicos a oportunidade de integrarem, precocemente, desde o primeiro momento de sua vida universitária, uma equipe de serviços de saúde e a vida de uma comunidade particular, visando ao exercício de práticas para provocar e estimular a reflexão sobre a dimensão sóciopolítica e cultural que envolve, inevitavelmente, a atuação dos trabalhadores em saúde, como também o próprio conceito ampliado de saúde (CABRAL et al, 2006, p. 59).

No primeiro dia de trabalho de campo, durante a reunião com as coordenações de um dos cursos e do Pinesc, foi informado que embora o mesmo fosse desenvolvido pelos dois cursos, seu planejamento e execução ocorriam separadamente. Apesar disso, segundo as coordenações, o Pinesc se caracterizava como um momento privilegiado para a produção de práticas multiprofissionais no contexto dos cursos.

Para a sua operacionalização foi celebrado um convênio entre a Uniderp e a Prefeitura Municipal de Campo Grande, com o estabelecimento de fluxos de comunicação e áreas de competência de cada ator institucional, além da definição das funções do acadêmico, do preceptor, do supervisor acadêmico e do coordenador da atividade. Nos serviços, o preceptor é o ‘ator privilegiado’ que acompanha diretamente os estudantes dos cursos. As coordenações do Programa de Saúde da Família e de Saúde Mental da Secretaria de Saúde são os principais canais de interlocução entre a instituição de ensino e os serviços de saúde. No âmbito da universidade, os supervisores acadêmicos e os coordenadores do Pinesc são os responsáveis pelo seu desenvolvimento e acompanhamento.

O convênio prevê uma remuneração entendida como ‘gratificação de apoio à docência’ (de fevereiro a novembro) aos profissionais dos serviços preceptores do Pinesc e

para as coordenações citadas, por meio de recursos repassados pela Uniderp à Prefeitura de Campo Grande. Esse é um fato gerador de consequências diversas, conforme será discutido posteriormente.

Desde a sua implantação em 2000, o Pinesc passou por formatos distintos, tendo sido primeiro organizado a partir do eixo da territorialidade, concentrando sua atuação em oito UBS do Distrito Sanitário Norte do município. Para facilitar a supervisão acadêmica e a comunicação entre os atores envolvidos, no início ambos os cursos foram alocados nas mesmas UBS, sem necessariamente ter o intuito de integrar os estudantes dos cursos nessas UBS, ainda que o espaço compartilhado pudesse propiciá-la (CABRAL et al, 2006).

Em 2001, após avaliação feita pela instituição de ensino e discutida com os dirigentes dos serviços, foi proposta a mudança de eixo de organização do Pinesc. A territorialidade foi substituída pelo eixo do serviço, tendo como referência o trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família como cenário para a sua realização (CABRAL et al, 2008).

No curso de medicina, o Pinesc acontece prioritariamente nas UBS. Os estudantes são distribuídos em grupos de até oito pessoas e permanecem (preferencialmente) na mesma UBS do 1º ao 4º ano da formação. Para cada ano, há objetivos educacionais distintos que buscam se integrar com os módulos temáticos e as demais atividades do currículo.

Nos dois primeiros semestres, os objetivos educacionais estão relacionados ao conhecimento do funcionamento de todos os setores da UBS, dos programas de saúde desenvolvidos e da comunidade atendida e suas necessidades de cuidado em saúde. Os estudantes, em dupla, entre outras atividades previstas, realizam as visitas domiciliares, acompanhados prioritariamente pelo agente comunitário de saúde. A partir do terceiro semestre, cada estudante adota uma família que irá acompanhar durante todo o módulo do Pinesc, em articulação com os assuntos trabalhados por ciclos de vida nos módulos temáticos.

Nos dois primeiros anos, os preceptores são profissionais da Medicina ou da Enfermagem das equipes de saúde da família. Nos 3º e 4º anos, a preceptoria é feita exclusivamente pelo profissional médico dessa equipe, e os estudantes acompanham e realizam as atividades inerentes à atuação desse profissional.

Embora haja uma programação estabelecida pela instituição de ensino para cada semestre do Pinesc, há flexibilidade para permitir a articulação e o diálogo desta com outros componentes curriculares, além de considerar as especificidades e a realidade do cenário dos serviços.

Para o curso de medicina, o método de avaliação do Pinesc inclui a elaboração de um relatório de grupo (avaliado pelo supervisor acadêmico), a avaliação individual feita pelo

preceptor por meio de um instrumento de avaliação que considera aspectos relativos à assiduidade, pontualidade, respeito, ética e participação do estudante na atividade, e uma avaliação teórica final. Essa avaliação teórica equivale a 70% na média final do módulo, sendo de responsabilidade do supervisor acadêmico.

Nas primeiras sextas de cada mês aconteciam reuniões com a participação de coordenadores, supervisores acadêmicos e preceptores, como espaço de interação e diálogo para acompanhamento das atividades do Pinesc nos quatro anos do curso de medicina. Em 2009, essas reuniões passaram a ser bimensais, com a justificativa de reduzir as ausências frequentes dos preceptores em sua atuação profissional junto às equipes de saúde da família.

Para o curso de psicologia, o Pinesc é desenvolvido nos 10 semestres de formação, em diferentes cenários da rede de serviços de saúde do município. Nos dois primeiros semestres, a atividade ocorre nas UBS, com programação e objetivos educacionais semelhantes aos desenvolvidos para o curso de medicina. A preceptoria dos estudantes de psicologia é feita pelas enfermeiras das equipes de saúde da família para um grupo de até oito estudantes.

Do 3º ao 7º semestres, o Pinesc ocorre, num sistema de rodízio semestral entre os grupos de estudantes, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no Instituto Médico Legal, no Centro de Especialidades do Município, no Centro de Atenção a Mulheres Vítimas de Violência, no Centro de Doenças Infecto-parasitárias e Hospitar, no Centro de Atenção ao Escolar, no Serviço de Psicologia e Psiquiatria da Santa Casa. Esses locais foram escolhidos para que os estudantes pudessem acompanhar as atividades do profissional de Psicologia nos referidos serviços.

Nos 8º, 9º e 10º semestres, os estudantes de psicologia retornam às UBS que passaram no início do curso para o desenvolvimento de projetos de intervenção, elaborados a partir da demanda dos serviços.

Para a organização das atividades do Pinesc, o curso de psicologia promove uma reunião no início de cada semestre com a participação de coordenadores da instituição de ensino e dos serviços e dos preceptores, para discussão sobre a programação proposta. Um dos objetivos dessa é dialogar sobre as possibilidades de integração entre as atividades do Pinesc e os demais módulos do curso.

O sistema de avaliação do Pinesc para o curso de psicologia prevê a elaboração de um relatório individual pelo estudante e a avaliação do preceptor, por meio de um instrumento que inclui itens semelhantes aos do curso de medicina. Há também a avaliação interpares e a avaliação do preceptor feita pelos alunos.

Em seus aspectos gerais, essa é a organização do módulo do Pinesc para os cursos de medicina e psicologia da Uniderp. Por se tratar de uma experiência que completou nove anos de existência em 2009, ela é descrita e avaliada em estudos como Cabral et al (2006), Kodjaoglanian e Cabral (2006), Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) e Cabral et al (2008).

A análise dos dados coletados no trabalho de campo, feita à luz do referencial teórico deste estudo, levou à identificação de dois grandes eixos de análise: ‘formação no mundo do trabalho’ e ‘integração curricular’. A partir desses eixos, buscou-se explorar um olhar caleidoscópico sobre as aproximações e os distanciamentos para a produção do trabalho em equipe multiprofissional na graduação na saúde, a seguir apresentado.

5.3 Um olhar sobre a formação no mundo do trabalho: sua produção em ato, suas potências, seus limites

A formação no mundo do trabalho em saúde é um dos principais desafios para a mudança na formação de profissionais de saúde, como discutido anteriormente. As experiências de Integração Docente-assistencial e os Projetos UNI, desenvolvidos nas décadas anteriores, tiveram como foco a articulação entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, com o objetivo de construir um processo formativo contextualizado com a realidade dos serviços e as necessidades de saúde dos usuários.

Esse desafio impôs o reconhecimento de atores, como os profissionais dos serviços por exemplo, intrinsecamente envolvidos com a formação na saúde, para além dos limites das instituições de ensino; além da diversificação de cenários e de práticas profissionais durante o processo formativo. Esses fatores potencializam a formação no mundo do trabalho, assim como apresentam dificuldades e limites. O estudo sobre o Pinesc realizado pelos cursos de medicina e psicologia da Uniderp ilumina pontos relevantes para essa discussão.

Desde a sua elaboração, ambos os projetos pedagógicos dos cursos tinham como objetivo orientar o ensino para a comunidade, considerando a necessidade de formar os futuros profissionais com competências e habilidades necessárias ao atendimento da coletividade que deverão servir. Para tanto, era necessário ampliar as possibilidades de construção do saber, extrapolando os domínios convencionais da academia, aproximando a universidade de outros segmentos (CABRAL et al, 2006). A articulação necessária com os

serviços de saúde para a implantação do Pinesc foi facilitada pelo **perfil do gestor local** na ocasião:

A grande vantagem foi o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, porque a então secretária compreendia a importância da proposta. Ela é uma sanitarista de carreira e comprometida com a construção do SUS. Ela leu o projeto pedagógico e anuiu antes (mesmo) de ser celebrado o convênio. (Ensino F)

Contudo, ainda que essa articulação tenha sido facilitada no princípio, ela deve ser objeto de constante atenção por parte dos atores envolvidos. As mudanças na gestão municipal podem gerar dificuldades que, caso não sejam previstas, podem inviabilizar a continuidade de processos. No caso em estudo, o fator ‘institucionalização’ da atividade foi vital para a sua manutenção, observado na fala: “houve só uma mudança (de gestão municipal, no período estudado), mas foi dolorosa e complicadíssima. Foi muito desgastante [...]. Só não conseguiu derrubar porque já estávamos institucionalizados” (Ensino F).

