

COLEÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



SUS
EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE:

Saberes, Trajetórias e Formação

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert; Rosana Aparecida Salvador Rossit
(Orgs.)

volume

2

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
Rosana Aparecida Salvador Rossit
(Orgs.)

COLEÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

1ª Edição

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Saberes, Trajetórias e Formação

Volume 2

São Paulo, SP

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Reitora: Soraya Soubhi Smaili

Vice-Reitor: Nelson Sass

Pró-Reitora de Administração: Tânia Mara Francisco

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis: Anderson da Silva Rosa

Pró-Reitora de Extensão e Cultura: Raiane Patrícia Severino Assumpção

Pró-Reitor de Gestão com Pessoas: Murched Omar Taha

Pró-Reitora de Graduação: Isabel Marian Hartmann de Quadros

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa: Lia Rita Azeredo Bittencourt

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM

Diretora: Janine Schirmer

Vice-Diretor: Alexandre Pazetto Balsanelli

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE – CEDESS

Coordenador: Nildo Alves Batista

PPG ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

Coordenadora: Sylvania Helena Souza da Silva Batista

Vice-Coordenador: Leonardo Carnut

CONSELHO EDITORIAL

Cristina Zukowsky-Tavares – Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP

Cristiano Gil Regis – Universidade Federal do Acre – UFAC

Emiko Yoshikawa Egry – Universidade de São Paulo – USP

Janine Schirmer – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

José Vieira de Sousa – Universidade de Brasília – UnB

Leonardo Carnut – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Neide Barbosa Saisi – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Nildo Alves Batista – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Regilson Marciel Borges – Universidade Federal de Lavras-UFLA

Susana Maciel Guillaume – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Sylvia Helena Souza da Silva Batista – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Organizadoras

Otilia Maria Lúcia Barabosa Seiffert

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Coordenação Técnica e Pedagógica

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Editoração Eletrônica

Rosely Aparecida Ramos Calixto

Arte e Design da Capa

Nilton Nunes dos Santos



Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP)



Escola Paulista de
Enfermagem (EPE)



Centro de
Desenvolvimento do
Ensino Superior em Saúde
(CEDESS)

Rua Pedro de Toledo, 859 – Vila Clementino
São Paulo/SP – Cep 04032-900
E-mail: cedess@unifesp.br

<http://www2.unifesp.br/centros/cedess/index.htm>

E24

Educação Permanente em Saúde: Saberes, Trajetórias e Formação [recurso eletrônico] / Organização de Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert, Rosana Aparecida Salvador Rossit. – 1. ed. -- São Paulo [SP] : Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) ; Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), 2020.

307 p. -- (Coleção Ensino em Ciências da Saúde ; v.2).

ISBN nº 978-65-00-02812-6 – Coleção

ISBN nº 978-65-00-02809-6 – Volume 2

1. Ensino. 2. Ciências da Saúde. I. Seiffert, Otilia Maria Lúcia Barbosa (org.)
II. Rossit, Rosana Aparecida Salvador (org.) III. Título

CDD 610.7

PREFÁCIO	6
<i>Nildo Alves Batista, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
AGRADECIMENTOS.....	9
APRESENTAÇÃO.....	10
<i>Maria Cecília Sonzogno, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>	
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM EQUIPE E DA PRÁTICA COLABORATIVA: CENÁRIOS E OPORTUNIDADES DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS	18
<i>Juliana Nunes Fernandes, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>	
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PESQUISAS E INTERVENÇÕES	38
<i>Andréa Ribeiro da Costa, Maria Cristina Guimarães Seidel, Ively Guimarães Abdalla, Mariella Vargas Degiovani, Cintia Kotomi Tanaka, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
UM OLHAR DE PRECEPTORES SOBRE A PRECEPTORIA NO INTERNATO DO CURSO MÉDICO DE UMA UNIVERSIDADE NO AMAZONAS.....	60
<i>Kátia do Nascimento Couceiro, Iraní Ferreira da Silva Gerab</i>	
FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA EM EDUCAÇÃO FÍSICA: DESAFIOS PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA.....	80
<i>Ana Paula Costa, Nara Rejane Cruz de Oliveira</i>	
PESQUISA-INTERVENÇÃO COMO DISPOSITIVO ANALISADOR DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	93
<i>Carmem Lúcia Brandalise, Rosilda Mendes</i>	
CUIDADOS PALIATIVOS E INTERDISCIPLINARIDADE	109
<i>Ana Cláudia Arguelles dos Reis, Rita Maria Lino Tarcia</i>	
SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL.....	123
<i>Márcia Souza Carvalho, Karina Franco Zihlmann</i>	
CONTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL E NUTRIÇÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS.....	141
<i>Gabriela Pereira da Costa Oliveira, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert, Dan Linetzky Waitzberg</i>	

DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS EM SANTOS	163
<i>Natália Cyrillo Wagner, Fernando Sfair Kinker</i>	
CONCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A TERAPIA COMUNITÁRIA.....	182
<i>Rosane Cristine dos Santos, Cristina Dos Santos Cardoso de Sá, Andréa Perosa Saigh Jurdi</i>	
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: GARANTIA E ACESSO AOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO	197
<i>Ana Paula Almeida de Aragão, Ana Rojas Acosta</i>	
GUIA DE OFICINAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	213
<i>Priscilla Regina Cordeiro, Flávia Liberman Caldas</i>	
O APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POTENCIALIDADE DE SUAS FERRAMENTAS	225
<i>Rosemeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Laura Câmara Lima</i>	
O CONHECIMENTO DOCENTE SOBRE A COMPETÊNCIA INFORMACIONAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE	242
<i>Daianny Seoni de Oliveira, Nara Rejane Cruz de Oliveira</i>	
USO DE TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE	253
<i>Rosane Barreto Cardoso, Beatriz Jansen Ferreira</i>	
POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O TELESSAÚDE	265
<i>Itamar Magalhães Gonçalves, Michelle de Jesus Pantoja Filgueira, Beatriz Jansen Ferreira, Geraldo Cunha Cury</i>	
PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS DOS PARTICIPANTES DO CURSO <i>ON-LINE</i> DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNA-SUS/UNIFESP FRENTE AO USO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO PROCESSO EDUCATIVO: MELHORIAS ADOTADAS	280
<i>Marlene Sakumoto Akiyama, Maria Elisabete Salvador, Rita Maria Lino Tarcia</i>	
NOTA DOS AUTORES	300
FONTES CONSULTADAS	307

PREFÁCIO

A alegria e a emoção nos envolveram desde o primeiro momento em que fomos, generosamente, convidados a escrever o prefácio da Coletânea Ensino na Saúde: alegria por poder reencontrar, visitar e compartilhar estudos que são tão significativos na trajetória do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional. Emoção por nos remeter ao trabalho coletivo e aglutinador que vem constituindo o nosso PPGECS-MP!!!

E por entre alegria e emoção, fomos tecendo os sentidos de uma obra que assume como objetivo “organizar as produções tecnológicas/educacionais e científicas originadas no PPG Ensino em Ciências na Saúde – Mestrado Profissional e publicizar os conhecimentos gerados.”

O PPGECS-MP foi proposto pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado pela CAPES em 2002, constituindo uma iniciativa pioneira no Brasil nesta área de conhecimento. Como um dos mais antigos e consolidados programas de Mestrado Profissional na área de Ensino na Saúde, objetiva a formação de um Mestre Profissional que: a) planeje, implemente e avalie ações educativas inovadoras no seu espaço profissional; b) produza conhecimentos sobre o Ensino em Ciências da Saúde a partir da problematização dos cenários de atuação profissional e, c) propicie uma qualificação técnica, criativa e potencialmente transformadora das práticas cotidianas no Ensino da Saúde.