Celebrado o convênio entre a instituição de ensino e a Prefeitura Municipal, institucionalizou-se também a **presença de estudantes nos serviços de saúde** do município. Esse fato tem se tornado cada vez mais comum em todo o país, trazendo benefícios para os serviços, assim como impondo inúmeras adaptações para a gestão municipal e para a instituição de ensino. Essa presença precisou ser construída no cotidiano dos serviços, como observado a seguir. Inicialmente,

Os outros profissionais não tinham paciência e mal cumprimentavam, os alunos às vezes sentiam que não eram bem vindos. Mas isso tudo foi passando com o tempo da conquista, os alunos foram ficando mais à vontade, a gente foi falando que eles também tinham que fazer a parte deles. Hoje eles são bem recebidos, não tem problema nenhum de relacionamento, nem administrativo nem com os agentes comunitários, nem com a gerência, com ninguém. (Serviço A)

Assim como foi preciso construir a presença desse novo sujeito nos serviços de saúde, no âmbito da instituição de ensino também foi necessário o reconhecimento desse novo cenário de prática. Até hoje persiste uma resistência inicial dos estudantes à vivência num cenário distinto de sua realidade de vida.

A grande dificuldade é você conseguir trazer o que tem realmente da realidade da comunidade para a vivência dos alunos. Porque, queira ou não, há uma diferença de nível sócioeconômico e cultural muito grande. Inserir os alunos precocemente na comunidade é como viver um choque para o aluno à primeira vista. Depois eles até adoram, mais pra frente começa a maturidade e tudo mais. No começo eles nem entendem muito o porquê de estarem lá. Isto é uma grande dificuldade nos primeiros anos. (Ensino B)

Ilustrativo também é ouvir os próprios estudantes acerca do assunto:

O interessante é que no primeiro momento a gente ficou meio assim... o que é que nós estamos fazendo aqui? Só que você começa a ver que tem muita coisa que você não tem noção de como funciona, de como é na verdade. [...] Você só escuta falar o lado negativo, mas você vê que por trás tem muita gente lutando para que dê certo, muita gente competente envolvida. (Estudante A)

As consequências positivas da presença do estudante nos serviços podem ser identificadas nas falas abaixo. Essa presença tem estimulado a mudança no profissional preceptor com relação à busca de novos conhecimentos e à reflexão sobre sua prática.

A gente vê que onde tem alunos e onde não tem, seja o preceptor ou toda a equipe, ela é mais envolvida com a comunidade. Acho que o aluno provoca isso. Eu acho que ele faz com que a pessoa repense as atitudes, faz com que eles estudem. Acho que ele provoca a mudança. E a comunidade responde bem a isso [...] os alunos criam esse vínculo com a comunidade. (Serviço B)

Outro fato considerado em mais de uma fala foi quanto ao apoio ou à ajuda dos estudantes nas atividades cotidianas dos serviços de saúde, além do incentivo que esse ambiente vivo de aprendizagem provoca neles.

O aluno para o serviço [...] aqui para nós ele acaba ajudando e muito. No começo, esse entrave que teve para a aceitação pelos outros funcionários, eles achavam que atrapalhava. [...] Hoje eles estão ajudando na consulta, vão às visitas domiciliares. [...] Ele está na consulta desde o quarto ano, principalmente no quinto ano ele está ajudando o médico na consulta, está agilizando o atendimento dentro da unidade. Eu acho muito importante, a minha opinião é que eles ajudam no serviço. (Serviço A)

Contudo, o fator espaço físico e a relação do número de estudante por preceptor foram pontuados por vários entrevistados como dificuldades importantes.

A gente limitou no convênio no máximo oito alunos por turma por preceptor, porque as unidades são pequenas e não é só médico que recebe aluno, às vezes o enfermeiro também está recebendo aluno, a assistente social vai receber o profissional da assistência social. Você viu lá como é, é um monte de alunos circulando, e isso tem que ser muito bem orientado para não haver atrito ou confusão com a comunidade e com os outros profissionais. (Serviço B)

Na observação de campo foi possível comprovar a fala acima. Em uma UBS, já na recepção havia a presença de estudantes. Algumas possuíam uma sala de tamanho adequado onde os estudantes se reuniam com o preceptor. Outras não. Lá circulavam estudantes de mais de um curso de graduação da mesma instituição, como também de outras instituições de

ensino do município. No entanto, não se observou interação entre estudantes de diferentes cursos; cada um cumpria a sua respectiva agenda de atividades.

O fator espaço físico da rede de serviços de saúde, de fato, é uma questão importante a ser considerada para a formação de profissionais de saúde no mundo do trabalho, ao inserir a figura do estudante nesse espaço. Embora, segundo um entrevistado:

A estrutura física não assegura a estratégia. A estratégia é o compromisso das pessoas, é a identidade, o carisma da equipe. Nós temos a melhor unidade construída onde a equipe não funcionava como equipe do PSF, estava fazendo demanda espontânea dentro do PSF. E temos a [unidade X], que é uma casinha minúscula adaptada [...] e lá tinha esse trabalho em equipe de saúde, lá tinha um monte de atividades que os meninos faziam, uma riqueza extraordinária. (Ensino F)

Além da inclusão cada vez mais frequente do estudante como um novo sujeito na rede de serviços de saúde, também houve a **incorporação de uma nova função: a do preceptor**, o profissional dos serviços que acumulou a prática docente às suas ações de cuidado em saúde. O preceptor tornou-se um ator privilegiado que pode potencializar ou não a formação no mundo do trabalho. A identificação do perfil adequado e as formas de escolha e qualificação para a ação docente do preceptor passaram a ser elementos-chave para o desempenho dessa função.

O tema suscitou várias considerações como, por exemplo, a escolha pelo preceptor ‘ideal’, que pode ter uma perspectiva alinhada com a fala a seguir.

A gente quer colocar (o estudante) em uma unidade que esteja pelo menos funcionando razoavelmente bem. [...] Se ele vai estagiar em uma unidade onde o pessoal não tem compromisso de horário, não tem compromisso com o paciente, não tem vínculo com a comunidade, que exemplo vai ser para este aluno? Então, a gente está sempre escolhendo a unidade tal que tem um preceptor que é uma pessoa boa, um profissional interessado, a gente vai colocar lá. Aquele lugar não está dando certo, vamos tirar de lá. [...] Tem profissionais que não estão comprometidos, a gente não quer colocar essas pessoas em contato com o aluno, para não passar uma imagem ruim dos serviços. (Serviço B)

Por outro lado, em se tratando de formação no mundo real do trabalho, houve considerações como:

Para nós era exatamente esse fazer do serviço que era importante passar. Não era uma academia tradicional, longe disso. [...] No decorrer deste tempo, alguns têm mais perfil para isto e outros não. E a gente sempre teve que lidar com essa diversidade. [...] Algumas pessoas da instituição de ensino sempre se incomodaram muito: ‘por que vai para o serviço, se tem coisas lá que não são legais de ver?’. Eu não tenho preocupação com isso. Acho que tem que ir e ver tudo mesmo, ver o que é legal e ver o que não é, porque na hora da discussão, da supervisão, das avaliações [...], isso vem e a gente fala sobre isso. O aluno, nessa formação nossa, tem que ver

o que é real mesmo e trazer a crítica e falar. [...] Eu acho que a integração ensino-serviço-comunidade é para isso mesmo. (Ensino C)

Durante a observação de campo, houve um debate sobre um documentário trazido pela preceptora, que versava sobre a humanização nos serviços de saúde. A fala de uma estudante ilustrou o exposto acima, ao dizer que “essa experiência nos serviços possibilita também ver o profissional que eu não quero ser”. Outra estudante complementou dizendo que “o Pinesc te deixa mais humano”, pela mudança que ele provoca por colocá-las tão próximas de uma realidade até então tão distante de seus cotidianos.

O perfil do preceptor foi apontado também como um importante fator na implantação do Pinesc. Por conta disso, a Uniderp definiu o ‘perfil desejável’:

Estabeleceu-se o perfil mínimo a ser preenchido pelo profissional que viesse a integrar o quadro de preceptoria do Pinesc: responder adequadamente no exercício de sua função como médico de família; desejar conviver com acadêmicos do curso de medicina e auxiliá-los na interação a ser estabelecida com os demais membros da equipe de PSF e com a comunidade usuária dos serviços; entender o Sistema Único de Saúde como um processo em construção, no qual ele é ator privilegiado — em síntese, alguém identificado, inclusive ideologicamente, com o projeto pedagógico do curso de medicina. (CABRAL et al, 2008, p. 378)

Diante da diversidade de perfis entre os preceptores, foi feita a pergunta: afinal, qual é o perfil adequado para o preceptor? As falas relataram um perfil que, na verdade, é o profissional de saúde que os serviços precisam, um profissional comprometido, que tenha o cuidado como referência para suas ações, que atenda às necessidades de saúde da pessoa e da coletividade.

Você vê que ele tem o perfil porque ele gosta daquilo, é um desafio que você vai construindo pouco a pouco, e vai melhorando dia a dia, ano após ano. [...] Ele tem que sentir que é um profissional que, não precisa ser apaixonado, mas que pelo menos goste de Saúde Pública, que goste do PSF, é um profissional empenhado na atividade que ele tem que desenvolver como médico ou como enfermeiro na saúde da família. Se o profissional não tiver perfil para a preceptoria não adianta, porque os alunos não vão se entusiasmar com aquele serviço. (Serviço A)

Outro fator relevante é que a decisão de assumir a função de preceptor precisa ser desse profissional, e não por pressão ou escolha externa.

Eu acho que uma coisa que facilita é você querer ser preceptor. [...] Você tem, primeiro, que acreditar no Pinesc, tem que sentir que é importante, porque se você como preceptor não tem essa visão e não sente isso, você não vai passar isso para os alunos. (Serviço A)

Além da questão relacionada à prática profissional do preceptor, agrega-se a isso a habilidade para a função docente. Esse também foi um fator entendido como dificuldade no exercício e gestão da preceptoría sob vários ângulos, sendo um ponto relevante para o debate.

Voltando a falar das dificuldades do preceptor, lembrando, o preceptor sempre teve dificuldade de avaliar o relatório porque ele não se sentia capaz de avaliar um relatório acadêmico. Às vezes a gente tinha um professor do curso [...] para dar apoio aos preceptores no que eles precisassem de metodologia científica. [...] Os preceptores sempre pediram apoio. (Ensino C)

Outro ponto com relação à preceptoría foi o pagamento da ‘gratificação de apoio à docência’ para os profissionais dos serviços responsáveis pelos estudantes. A gratificação foi considerada um aspecto facilitador da celebração do convênio para a viabilização do Pinesc, até por indicar um reconhecimento por parte da instituição de ensino da ação docente do preceptor. No entanto, na prática, ela trouxe dificuldades para o relacionamento dos estudantes com os demais profissionais e funcionários dos serviços que não eram contemplados com remuneração adicional.

No começo a gente teve muita dificuldade da equipe como um todo se relacionar com o aluno. Temos algumas resistências porque o preceptor recebe a gratificação por isso. Às vezes há pessoas que, como não recebem a gratificação, dizem: ‘O aluno é seu, não tenho nada a ver com isso’. Há resistência de alguns profissionais ainda. Não é a maioria, é um ou outro. (Serviço B)

Há, contudo, atitudes que concorrem para um acordo essencial para a sustentabilidade da atividade nos serviços:

Às vezes eu falava para um aluno: ‘vá em tal lugar e pede para o funcionário tal isso’. O aluno chegava lá a pessoa falava ‘não, eu não vou dar, ela que ganha para isso’. Eu falava (para o funcionário): ‘olha, não é bem assim, a Secretaria tem um convênio e os alunos são recebidos (no serviço), eu sou a preceptora [...] e vou orientar as atividades deles. O Centro de Saúde, pelo contrato, ele recebe. Então todos os funcionários que estão aqui, independente de ganhar ou não, tem que estar dando uma ajuda quando o aluno precisa. Foi uma entrave, foi uma parte que dificultou. Mas hoje, pelo menos aqui no nosso (serviço) já está resolvida. (Serviço A)

Quando se questionou sobre o objetivo do Pinesc de oportunizar ao estudante a vivência do trabalho em equipe multiprofissional nos cenários dos serviços, foi informado que:

Há unidades onde os alunos conseguem ter esta percepção da importância do trabalho em equipe, esse processo de trabalho, o quanto que ele é otimizado quando

tem uma equipe bem integrada. Mas quando nós não conseguimos isto, aí então a importância desta equipe ainda é a figura do médico. [...] Em algumas unidades de saúde, os alunos estavam lá há dois anos e não sabiam o nome do enfermeiro, do agente, do gerente, do técnico de enfermagem. (Ensino E)

Eu tenho feito este contato dos alunos com outros profissionais por questão de necessidade mesmo. Se a gente está fazendo um atendimento e tem uma turma muito numerosa, eu peço que alguns acadêmicos fiquem com algum profissional. Só que fica um pouco complicado porque o outro profissional está ficando (com os estudantes) e não está recebendo a gratificação. [...] Porque eu sou o preceptor, a responsabilidade é minha e até por isso estou recebendo a gratificação. (Serviço D)

Os anos de existência do Pinesc possibilitaram um cenário produtivo para identificar os avanços e dificuldades inerentes à formação no mundo do trabalho, pois são novos atores em novos cenários e novas funções com novas ações. Como apresentaram alguns frutos dessa iniciativa, evidenciados pela presença de egressos da Uniderp nos serviços de saúde do município atuando como preceptores. E a diferença destes para os serviços.

Quando eu pego esses egressos da Uniderp para serem preceptores, eles se sentem muito bem no processo. É muito mais fácil do que quando eu pego um médico recém formado de outra universidade e tem que explicar para ele tudo. [...] Quando a primeira gestora implantou isso, eu acho que ela foi corajosa e olhou longe... ‘nós vamos formar profissionais para nós. Daqui uns anos são os médicos que nós vamos ter, os enfermeiros, os psicólogos, eles vão estar trabalhando com a gente’. Realmente colhemos os frutos que são os ex-alunos que hoje são profissionais. A gente tem enfermeiros que são da Uniderp e tem de outras universidades. Mas esses que passaram pela nossa rede têm muito mais facilidade para entender como funciona a nossa rede aqui. Eu acho que o serviço ganha, os alunos ganham, a universidade ganha, eu acho que é um ganho geral. (Serviço B)

Com relação ao significado do Pinesc para a formação de profissionais de Medicina e Psicologia da Uniderp, as falas dos atores do ensino, do serviço e dos estudantes convergiram ao reconhecê-lo como componente estruturante nos currículos dos cursos. Isto porque o Pinesc traz a potência do mundo real, pois “a realidade é tão densa, tão rica e diversa que não tem como controlar em uma programação *a priori*” (Ensino F). Também porque instiga o amadurecimento do estudante tanto para o desenvolvimento dos módulos temáticos e de habilidades, quanto pela referência do mundo do trabalho. Porque promoveu a integração entre os mundos da formação e do trabalho em saúde, e outras tantas possibilidades de integração curricular, como será visto a seguir.

5.4 Um olhar sobre as formas de integração curricular

Em sua gênese, o Pinesc foi elaborado para ser um programa interinstitucional de integração ensino-serviço-comunidade, desde a sua denominação, inclusive. Por essa razão, a articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande foi pré-condição para a sua implantação. Para o município, foi a primeira experiência com uma instituição de ensino institucionalizada por convênio. Como já visto, a disposição do gestor local propiciou a abertura para a proposta, principalmente considerando que ela seria feita com uma instituição de ensino privada, sendo essa uma questão que suscitou, e suscita, debates, como o exposto abaixo.

O nosso projeto pedagógico deveria ser da Universidade Federal e o da Federal poderia ser o nosso. [...] Algumas pessoas vêm com aquele discurso do público versus privado, [...] que já não dá conta de recuperar a realidade. Porque nós somos (uma universidade) privada, entretanto, o nosso curso tem compromisso com o SUS, mais do que o da universidade pública desta cidade. [...] As pessoas vêm com o papo de que a universidade privada usurpa o espaço dos serviços. [...] Você tem que fazer o enfrentamento. (Ensino F)

Parte desse enfrentamento passou pela forma como se propôs a **integração ensino-serviço**. No caso estudado, após quase uma década de desenvolvimento do Pinesc, essa parceria é considerada bem sucedida porque, no entendimento dos atores envolvidos, buscou-se estabelecer uma relação de simetria entre a instituição de ensino e os serviços de saúde, observada na fala a seguir.

Uma coisa muito importante foi que o serviço entra no curso de medicina e de psicologia da Uniderp como um interlocutor simétrico. Não existe aquele ranço acadêmico do sujeito que chega de cima olhando o serviço como se fosse algo inferior. [...] Os nossos egressos da primeira turma fizeram questão de colocar o nome de todos os preceptores do estágio na relação dos professores que eles tiveram. Então, foi uma coisa que concretamente mostra uma mudança de mentalidade. (Ensino F)

Foram várias as estratégias estabelecidas para uma relação de parceria, sendo os atores co-responsáveis pela gestão e execução do programa. Uma delas foi identificar os sujeitos que fariam a interlocução entre a instituição de ensino e os serviços de saúde, com as atribuições previstas em convênio. As coordenações do PSF e de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde cumprem esse papel, interagindo com as coordenações do Pinesc dos cursos de medicina e psicologia da Uniderp. As reuniões agendadas pelos cursos (separadamente) são

os momentos de encontro, organização, discussão e avaliação do Pinesc, com a participação de coordenadores da Uniderp e dos serviços, dos supervisores acadêmicos e dos preceptores. Para o curso de medicina, elas ocorrem de forma mais frequente ao longo do semestre. No curso de psicologia, acontecem no início e no final de cada semestre.