O Programa agrega docentes e pesquisadores interessados e atuantes na mencionada área e, sem dúvida, desenvolve uma função de incubadora para a implantação de propostas formativas inovadoras no campo da formação em saúde. Assim, envolve novos docentes e técnico-administrativos que chegam à UNIFESP na sua expansão e seus processos de constituição como universidade plena.

E, com o jeito CEDESS de ser, o PPGECS-MP expande suas atividades para o Campus Baixada Santista, a partir de 2012: com um funcionamento na modalidade intercampi, integra turmas simultâneas vinculadas ao campus São Paulo (CEDESS) e ao campus Baixada Santista (Instituto Saúde e Sociedade – ISS), traduzindo movimentos de crescimento e consolidação no contexto da Universidade Federal de São Paulo.

Esta contextualização histórica possibilita reconhecer os movimentos intensos vividos pela própria UNIFESP e seus impactos no Programa. O PPGECS-MP foi proposto e aprovado ainda no contexto da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, uma universidade por campo do saber. Logo após a sua criação, a UNIFESP torna-se uma universidade plena e vem evidenciando sua potência científica e relevância social, acadêmica e política.

O PPGECS teve um protagonismo importante nessa expansão, sendo uma das fontes de criação do Campus Baixada Santista: desde a autoria e proposição de um Projeto Pedagógico inovador (educação interprofissional em saúde), passando pela formação docente nos anos iniciais do Campus, até a produção de conhecimento sobre a proposta formativa que fora implantada, o Programa contribuiu decisivamente, bem como foi robustecido em suas Linhas e fortalecimento dos Grupos de Pesquisa.

O PPGECS-MP também expressa suas transformações no campo das políticas de pós-graduação vigentes na UNIFESP desde sua criação. Nos anos iniciais, marcante foi sua conquista de espaço e construção da identidade no escopo da modalidade Profissional da Pós-Graduação. No âmbito desta modalidade, configura um campo de práticas e produção de conhecimentos que conecta diferentes saberes. Envolve tanto as ciências básicas como os campos específicos de atuação profissional nas áreas da saúde, educação, políticas públicas.

A Coletânea Ensino na Saúde, ao enfatizar as produções do PPGECS-MP, inscreve-se como um dispositivo potente de desvelar as marcas que a trajetória do Programa impregna nas pesquisas realizadas, compondo desenhos investigativos que se articulam, se desdobram e se conectam, inserindo novos desafios, novas questões, novas problematizações.

A Coletânea funda-se na área de concentração do Programa – ensino em ciências da saúde – configurando seus três primeiros títulos no escopo das linhas de pesquisa – Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde na Comunidade, abrangendo as produções no período de 2004 a 2019.

Ao registrar as investigações desenvolvidas, a Coletânea possibilita a emergência das diferentes vozes nos processos de produção e análise de dados, permitindo (re)construir itinerários teóricos de compreender os objetos de estudo, conceber formas e vias de acesso aos campos empíricos, (re)conhecer as conexões entre os percursos investigativos e as dinâmicas de criação, proposição e avaliação dos produtos.

Esta Coletânea é registro, é memória, é história de pesquisa, é experiência:

O sujeito da experiência é um sujeito “ex-pos-to”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “im-posição” (nossa maneira de impormos), nem a “pro-posição” (nossa maneira de propormos), mas a “ex-posição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre.¹

Todos e todas nós, leitores e leitoras, temos em mãos, assim, uma obra que se desdobra, não apenas em três volumes, mas fomenta dobraduras, ressignificações, reinvenções, novas estampagens de significados, novas experiências. Eis o convite que as professoras organizadoras, parceiras e partícipes, Otilia Seiffert e Rosana Rossit, nos fazem com implicação ético-política, rigor científico e com humana estética da criação. Eis o convite que os(as) autores (as) nos fazem, pois ao se ex-porem abrem brechas, sinalizam pistas, deixam indícios para seguirmos comprometidos com tempos históricos de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da educação pública, das políticas públicas e sociais.