Quando se questionou sobre as estratégias de co-gestão do Pinesc, o que se observou foi que essas reuniões propiciavam um momento importante de interação e participação ativa para os atores envolvidos. Mas não eram suficientes, em especial para os preceptores. Alguns relatos sugeriram a necessidade de uma maior interação entre eles e as coordenações dos serviços e da instituição de ensino, principalmente no momento da distribuição dos estudantes nos serviços, além de maior apoio institucional para o desenvolvimento do Pinesc ao longo do semestre.

Outra tensão que diz respeito ao preceptor foi sobre a avaliação dos estudantes no Pinesc, e o quanto ele era considerado como ator privilegiado nesse processo avaliativo. Na avaliação do estudante há a participação dele, que inclusive se sente reconhecido nessa tarefa. Porém, embora o preceptor ‘sugira’ uma nota ou conceito para a avaliação do estudante, quem a decide é o supervisor acadêmico ou coordenador do Pinesc: “A avaliação quem fecha é a instituição” (Serviço A).

O Pinesc também possibilita a sua **integração curricular com os módulos temáticos e de habilidades** em ambos os cursos, fortemente reforçada nas falas do ensino, do serviço e dos estudantes. Essa integração foi observada nas correlações que os tutores e os estudantes fazem dos fatos que ocorrem nos cenários do Pinesc com as temáticas tratadas nos módulos.

É por meio do Pinesc que nós conseguimos enxergar que existe a integração curricular. Não só a integração, como também o acadêmico começa a fazer essa relação teoria e prática desde muito cedo. Eu enxergo isso claramente nas tutorias. Por exemplo, quando você está discutindo algumas temáticas dentro dos módulos, sempre tem uma discussão que vem a tona, que traz uma experiência vivida no Pinesc. (Ensino A)

Somado a isso, a atitude e o interesse do preceptor pelo processo formativo como um todo também contribuem para essa integração.

Eu sempre procuro saber que módulos eles estão vendo na universidade. [...] A Uniderp acaba ajudando a gente, porque o módulo que eles estão vendo lá é a programação que estamos tendo aqui. Eu procuro estar sempre me atualizando. Isso é bom para eles, e é bom para a gente. (Serviço A)

Essa integração propicia também a relação entre teoria e prática em ato, observada na fala abaixo.

Uma coisa que eu sempre comento quando tenho oportunidade, é essa integração da teoria com a prática. A gente é acostumado no método tradicional, não vê a prática, só estuda, estuda, estuda, e depois eles te largam e você vai fazer, se virar com a sua teoria. E aqui não, você vê a teoria, e ao mesmo tempo, não é nem depois, é ao mesmo tempo, você está fazendo na prática. Eu acho que isso é o principal que a gente leva. (Estudante B)

A **integração dos estudantes com os demais profissionais dos serviços** é um dos objetivos do Pinesc para oportunizar a vivência do trabalho em equipe multiprofissional naquele cenário. Sobre esse propósito, o que se constatou foi que essa dependia prioritariamente do preceptor, como também da organização dos diferentes serviços, que propiciaria ou não o trabalho em equipe.

Há unidades de saúde que os alunos conseguem trabalhar de maneira integrada, que eles conseguem estar inseridos em uma equipe multiprofissional de saúde, compreendendo a importância de cada sujeito para o cuidado daquela família, daquela pessoa. Mas há outras unidades que a ação dele é pura e simplesmente com o preceptor. (Ensino E)

Vai depender do tipo de serviço que é exigido naquele local. Sempre que existem essas atividades multidisciplinares, eles estão sempre sendo inseridos. [...] Isso vai depender do serviço que tem lá e do preceptor que faz essa integração deles com eles (os outros profissionais). (Ensino D)

Foi indagado aos entrevistados de que forma a experiência do Pinesc contribuiria para a vivência do trabalho em equipe multiprofissional, considerando que a atividade é organizada por curso, separadamente. Os entrevistados fizeram considerações que sugerem oportunidades de interação como, por exemplo, o fato do estudante estar com um preceptor de área de formação diferente da sua. Além disso, o vínculo com a equipe de saúde da família e o contato com os demais profissionais dos serviços seriam também outras formas de vivência experimentadas pelos estudantes.

Dentro do próprio serviço, nós temos a equipe multiprofissional. Entre os nossos supervisores, nós temos duas médicas, uma fonoaudióloga e uma enfermeira. Muitos dos preceptores das unidades, às vezes são enfermeiros, nem todos são médicos, principalmente no primeiro e no segundo ano. Como o terceiro e quarto ano eles já partem para a discussão dos problemas, das patologias, dos casos que acontecem ali, normalmente eles privilegiam deixar com os preceptores médicos. (Ensino B)

Faz parte de um dos objetivos do Pinesc que o estudante possa estar vinculado a uma equipe de saúde da família. Os preceptores enfermeiros apresentam os

estudantes desde a gerente até os agentes comunitários de saúde. [...] Nós já tivemos grupos de hipertensos que são atendidos pelos médicos e estudantes de educação física, por exemplo, e eles também fizeram parte deste grupo numa caminhada com os hipertensos, para eles conhecerem as atividades de outros estudantes de outros locais ou de outras áreas, e até de outras instituições. (Ensino D)

Com relação à **integração entre os estudantes dos diversos cursos** no cenário do Pinesc, foi interessante constatar a situação enfrentada pela gestão municipal que, cada vez mais, recebe demandas de instituições de ensino públicas e privadas para a oferta de estágios na rede de saúde. Uma das soluções adotada pela Secretaria de Saúde para não sobrecarregar as unidades foi distribuir as instituições de ensino por regiões do município, assim como distribuir os estudantes conforme o exposto na fala a seguir.

Estrategicamente, foi a Secretaria de Saúde que organizou para que os alunos não se encontrassem. A gente já pensou nisso, a integração com outros cursos, mas a Secretaria não quer sobrecarregar a unidade. Tem algumas unidades que não possuem estrutura física. Então, nós organizamos assim, o dia que tem medicina, não tem enfermagem, se tem psicologia, etc. Se tem Uniderp, não tem (Universidade) Federal. (Serviço A)

O Pinesc propõe ainda outra integração em sua denominação: a **integração com a comunidade**, entendida como a interação dos estudantes com a coletividade atendida pelos serviços e com os movimentos sociais e comunitários organizados. Essa interação visava a compreender como eles se organizam e qual o seu grau de participação nas instâncias de controle social do SUS.

A respeito disso, os relatos apontaram que há uma interação dos estudantes com os usuários atendidos pelos serviços nos encontros propiciados pelo Pinesc; e que esse encontro traz benefícios a ambos. A interação com os movimentos comunitários locais dependeria tanto de sua organização, quanto do preceptor, que possibilitaria ou não esse encontro. Um dos grupos de estudantes citou que, entre as atividades desenvolvidas no Pinesc, participou das reuniões do conselho local de saúde e que conversou com as lideranças daquela comunidade.

Entretanto, a avaliação feita pela Uniderp sobre essa integração, após os anos de experiência do Pinesc, é que essa ainda não se desenvolveu plenamente. Em parte, por conta da incipiência e dificuldade de organização dos movimentos sociais no município. Dessa forma, entende como desafio para o Pinesc alargar a presença da coletividade do município, de modo a contribuir para que esses grupos se constituam como comunidades organizadas, com maior legitimidade e ação em espaços de controle social do SUS (CABRAL et al, 2008).

Por fim, com a finalidade de articular o trabalho de campo com o referencial teórico deste estudo, os entrevistados foram questionados quanto ao conhecimento sobre as políticas

nacionais de educação na saúde; e ao envolvimento individual e institucional no movimento de mudança na formação de profissionais de saúde. Nesse aspecto, pode-se observar que há um envolvimento interessante, tanto institucional quanto individual, em maior e menor grau, da Uniderp e de seus profissionais e estudantes de medicina e psicologia com entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) e a Rede UNIDA.

Na ocasião do trabalho de campo, ambos os cursos estavam envolvidos na promoção e organização do VI Fórum de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, realizado em agosto de 2009 na Uniderp; onde temas relevantes sobre a formação de profissionais de saúde foram debatidos em oficinas de trabalho e fóruns temáticos, reunindo participantes de todo o país.

Quanto à participação da Uniderp em editais lançados pela SGTES/MS para financiamento de programas de incentivo à mudança na graduação de profissionais de saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, a informação obtida foi que a instituição fez a opção por não participar destes.

Diante dos resultados que os cenários, as cenas, as falas dos atores e os atos produzidos propiciaram, alguns pontos foram destacados para discussão, a seguir colocados.

5.5 Uma reflexão dialogada sobre os olhares ‘daqui, dali e de lá’

Quanto à organização curricular dos cursos de medicina e psicologia da Uniderp, constatou-se principalmente que: a) há uma integração curricular importante que supera a organização por disciplinas e conteúdos; e b) há uma intensa relação entre teoria e prática propiciada pela metodologia de ensino-aprendizagem, e pela formação no mundo do trabalho nos cenários do Pinesc. Esses são aspectos relevantes apontados pelos estudos sobre a mudança na formação de profissionais de saúde e pelas DCN, podendo-se inferir que ambos os cursos são inovadores em sua organização curricular.

A proposição de um currículo integrado e inovador pode ser um aspecto facilitador e garante muitos avanços, mas a integração entre os cursos de uma mesma instituição de ensino requer outras estratégias para que esta ocorra. Essa, prioritariamente, deve ser uma inovação a ser buscada pelos cursos.

Nessa direção, Feuerwerker (2004; 2006) propõe uma agenda comum entre as profissões que inclua: a construção das competências comuns às profissões da saúde; a construção de espaços integrados de aprendizagem na rede dos serviços de saúde; e a produção do cuidado integral a partir do trabalho em equipe de forma articulada entre as profissões. Reforça que é a prática que possibilita a construção conjunta de sentidos e que potencializa a constituição dos sujeitos sociais.

Dessa forma, a formação no mundo do trabalho entra como cenário privilegiado para essa prática. Com relação a isso, cabe ressaltar que

Os cenários de produção do cuidado, como cenários de produção pedagógica, ressignificam a educação na saúde e colocam-na para além da relação ensino-aprendizagem, mas no âmbito dos agenciamentos de cognição e subjetivação, com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do SUS. (FRANCO, 2007, p. 435).

Assim, a possibilidade de efetivar a integralidade como eixo norteador do ato de cuidar como um fazer coletivo nos serviços de saúde, poderia ser alcançada pela potência da formação no mundo do trabalho, como a proposta pelo caso estudado. Contudo, ao impor a presença dos estudantes na rede de serviços de saúde, essa prática trouxe à cena vários pontos a serem problematizados:

- a) O perfil do gestor local que, a depender do seu entendimento sobre a importância dessa integração, pode ou não favorecer que ela aconteça;
- b) As formas de interação entre instituição de ensino e serviços de saúde, devendo essa se basear numa relação de parceria simétrica, horizontal e de reciprocidade de poderes, saberes e recursos;
- c) A resistência inicial dos estudantes a esse cenário de prática, por vezes bastante distinto de sua realidade de vida;
- d) A relação preceptor/aluno, de modo a permitir uma adequada interação entre eles, sem que isso atrapalhe o processo de trabalho deste e da unidade de saúde;
- e) O espaço físico dos serviços de saúde, ainda que não seja fator determinante, pode ser limitador dessa presença;
- f) A função de preceptor/educador atribuída ao profissional dos serviços, que requer a apropriação de ferramentas e estratégias educacionais para o seu pleno exercício;

- g) O pagamento de gratificação ao preceptor, como no caso estudado, em detrimento aos demais profissionais presentes nos serviços, que acaba por gerar conflitos e insatisfações que dificultam o relacionamento destes últimos com os estudantes;
- h) A ocupação do espaço da rede de serviços (feita, na maioria das vezes, por cursos separadamente) que, ao longo do tempo, poderá provocar uma saturação deste, caso não seja proposta outra forma de organização e distribuição dos estudantes nos serviços, que necessariamente fomente o trabalho cooperativo.

A respeito da integração ensino-serviço estabelecida para a execução do Pinesc, foi possível constatar muitos avanços, a começar por sua institucionalização. Esse fato evitou, por exemplo, que ele fosse interrompido quando da mudança de gestão municipal.

Entretanto, há ainda questões relativas às tecnologias relacionais entre os sujeitos envolvidos, de modo a fortalecer essa integração, em especial o envolvimento do preceptor, considerado um 'ator privilegiado'. O preceptor desempenha sua função se relacionando com os coordenadores e supervisores acadêmicos do Pinesc. Como observado, sob vários ângulos, ele pode favorecer ou não as várias formas possíveis de interação dos estudantes.

Com relação ao desempenho de sua função, um entrevistado destacou a necessidade de "tornar o preceptor um professor". A questão que se coloca é: que 'professor' é esse? Há diferença deste para o professor da instituição de ensino? O que da prática docente na instituição de ensino dialoga com essa prática no cenário dos serviços? Haveria um saber-fazer diferenciado?

Em estudo realizado sobre o conceito de preceptor, foi apontado que ele desempenha as funções de: a) ensinar a clinicar (ou a realizar os atos de cuidado em saúde), por meio de instruções formais com objetivos e metas específicos; e b) integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho. Ele atua principalmente em situações reais de trabalho e necessita ter conhecimento e habilidade para realizar procedimentos e atos de cuidado em saúde, além da competência pedagógica. A ação do preceptor é restrita ao ambiente de trabalho e acontece nos encontros formais, em curtos espaços de tempo, desenvolvendo uma relação de exigiria compromisso apenas no cenário do trabalho. Cabe a ele a avaliação do sujeito em formação (BOTTI; REGO, 2008).

O papel do preceptor é um aspecto importante a ser considerado para determinar uma integração ensino-serviço-comunidade bem sucedida. No caso estudado, foi possível constatar

uma gama diversificada de perfis e desempenhos distintos entre os preceptores. Nessa mescla entre novos e antigos, entre os que são mais e menos envolvidos com o Pinesc, vale ressaltar a necessidade de garantir sua constante qualificação, em especial para o desempenho de sua ação pedagógica. Assim, processos institucionalizados de educação permanente devem ser de responsabilidade mútua entre a instituição de ensino e os serviços de saúde.

Somado a isso, observou-se uma relação de assimetria entre supervisores acadêmicos e coordenadores do Pinesc com os preceptores. Esse fato foi constatado, por exemplo, no momento crucial da avaliação final do estudante no Pinesc. Numa relação de parceria como a proposta, cabe rever essa forma de relação, de modo a propiciar que o preceptor possa dialogar sobre sua ação pedagógica em iguais condições de saberes/poderes com os atores da instituição de ensino.

A gratificação dada ao preceptor, em detrimento aos demais profissionais e trabalhadores do mesmo serviço, deve também ser objeto de debate. O que foi inicialmente considerado um avanço pelo reconhecimento da função docente desse profissional, acabou por gerar conflitos e situações adversas no ambiente dos serviços, que podem inviabilizar a parceria e descaracterizar as atividades, principalmente considerando que a presença dos estudantes na rede de serviços de saúde aumenta paulatinamente.

No caso estudado, uma consideração que também pode ser feita quanto à integração ensino-serviço é o fato de ser a Uniderp uma instituição de ensino privada. Na tentativa de avançar no debate acerca da relação público/privado nas propostas de parceria interinstitucional, o fato é que a estrutura organizacional das instituições privadas oferece uma agilidade na gestão de processos que pode favorecer a implantação de programas e projetos inovadores, como foi o caso do Pinesc. Um programa semelhante proposto por uma instituição de ensino pública, ainda que apoiado institucionalmente, na maioria dos casos teria sido mais demorado porque necessitaria da aprovação de várias instâncias de intermediação dentro da instituição.

Ainda que, como colocado, possa ter havido um cunho mercadológico para a proposição de um currículo integrado, houve também um compromisso institucional com o setor público, com o SUS. Cabe lembrar que os cursos de graduação na área da saúde são ofertados, em sua grande maioria, por instituições de ensino privadas. Em algumas profissões, como a Fisioterapia e a Odontologia, esse percentual pode chegar a 80% para o setor privado, responsável pela formação de futuros profissionais que também irão trabalhar no SUS. Diante desse cenário, o compromisso com a formação de profissionais de saúde para o SUS deve existir nas instituições de ensino públicas e privadas.

Sobre a formação para o SUS, cabe o debate, por exemplo, da proposta feita por instituições de ensino de construir UBS dentro do espaço da universidade, com o objetivo de oferecer estágios na Atenção Básica aos seus estudantes dos cursos de graduação na saúde. Não seria essa uma forma de tentar produzir um ‘cenário ideal’ para a formação de profissionais de saúde, que pode estar distante do cenário real da rede de serviços de saúde?

A proposta acima resgata as experiências dos denominados centros de saúde-escola, criados na década de 1960, entendidos como ‘laboratórios’ de comunidade dos Departamentos de Medicina Preventiva e Comunitária das escolas médicas.

Cinco décadas depois, mesmo levando em consideração as dificuldades e os entraves para o estabelecimento da parceria entre as instituições de ensino e os serviços, a realidade do mundo do trabalho em saúde, com seus avanços e suas estagnações, suas conquistas e seus desafios, é uma potência consideravelmente superior a qualquer ‘cenário ideal’ para a formação de profissionais de saúde.

A ‘parceria’ entre diferentes atores institucionais (neste caso, instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade organizada) é um dos pressupostos básicos para a mudança na formação de profissionais de saúde defendidos pela Rede UNIDA. Tendo como referência o proposto pelo Programa UNI, essa ‘parceria’ deve se configurar numa modalidade de co-gestão entre os atores envolvidos, a partir da construção de projetos pactuados e um novo contrato social. Nessa parceria, instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade organizada compartilham poderes, saberes e recursos (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

No caso estudado, a institucionalização, por meio de convênio, da integração entre instituição de ensino e serviços de saúde representou um avanço importante. Mas pode não ser suficiente para assegurar essa relação de ‘parceria’ entre os atores envolvidos. Além disso, a parceria com o ‘componente comunidade’, como dito, ainda não se estabeleceu de forma orgânica.

Em todo o país, as instituições formadoras estão lidando com a necessidade de implementar as DCN para os cursos da saúde, que prevê a articulação da universidade com o SUS. A importância da prática profissional contextualizada e em cenários reais na formação em saúde, responsável pela integração dos conhecimentos teóricos e a prática na construção da experiência clínica, é incontestável. É na prática onde também se estabelecem as relações éticas entre os profissionais de saúde e destes com os usuários (FEUERWERKER, 2002).