Nildo Alves Batista

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

¹ LARROSA BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** 2002. Disponível em: http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/rbde19/rbde19_04_. Acesso em: 19 jun. 2020.

AGRADECIMENTOS

Às(Aos) autoras(es), docentes-orientadoras(es) e mestres, que compartilham generosamente resultados de pesquisas e produtos educacionais implicados com a transformação de práticas no campo do Ensino em Ciências da Saúde.

Às(Aos) colaboradoras(es) e instituições participantes das pesquisas que inspiraram e tornaram possível a construção de conhecimentos e propostas aqui socializados.

Às pessoas que se envolveram com afeto e compromisso na construção desta Coleção Ensino em Ciências da Saúde.

Todo esse esforço se concretizou ancorado na premissa que “o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inauguram com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento da história”.¹

¹ FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia – Saberes Necessários à Prática Educativa**. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2015. p.133.

APRESENTAÇÃO

A Educação Permanente em Saúde no escopo de suas distintas dimensões favorece processos de aprimoramento profissional e investigações sobre o planejamento, desenvolvimento e avaliação da educação de profissionais inseridos em diferentes contextos da saúde, tendo em vista à consolidação das políticas sociais com ênfase no Sistema Único de Saúde – SUS (CEDESS, 2020)¹. Nesse sentido, as instituições de educação superior ocupam espaços importantes na preparação desses profissionais para que sejam capazes de mobilizar e desenvolver processos educativos que contribuam para a consolidação e contínua avaliação das práticas assistenciais, educativas e de gestão no âmbito do SUS.

A formação do profissional da saúde tem estado em pauta há décadas com a intencionalidade de melhor promover a qualificação necessária e a integração do trabalhador às necessidades sociais emergentes da assistência à saúde. Nessa direção, pode induzir o protagonismo de discussões que giram em torno de modelos curriculares nos diferentes níveis de formação (do ensino técnico à educação superior e nos espaços do trabalho), de metodologias de ensino-aprendizagem, e de processos de avaliação (do desempenho dos atores sociais, das instituições formadoras, dos programas e projetos, dos resultados e dos impactos nas ações do próprio sistema de saúde e na população alvo).

Com a Constituição Federal (BRASIL, 1988)² ficou estabelecido no art. 200 que compete ao SUS “[...] o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde”, assim sendo as questões da educação na saúde passam a fazer também parte do conjunto de suas atribuições. A partir de então se intensificaram as discussões sobre as diferentes áreas de formação profissional da saúde, tendo como um dos resultados cruciais as Diretrizes Curriculares Nacionais no início dos anos 2000, que, recentemente, algumas delas passam por revisão. Embora essas diretrizes explicitem as competências gerais e básicas da formação e orientam acerca a sua condução, ainda assim, muitos profissionais ao adentrarem os espaços de trabalho

¹ CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – CEDESS. **Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde** – Mestrado Profissional. 2020. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/mest_profissional.htm

² BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

se defrontam com dificuldades frente à amplitude e à extensão da problemática do campo da saúde, muitas vezes, da sua própria área de especialização.

A educação permanente no âmbito do SUS ganha potência com a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2006)³, reconhecida como componente estratégico da gestão com o objetivo de promover transformações de modo a superar as dificuldades do cotidiano do trabalho e mobilizar a aproximação do ensino e serviços voltados para as realidades locais e regionais. Tal enfoque passa a representar importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação, ou melhor, desenvolvimento de trabalhadores da saúde. Portanto, ao estar centrada no processo do trabalho, objetiva “transformar as situações diárias em aprendizagem, compreendendo na análise crítica dos problemas da prática e na valorização do próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco, não devendo se limitar a determinadas categorias profissionais (DAVINI, 2006)⁴.