Por essa razão, a vivência e a prática do trabalho em equipe multiprofissional pelos futuros profissionais de saúde já na graduação, poderiam constituir um novo modo de pensar e agir no mundo do trabalho em saúde. Configurar-se-ia como potência de sujeitos em ação,

capazes de alterar o rumo de seu isolamento e produzir modos de trabalhar compartilhados para a produção do trabalho real – o trabalho vivo em ato. Este modo de trabalho só é possível se operado a partir de uma relação dialógica, da disposição de conhecer e conviver com o outro, para aprender o que ele faz, como faz, porque faz, seus valores e possíveis renormatizações (BARROS; BARROS, 2007, p. 80).

Merhy (2005, p. 199-200) propõe ainda que este diálogo seja um ato coletivo no mundo do trabalho como um lugar de constituição de “encontros de sujeitos/poderes e seus fazeres e saberes”, fazendo uso da integralidade como eixo orientador para provocar a desterritorialização dos núcleos profissionais.

No caso estudado, ainda que diante da potencialidade do cenário, a dificuldade dos estudantes para o desenvolvimento de práticas de trabalho em equipe multiprofissional ocorreu por vários motivos, tanto nos cenários do Pinesc, quanto nos espaços das clínicas da Uniderp. Como as atividades não priorizam induzir a convivência e a prática conjunta entre os estudantes dos cursos da saúde, e desses com os profissionais dos serviços, a mesma acontece geralmente pela espontaneidade que o cenário e os atores presentes podem propiciar, mais do que como objetivo educacional e prática profissional.

Na educação na saúde, uma das questões a serem enfrentadas ainda é o ideal de prática profissional especializada, liberal e privada que se reproduz na grande maioria dos estudantes dos cursos, e que é estimulado e defendido pelas entidades profissionais. Esse ideal entra em confronto direto com as mudanças no trabalho em saúde como, por exemplo, o assalariamento, a ampliação da força de trabalho de nível superior, a maior oferta de trabalho situada no setor público, e a crise da educação dos profissionais de saúde causada também pela crise do modelo liberal de assistência à saúde (FEUERWERKER, 2006).

A multiprofissionalidade requer a construção de novos espaços físicos e simbólicos e de sujeitos capazes de compreender as singularidades e os aspectos relativos ao trabalho em equipe; e o desenvolvimento de estratégias e tecnologias para a sua efetivação. Porém, a construção de cenários múltiplos para essa prática é um requisito importante, mas não é suficiente. Em contextos institucionais de mudança, buscar uma nova configuração das ações e relações é o principal desafio que se apresenta aos atores da saúde e da educação.

CONSIDERAÇÕES A PARTIR DESTE OLHAR

nunca sei ao certo
se sou um menino de dúvidas
ou um homem de fé

certezas o vento leva
só dúvidas ficam de pé

Paulo Leminski

Nos serviços de saúde, como exposto, cada vez mais os espaços de atuação da equipe multiprofissional são estimulados e requeridos como dispositivos para a mudança no mundo do trabalho em saúde e no modelo technoassistencial, ainda que se reconheça a disputa existente entre as estratégias possíveis para a sua efetivação. Na educação na saúde, também podem ser observadas várias experiências inovadoras na formação de profissionais de saúde que caminham em direção a um novo modo de produção do agir em saúde, tendo a integralidade como eixo do processo formativo.

Para que a integralidade seja produtora e produzida do/pelo ato de cuidar como um fazer coletivo, o desafio é produzir ações onde a mudança no mundo do trabalho em saúde seja indutora, ao mesmo tempo em que pode ser induzida pela mudança na formação dos profissionais de saúde.

O potencial indutor (principalmente financeiro) das políticas públicas elaboradas pelo gestor federal para as mudanças na formação e nas práticas em saúde deve ser considerado, pois seu poder de pressão é muito significativo. Contudo, mecanismos financeiros são insuficientes para a efetivação de uma política, tanto pela autonomia dos entes federativos e das instituições de ensino superior, quanto pela diversidade de cenários de saúde e disputas conceituais e políticas presentes na cena.

Vale lembrar que a educação superior no país é constituída por instituições de ensino de natureza jurídica e estrutura interna bastante diferenciadas. Há, principalmente, instituições federais, privadas, comunitárias e instituições de ensino estaduais, vinculadas administrativa e politicamente às secretarias estaduais de educação. Esse mapa torna ainda mais complexo o

cenário da educação superior e requer a compreensão de cada instituição na sua singularidade, ao se propor estratégias para a mudança na graduação.

A formação no mundo do trabalho é ponto comum nas políticas de incentivo a mudança na formação de profissionais de saúde (fruto de experiências acumuladas no campo da educação na saúde), em especial o Pró-saúde, o PET-Saúde e as residências multiprofissionais. Para o seu desenvolvimento, torna-se imprescindível a articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Todas essas políticas colocam o SUS como cenário privilegiado para as práticas profissionais e de ensino.

Por essa razão, valeria destacar ao menos três aspectos importantes: a) de que forma (e se) essas políticas produzem diálogos entre si para a sua implementação local; b) como os gestores, os profissionais e os usuários dos serviços de saúde estão se inserindo (ou sendo inseridos) na construção de espaços de aprendizagem na rede de serviços; e c) se essas políticas buscam induzir e/ou potencializar a produção do cuidado integral, tendo como base o trabalho em equipe multiprofissional, numa ação articulada entre os cursos e as profissões da saúde.

A formação no mundo do trabalho, que induz várias formas de integração curricular, é potencialmente geradora de um grande e privilegiado cenário para a vivência e prática do trabalho em equipe multiprofissional na graduação na saúde. Contudo, esse cenário ainda não foi apropriado pelos atores da educação e da saúde de forma a produzir as cenas que induzam o ato de cuidar como um fazer coletivo.

Esse é um caminho entremeado de avanços, dificuldades, fragilidades e potencialidades. Muitos desafios foram identificados, além dos que ainda virão. Parte de um processo em permanente construção. O presente trabalho objetivou contribuir com esse processo, ao focar um olhar sobre os cenários, as cenas, os atores e os atos produzidos pelo estudo realizado; e abrir possibilidades para o aprofundamento desse debate, em âmbitos micro e macropolíticos desse fértil, estratégico e disputado campo da educação na saúde no país.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. (org.) *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999. 196 p.

ALMEIDA, M. J. (org.). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários na área da saúde*. 2. ed. atual. e ampl. Londrina: Rede UNIDA, 2005. 91p.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de movimento de mudança*. Tomo 1. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

ALMEIDA, M. J. et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Relatório Final*. 2005.

AROUCA, R.; MACHADO, M. H. Das políticas de formação às salas de aula: reflexões sobre a questão curricular em Odontologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, 64 (3-4): p. 274-278, 2007.

BARROS, M. E. B. de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 131-150.

BARROS, M. E. B. de; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de; BARROS, M. E. B. de. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 75-84.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n. 1, p.71-79, 2000.

BENÍCIO, Miliane. *Avaliação: uma questão de utopia*. 2008. Disponível em: <http://www.pedagogia.pro.br/avaliacao-utopia.htm>. Acesso em: 13 fev. 08.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 28. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2008, vol. 32, n. 3, p. 363-373.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, p. 83-85, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. *Políticas para educação superior*. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 20 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Instrumento de avaliação de cursos de graduação*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2006c. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudanças na graduação em saúde: AprenderSUS*. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. 2004b, 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Orgs: Ana Estela Haddad et al. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006a. 15 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 414 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: relatório final*. Ed. Especial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem*. 2008a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22494. Acesso em: 31 mai 08.

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*. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. *Política nacional de educação na saúde*. 2008c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/politica-nacional-saude.pdf>. Acesso em: 11 nov. 09.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 154*, 24 jan. 2008. (Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF). 2008d.

BRZEZINSKI, I. Fundamentos sociológicos, funções sociais e políticas da escola reflexiva e emancipadora: algumas aproximações. In: ALARCÃO, I. (org). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 65-82.

CABRAL, P. E. et al. Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2006. p. 57-69 p.

CABRAL, P. E. et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2008, vol. 32, n. 3, p. 374-382.

CAMARGO JR, K. R. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 129-150, 1995.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2):219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, J. J. B.; KOMATSU, R.. Novos currículos de medicina na FAMEMA e na UEL: uma construção permanente rumo à realidade presente e futura. *Olho Mágico*, Londrina, v.8, n.2, p.8-10, mai./ago. 2001.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 2, p. 27-59.

CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa Saúde da Família*. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/ANGELA%20APARECIDA_tese.pdf. Acesso em: 20 fev. 2008.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B. Porque uma lei orgânica da educação superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v.12, n.1, p.35-45, jan./mar. 2005a.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.)

Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005b. p. 161-180.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2005. p. 69-92 p.

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

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da Integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, v.14, n.1, p. 41-65, 2004b.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). *Os sentidos da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2001. p. 113-26.

CECÍLIO, L. C. O. Prólogo. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: Hucitec, 2006.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 9-18, 2003.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATIVAÇÃO DE PROCESSOS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO SUPERIOR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *Relatório Final.* Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ-Rede UNIDA-SGTES/MS. 2006. 79 p.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (orgs.). *O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade.* São Paulo: Hucitec, 2005.

DEMO, P. *Desafios modernos da educação.* 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. O ensino médico no cenário republicano. *Cadernos ABEM.* Volume 2, jun 2006. p. 19-20.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.* São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998. 190p.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.* São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM. 2002. 306 p.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface* (Botucatu), set./dez. 2005, vol.9, n.18, p.489-506. ISSN 1414-3283.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias para a mudança na graduação das profissões da saúde. *Cadernos ABEM*, volume 2, jun 2006. p. 78-80.

FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, n. 28, p. 229-230. jan/mar. 2009.

FEUERWERKER, L.C.M, ALMEIDA, M. Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (org.) *Recursos humanos em saúde – política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: NEPP/Unicamp, 2003. p. 161-187.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHS com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 12, jul. 1996. p. 24-28.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam. Salud Publica*. 24 (3), p. 180-188. 2008.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. P.53-5, 576. Fifth Avenue, New York City, 1910.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez., 2007.

FRANCO, T.; MERHY, E. *PSF: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde On-line. 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 28 nov. 09.

FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. *História das idéias pedagógicas*. São Paulo: Ática, 1998.

GADOTTI, M. *Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

- GUEDES, A. E. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2001. p. 127-156.
- GIL, A. C. *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas, 2009. 148 p.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- IRIBARRY, I. N. O diagnóstico transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão. In: BATISTA, C. R.; BOSA, C. (org.). *Autismo e educação: Reflexões e proposta de intervenção*. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 73-91.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago. 1976.
- KODJAOGLANIAN. V. L.; CABRAL, P. E. O programa interinstitucional ensino-serviço-comunidade (PINESC) na formação de psicólogos. *Olho Mágico*. Londrina, v. 13, n. 4, p. 150-153, out./dez. 2006.
- LAMPERT, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica. 2002.
- LIMA, N. T. et al. (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 504 p.
- LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. de. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de; BARROS, M. E. B. de. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 37-52.
- MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N. et al. (org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 97-108.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995. 118 p.
- MASCARELLO, M. R. P.; BARROS, M. E. B. de. Nos fios de Ariadne: cartografia da relação saúde-trabalho numa escola pública de Vitória-ES. *Revista Brasileira de Educação*, v. 12, n. 34, p. 104-119, jan./abr. 2007.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.
- MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n.16, p. 9-24, set. 2004/fev. 2005.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em debate*, (33): 83-9, dez. 1991.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 195-206.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. *Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade*. 2007. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em: 14 jun. 2008.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 21. ed., 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOÇO, E. T. M.; FALCÃO, H. B. P. T; MIRANDA, J. F. A. *Reflexões sobre as mudanças curriculares na área da saúde: ativando processos*. Rio de Janeiro: Publit, 2007.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. (org.). *Currículo, cultura e sociedade*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 7-37.

MORIN, Edgar, *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (3): 753-760, mai./jun., 2004.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, 2001; 35(1):103-9.

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

PEREIRA, L. A. AprenderSUS: uma política pública pró-mudança na formação. *Boletim Informativo da Rede UNIDA*. Ano XX, n. 45, ago./dez. 2004. p. 4-6.

PEREIRA, L. A. *Um novo tempo na aldeia*. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, L. A. et al. As diretrizes curriculares como orientação na elaboração de projetos político-pedagógicos dos cursos universitários na área da saúde: um desafio coletivo. *Olho Mágico*. Londrina, v. 13, n. 4, p. 100-112, out./dez. 2006.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de (org.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2005. p. 13-35.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ : CEPESQ : ABRASCO, 2005. 336 p.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de (org.) *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ : CEPESQ : ABRASCO, 2006. 156 p.

REDE UNIDA. Contribuições para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. *Olho Mágico*, (16): 11.28, 1998.

REDE UNIDA. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 22. 2000.

REDE UNIDA. IV CONGRESSO NACIONAL, 2001. Londrina, PR. Anais. *Olho Mágico*. Londrina, v. 9, n. 1, p. 94-154, jan./abr. 2002.

REDE UNIDA. V CONGRESSO NACIONAL, 2003. Londrina, PR. Anais. *Olho Mágico*. Londrina, v. 10, n. 1, jan./abr. 2003.

REDE UNIDA. VI CONGRESSO NACIONAL, 2005. Belo Horizonte, MG. Anais. *Olho Mágico*. Londrina, v. 12, n. 2, 381 p., abr./mai. 2005.

REDE UNIDA. VII CONGRESSO NACIONAL, 2006. Curitiba, PR. Anais. *Olho Mágico*. Londrina, v. 13, n. 2, 373 p., abr./jun. 2006.

REDE UNIDA. *Sítio web* www.redeunida.org.br. 2008.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007. 247 p.

SACRISTÁN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 352 p.

SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, R. C. Construindo outro dia a dia para os estudantes de medicina nas escolas médicas do Brasil. *Sustentação*, v. 3, n. 6, 2001.

SAKAI, M. H. et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 5, p. 111-124.

SCHMIDT, L. A. Promed consolida implantação das mudanças necessárias na formação médica. *Boletim Informativo da Rede UNIDA*. Ano XVII. n. 38, dez. 2002/mar. 2003, p. 3.

SCHWARTZ, I. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: paidéia e politéia. *Pro-posições*, Faculdade de Educação, UNICAMP, v. 1, n. 37, p. 75-98, jan./abr. 2002.

SILVA, T. T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 156 p.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. Hucitec, 1998.

SINAES – *Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulamentação*. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2. ed., ampl. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2004. 155 p.

SIQUEIRA, B. F. CINAEM – um pouco de sua história. *Cadernos ABEM*, vol. 2, jun. 2006. p. 54-56.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

TERADA, R. S. S.; NAKAMA, L. (org.). *A implantação das diretrizes curriculares nacionais de odontologia: a experiência de Maringá*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Brasília: ABENO, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990. 175 p.

UNESCO. *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 1998.

UNIDERP. *Sítio web* www.uniderp.br. 2009.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

APÊNDICE A – Apresentação: meu cenário vivo em ato⁴

A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
 Nesse ponto sou abastado.
 Palavras que me aceitam como sou – eu não aceito.
 Não aguento ser apenas um sujeito que abre
 portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que
 compra pão às 6 horas da tarde, que vai lá fora,
 que aponta lápis, que vê a uva etc. etc.
 Perdoai.
 Mas eu preciso ser Outros.
 Eu penso renovar o homem usando borboletas.
Manoel de Barros

Quando me perguntavam há quanto tempo estava no Rio, eu dizia que havia duas respostas: a primeira era desde quando eu morava; a outra, desde quando eu vivia na e a cidade. Entre uma e outra, há um espaço-tempo de mais de doze meses repleto de cenários, cenas, atores e atos. Fatos, acontecimentos, eventos, lugares, paisagens, ladeiras, morros, mares, novas canções, outros ritmos, novos referenciais de vida, pessoas antigas (que por vezes se tornaram novas), e pessoas novas, que sinto como se já vivêssemos há tempos juntos.

Nesse espaço-tempo, o mesmo ocorreu com a produção deste trabalho. Iniciei o doutorado em março de 2006, um ano que me começou tumultuado e tenso na vida profissional e na militância pelos acontecimentos ocorridos em meados de 2005 (em parte relatados neste trabalho); e que ainda refletem sobre o meu caminhar.

Após um ano e meio cursando disciplinas e com outro projeto de tese, novamente cenários, cenas, atores e atos me fizeram viver um movimento de ruptura e mudança. Mudança de projeto e de tema. E outras mudanças mais. Uma nova proposta começou a ser desenhada em agosto de 2007, resultando neste trabalho que apresento à leitura, que espero seja interessante aos olhos de quem o lê. O tema deste trabalho me compromete, me implica,

⁴ Texto de abertura da versão deste trabalho apresentada na data de sua defesa. Por indicação da banca examinadora, ele foi mantido na versão final, por entendê-lo imprescindível para a contextualização do universo maior da pesquisa e da pesquisadora. Para atender ao roteiro de apresentação de teses da UERJ, foi inserido aqui, como apêndice.

me incomoda, me faz refletir e buscar possibilidades e oportunidades para ir além dos olhos meus.

Onde começa essa implicação? Para falar sobre isso, resgatei um conto autobiográfico que escrevi narrando a história de Avita, a partir de sua época de faculdade, e tudo o que ela viu, viveu e ajudou a construir ao participar de espaços para além das salas de aula e dos muros da universidade, como uma das lideranças do movimento estudantil. Avita recordava que nesses espaços havia uma articulação importante entre os estudantes dos cursos da saúde, articulação essa estratégica, por vezes vital, para os acontecimentos que marcaram sua trajetória estudantil e de vida. Foram esses espaços que também a formaram como profissional de saúde e como cidadã.

No início, o narrador informava que a história partiria de um espaço-tempo, da sua graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Londrina-PR, no início da década de 1990. Desse espaço-tempo vem o registro da participação no movimento estudantil e no Projeto UNI – Londrina (integrante do Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade). A problematização sobre os processos formativos em saúde começou nessa época e permanece até hoje como tema principal de sua preocupação e debate. Desde essa época, Avita carrega dentro de si que a potência maior para provocar incômodos e mudanças nos modos de viver e produzir saúde emerge do contato com o outro, do diálogo, da comunicação, da integração e do compartilhar de poderes e saberes diversos.

No período compreendido entre a conclusão da graduação em 1995 e o início do Mestrado em Saúde Coletiva pela mesma instituição em 2000, atuei na profissão em serviços públicos e privados na cidade de São Paulo-SP, e posteriormente como professora numa instituição de ensino superior privada em Londrina-PR. Em 2001, passei a fazer parte da secretaria executiva da Rede UNIDA, entidade apresentada neste trabalho, ativamente envolvida com o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde.