A Educação Permanente em Saúde significa a construção de conhecimentos sobre e no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos para assim assumir os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM; FERLA, 2008)⁵. O profissional da saúde tem a incumbência de observar e analisar criticamente o seu trabalho e de observar-se e analisar-se no próprio trabalho, colocando em foco as competências, as relações profissionais e de atendimento, os ambientes, a qualidade dispensada aos atendimentos, no binômio quantidade-qualidade, no conhecimento necessário para atuar como um bom profissional, na elaboração de protocolos e de avaliação, no desenvolvimento de recursos humanos de sua própria equipe, por conseguinte essa observação e questionamentos devem se desencadear em ações transformadoras. É exatamente esse o papel da linha de pesquisa Educação Permanente em Saúde no Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde.

³ BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** – PNEPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

⁴ DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

⁵ CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

Os trabalhos apresentados neste Volume 2 são exemplos de produções cuidadosas e criteriosamente elaboradas ao longo do mestrado. O(A) pós-graduando(a) amplia seu repertório de conhecimentos, passa a olhar e problematizar seu ambiente de trabalho com acuracidade, determina quais as questões mais pertinentes e, a partir dessa etapa, busca respostas para compreender, cada vez melhor, sua situação de trabalho e como proceder interferências significativas para transformações necessárias. A solidariedade, a responsabilidade coletiva, a prática colaborativa, a consciência dos deveres e direitos são postos em ação⁶.

Os 17 capítulos, de coautoria de orientadores(as) e mestrandos(as), são exemplos de distintos processos de formação para e no trabalho em saúde a partir da observação e questionamentos do cotidiano desses profissionais.

O capítulo **“Educação Permanente em Saúde na Perspectiva do Trabalho em Equipe e da Prática Colaborativa: cenários e oportunidades de transformação das práticas”** nos apresenta a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) de sugerir estratégias inovadoras para fortalecer os trabalhadores de saúde e desenvolver um quadro de ação sobre educação interprofissional e a prática colaborativa, além de analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. As autoras salientam a importância do trabalho em equipe e da prática colaborativa nos cenários de prática para a qualificação dos serviços ofertados aos pacientes. O capítulo **“Educação Permanente em Saúde: Pesquisas e Intervenções”** apresenta reflexões e achados de quatro pesquisas que abordam processos de Educação Permanente junto a preceptores do Programa PET Saúde, aos gestores administrativos de uma universidade pública frente ao processo de expansão e aos residentes e preceptores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Os diferentes dados produzidos e as análises empreendidas nortearam o delineamento de produtos relacionados à interprofissionalidade e ao compartilhamento de práticas e saberes no contexto do SUS. O trabalho com foco também na preceptoria, **“Um Olhar de Preceptores sobre a Preceptoria no Internato do Curso Médico de uma Universidade no Amazonas”**, apresenta recorte de um estudo que teve por objetivo analisar a preceptoria desenvolvida no internato do curso médico em uma universidade pública do Amazonas para caracterizar as atividades desenvolvidas,

⁶ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

conhecer o preparo dos preceptores, os pontos fortes, os nós críticos e sugestões para o seu aprimoramento.

O capítulo “**Formação Inicial e Continuada em Educação Física: Desafios para a área da Saúde Pública**” analisa os desafios na formação inicial e continuada do Profissional de Educação Física (PEF), considerando as demandas para a atuação na Saúde Pública do município de Maceió, Alagoas. Da perspectiva das políticas públicas de promoção da saúde e enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e do papel da atividade física na produção do cuidado em saúde, as autoras destacam os desafios enfrentados por esses profissionais no trabalho com a equipe multiprofissional e as ações intersetoriais e dos conhecimentos sobre atividades físicas voltadas à produção de cuidado em saúde.

A discussão e compreensão do processo de trabalho nos contextos da saúde demandam um olhar problematizador sobre o trabalho em equipe. O capítulo “**Pesquisa-Intervenção como dispositivo analisador do processo de trabalho em saúde**” apresenta a pesquisa-intervenção como uma metodologia que permite acompanhar processos de trabalho na área da saúde. O estudo desenvolvido por meio de oficinas problematizadoras e da técnica de registro de escriba aponta que os problemas enfrentados pelos profissionais só são passíveis de serem superados na própria experiência cotidiana, com a criação e experimentação do novo, além de salientar a urgência do estabelecimento de espaços de discussões coletivas e a importância de investir em processos de formação interprofissional, utilizando-se de estratégias que favoreçam as trocas e a qualificação do cuidado.