Foi nesse movimento que participei de espaços produzidos pela Rede UNIDA e, na representação desta, no Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), no Conselho Nacional de Saúde e noutros tantos. Colaborei na organização de congressos e eventos, na implantação de políticas, na produção coletiva de documentos e na mobilização de atores diversos num campo em plena construção: o campo da educação na saúde. ‘Especializei-me’, no movimento e academicamente falando, em formação de ativadores de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. A

escolha pelo Programa de Pós-graduação do Instituto de Medicina Social também foi fruto desse caminhar.

Com as marcas desse movimento, propus-me a discutir a temática deste estudo, razão pela qual me apresento ao diálogo com este trabalho que pretendeu aprofundar com um olhar caleidoscópico a produção do trabalho em equipe multiprofissional no ensino da graduação na saúde.

Na primeira apresentação pública da proposta deste trabalho em 2007, eu disse que, com respeito ao trabalho em equipe multiprofissional na graduação na saúde e com a licença poética de Cecília Meireles, eu olharia “Ou isso, ou aquilo”. Para minha grata satisfação percebo, ao longo dessa caminhada pela teoria e em ato na cena, que ‘isso ou aquilo’ era pouco para olhar o mundo do trabalho, da saúde e da vida. E, para traduzir essa percepção, o olhar ativado pelas músicas que ouvi me fez sentir que o mundo da vida é “O daqui, o dali e o de lá”, um samba de raiz escrito por Serginho Meriti e Bira da Vila, uma oração à diversidade de cantos, danças e ritmos que caracteriza nosso imenso Brasil.

Nossa gente é isso aí!

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista – 1ª etapa de coleta de dados

1. Em (ano de apresentação do trabalho) foi apresentado no Congresso da Rede Unida um trabalho chamado “(nome do trabalho)”, constando seu nome como um dos autores. Este trabalho apresentou uma atividade multiprofissional. Esta atividade descrita ainda é realizada? (Se a resposta for positiva, pedimos que continue a responder as questões abaixo).
2. Quando ela(s) começou(aram)?
3. Quais cursos estão envolvidos atualmente? Houve alteração desde o seu início até hoje?
4. É uma atividade curricular obrigatória para os alunos dos cursos envolvidos?
5. Quem participa da gestão e do planejamento da atividade (atores, cursos e instituições envolvidas)?
6. A atividade multiprofissional é desenvolvida em qual(is) local(is)? (se for na rede pública: existe um convênio entre as faculdades e o município/estado?)
7. Qual é a ação prioritária desenvolvida pelos alunos nesta atividade?
8. Em qual período da graduação estão os estudantes que participam da atividade?
9. Estudantes de diferentes cursos se encontram no local da atividade?
10. Quem participa da avaliação da atividade e de que forma ela é feita?
11. Quantos meses cada estudante participa de atividades multiprofissionais ao longo do curso?
12. Qual é a carga horária dessa atividade?
13. Em qual período/dia da semana ela é desenvolvida?

APÊNDICE C – Roteiros de entrevista (individual) – 2ª etapa de coleta de dados

A) Perfil dos entrevistados: dirigentes da instituição de ensino superior (coordenadores de curso e da atividade pesquisada)

1. Identificar o entrevistado: profissão, área de atuação, experiência profissional, função na atividade, tempo de participação na atividade;
2. Descrever brevemente o projeto pedagógico do curso (entender o currículo como um todo);
3. Descrever a atividade multiprofissional em estudo com relação a: número de participantes, local(is) de realização; carga horária da atividade; carga horária total dos cursos; tipo de relação estabelecida com o local de realização da atividade;
4. Descrever a relação dessa atividade com as demais atividades do curso (relação teoria-prática; menção a outros conteúdos/atividades de semestres anteriores e do próprio semestre);
5. Descrever os arranjos internos (intra e intercurso) estabelecidos para a organização da atividade, aspectos facilitadores e dificultadores e estratégias utilizadas;
6. Descrever os arranjos externos estabelecidos para a organização da atividade, aspectos facilitadores e dificultadores e estratégias utilizadas;
7. Descrever as concepções de educação e do processo saúde-doença envolvidas na atividade;
8. Descrever a metodologia de ensino-aprendizagem da atividade;
9. Descrever os mecanismos de avaliação utilizados nesta atividade;
10. Caracterizar arranjos de co-gestão dessas atividades (se houver);
11. Solicitar que discorra sobre sua percepção acerca do significado desta atividade multiprofissional no processo de formação dos cursos envolvidos;
12. Questionar sobre seu conhecimento/envolvimento no movimento de mudança na formação de profissionais de saúde e nas políticas públicas de saúde e de educação.
13. Outras questões e informações que considerar pertinentes à pesquisa.

B) Perfil dos entrevistados: dirigentes dos serviços e profissionais preceptores que recebem os estudantes para a atividade pesquisada

1. Identificar o entrevistado: profissão, área de atuação, experiência profissional, função na atividade, tempo de participação na atividade;
2. Descrever a atividade multiprofissional em estudo com relação ao tipo de relação estabelecida com o local de realização da atividade; (MUDOU COM A MUDANÇA DE GESTÃO MUNICIPAL OU DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO?)
3. Descrever a relação dessa atividade com as demais atividades realizadas nos serviços;
4. Relatar o apoio/participação da SMS para organização e avaliação da atividade multiprofissional;
5. Descrever os arranjos internos estabelecidos para a organização da atividade, aspectos facilitadores e dificultadores e estratégias utilizadas; (MUDOU COM A MUDANÇA DE GESTÃO MUNICIPAL OU DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO?)
6. Descrever as concepções de educação e do processo saúde-doença envolvidas na atividade;
7. Descrever a metodologia de ensino-aprendizagem da atividade e de que forma ele participa na definição das atividades propostas (DESCREVER A ÚLTIMA OCORRÊNCIA);
8. Descrever os mecanismos de avaliação utilizados nesta atividade e de que forma se dá a sua participação nesta; (DESCREVER A ÚLTIMA OCORRÊNCIA)
9. Caracterizar arranjos de co-gestão dessas atividades (se houver); (MUDOU COM A MUDANÇA DE GESTÃO?)
10. Solicitar que discorra sobre sua percepção acerca do significado e da contribuição desta atividade multiprofissional para os serviços e para os usuários onde ela é realizada; (PERSPECTIVAS)
11. Questionar sobre seu conhecimento/envolvimento no movimento de mudança na formação de profissionais de saúde e nas políticas públicas de saúde e de educação.
12. Outras questões e informações que considerar pertinentes à pesquisa.

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista coletiva com os estudantes

1. Como vocês descreveriam as atividades desenvolvidas neste Programa?
2. Qual é a relação dessas atividades com os outros módulos e atividades do currículo?
3. Como vocês descreveriam a relação com os preceptores? E com os outros profissionais de saúde do local onde desenvolvem o Programa? E com os outros estudantes dos outros cursos que estão no mesmo local?
4. Qual é o significado desta atividade para a sua formação profissional?
5. Como vocês definiriam o trabalho em equipe multiprofissional a partir de sua experiência no Programa?

APÊNDICE E – Roteiro para a observação de campo

1. Local, sequência e duração da atividade;
2. Participantes e atividades que desenvolvem;
3. Fatos ocorridos entre uma atividade e outra (intervalo, comunicação, registros, procedimentos, outros);
4. Tecnologias utilizadas (comunicação, equipamentos, técnicas, procedimentos);
5. Situações de conflito ou tensão entre os sujeitos, manifestadas verbalmente ou por outra forma de manifestação;
6. Solicitações e situações de apoio mútuo e construção coletiva de atividades;
7. Comunicações verbais que façam referência a: a) definições, sobreposições e questionamentos das atribuições e competências b) complementaridades e ou/interdependência das atividades, dos trabalhos como um todo, de cada profissional e/ou da equipe.
8. Menção a outros conteúdos/atividades de semestres anteriores ou do próprio semestre (integração vertical e horizontal da atividade com o currículo como um todo)

APÊNDICE F – Termos de consentimento livre e esclarecido**Individual**

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “Um olhar sobre o espaço de todos e de cada um: as atividades multiprofissionais de ensino na graduação em saúde”, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Profa. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar, e realizada pela Profa. Luciana Alves Pereira, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (21) 8112-4889 ou e-mail lua@onda.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é “conhecer as atividades multiprofissionais de ensino nos cursos de graduação em saúde”.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização, e/ou observação participante. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (21) 2264-1142.

A pesquisadora da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Institucional

Eu, _____, R.G: _____, na condição de _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em possibilitar o trabalho de coleta de campo referente à pesquisa intitulada “Um olhar sobre o espaço de todos e de cada um: as atividades multiprofissionais de ensino na graduação em saúde”, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que constará de entrevistas com coordenadores de curso, professores e estudantes, disponibilização de documentos do curso (projeto pedagógico dos cursos, relatórios, documentos, convênios e instrumentos de avaliação da atividade multiprofissional de ensino relacionada à pesquisa, e outros considerados pertinentes para análise documental da atividade), e observação direta da atividade a ser feita pela pesquisadora. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Profa. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar, e realizada pela Profa. Luciana Alves Pereira, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (21) 8112-4889 ou e-mail lua@onda.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é “conhecer as atividades multiprofissionais de ensino nos cursos de graduação em saúde”.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização, e/ou observação participante e disponibilização dos documentos citados. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (21) 2264-1142.

A pesquisadora da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____