Na dialética da formação insere-se a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, implicadas na integração de diferentes campos científicos e profissionais e na intensidade de trocas entre os profissionais, constituindo-se assim uma necessidade do campo da saúde. O trabalho “**Cuidados Paliativos e Interdisciplinaridade**”, que apresenta um tema ainda pouco privilegiado nos processos formativos de profissionais da saúde, destaca a definição e os princípios básicos que norteiam essa modalidade de cuidado e a importância de uma equipe constituída por diferentes profissionais assumir a atitude de trocas, respeito e compartilhamento, onde cada profissional exerça a sua prática, complementando as demais, com um olhar voltado para as necessidades do paciente e de sua família. Nessa mesma perspectiva, o capítulo “**Síndrome da Realimentação: um olhar interdisciplinar sobre um quadro negligenciado e fatal**” aborda a alta prevalência hospitalar da Síndrome da Realimentação (SR) e o processo de

EP de profissionais de saúde que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Pronto Socorro (PS), tendo como estratégia o grupo focal para discutir temáticas sobre desnutrição e SR. Apesar da complexidade dessa prática assistencial, as autoras mostram que a maioria dos participantes tinha pouco conhecimento sobre desnutrição e SR, com dificuldades em identificar essas condições e o sentimento de angústia diante de pacientes.

Conforme evidencia-se nos trabalhos apresentados, a discussão acerca das interfaces que constituem o processo do trabalho na saúde conduz a problematizar acerca das competências necessárias no contexto das distintas especialidades. O capítulo **“Contribuição da Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a Prática Profissional do Nutricionista: Percepção de Egressos”** aborda as competências de profissionais nutricionistas para o diagnóstico precoce e preciso dos distúrbios nutricionais, através da triagem e da avaliação nutricional (AN), como processo essencial para o sucesso do tratamento clínico e nutricional. Os autores analisam um curso de pós-graduação *lato sensu* na perspectiva de egressos sobre a contribuição para o desenvolvimento e aprimoramento dessas competências. O caminho percorrido na pesquisa e as evidências levantadas quanto à prática da avaliação nutricional deram subsídios à elaboração de um conjunto de competências para a prática da AN.

Na variedade de aspectos que constituem as ações da Atenção Primária à Saúde situam-se experiências que são problematizadas da perspectiva da educação permanente em produções apresentadas nesta obra. O capítulo **“Desenvolvimento do Cuidado em Saúde Mental no Contexto de Consolidação da Reforma Psiquiátrica: a experiência de um CAPS em Santos”** situa a cidade de Santos – SP como pioneira na criação de uma rede de serviços territoriais de saúde mental em substituição aos manicômios no Brasil. Os autores investigaram a construção e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar esse cuidado. Essa experiência revelou um processo dinâmico composto por múltiplas compreensões e formas de lidar na prática com a questão dos PTS e sinalizou a importância do preparo dos trabalhadores de saúde como estratégia de fortalecimento, na tentativa de produzir transformações dentro dos serviços e em todos os contextos sociais onde se produz e vive o sofrimento psíquico. O trabalho **“Concepção de Gestores e de Profissionais da Saúde sobre a Terapia Comunitária”** aborda a Terapia Comunitária (TC) como estratégia de promoção à saúde para o fortalecimento da Atenção Básica e dos princípios do Sistema Único de Saúde. As autoras evidenciam que a fragilidade da TC decorre da concepção que a promoção de saúde está vinculada ao não adoecimento e ao atendimento médico, sendo a TC complementar a este;

dificuldade em estabelecer relações entre a TC e as práticas integrativas complementares; e, a falta de apoio institucional à prática da TC. Numa perspectiva mais localizada, o capítulo **“Sistema Único de Saúde: Garantia e Acesso aos Direitos das Crianças e Adolescentes com Deficiência no Município de São Sebastião”** apresenta uma análise da rede de cuidados na Região do Distrito de Maresias, destacando o acesso aos serviços que a compõem e investigando como ocorre a garantia de direitos das crianças e adolescentes com deficiência em meio ao alcance a essa rede de atenção à saúde. As autoras do capítulo **“Guia de Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde na Rede de Atenção Psicossocial** argumentam que para uma articulação eficiente entre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com vistas ao cuidado integral em saúde e ao acesso de qualidade a toda população, faz-se necessário repensar em estratégias para a saúde mental na Atenção Básica em Saúde para auxiliar os profissionais de saúde a desmitificar os paradigmas em relação à imagem que a sociedade mantém sobre o convívio com a loucura e aos pré-conceitos sobre o sofrimento psíquico. Esse trabalho apresenta um guia para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde”, buscando estimular práticas inovadoras e ampliar as possibilidades da atenção integral à saúde, promovendo espaços de trocas de experiências e de criação coletiva entre os ACS e usuários convidados. O capítulo **“O Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde e a Potencialidade de suas Ferramentas”**, reflete sobre o apoio matricial na atenção primária em Saúde e da potencialidade de suas ferramentas, servindo-se da percepção dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de um distrito sanitário na zona sul do município de São Paulo. Argumentam que é necessário oportunizar mais trocas e promover maior integração entre as equipes, repensar as rotinas de trabalho, eventualmente, para que se possa ter efetividade, além de melhor aproveitamento do trabalho integrado nas equipes e das potencialidades das ferramentas de apoio matricial.

Os avanços tecnológicos têm impactado na vida cotidiana e nos processos de trabalho independente do campo profissional. Ao serem aplicados em práticas educativas passam a constituir-se estratégicos por ampliar as oportunidades de formação, de compartilhamento de saberes e experiências, e de acesso à produção de conhecimentos. Contudo, há inúmeras indagações: Estamos preparados para o uso dos recursos tecnológicos disponíveis? De que forma as tecnologias podem contribuir para a otimização e qualificação da assistência à saúde? Essas questões e tantas outras correlatas têm inquietado estudiosos. Com foco na docência, o trabalho **“O Conhecimento Docente sobre a Competência Informacional na Formação em Saúde”** volta-se à competência informacional de docentes dos cursos de graduação em

Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social da uma universidade pública federal. Os autores ressaltam que o conceito de competência informacional ainda é pouco conhecido, porém a maioria dos docentes conhece as fontes fidedignas de informação, faz uso delas, utiliza tecnologias para o ensino, mas pouco utilizam e/ou conhecem os serviços disponibilizados pela biblioteca. Saliendam a necessidade de uma política integradora entre bibliotecas, bibliotecários e docentes para o desenvolvimento de programas educacionais em competência informacional. No Capítulo **“Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação para Educação Continuada em Saúde”**, os autores argumentam que a Educação Continuada em Saúde (ECS) favorece a construção de novos saberes e reflexão da prática por ser uma ferramenta com grande potencial para a disseminação do uso seguro de tecnologias no campo da saúde e que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) deram um novo rumo à forma de comunicação e no âmbito da saúde têm apoiado a organização e gestão dos processos institucionais, integrando os recursos computacionais à prática profissional. As autoras ressaltam que o desenvolvimento e uso de tecnologias trouxe algumas repercussões para o trabalho dos profissionais da saúde, diante do redimensionamento do espaço assistencial, no caso o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) objeto do estudo. O capítulo **“Políticas e Programas de Formação de Profissionais de Saúde: O Telessaúde** apresenta duas pesquisas: a experiência do Programa Telessaúde Brasil Redes e de uma Disciplina Optativa sobre o Programa Telessaúde. Os autores evidenciam que a implantação do Telessaúde Redes atende aos objetivos de qualificação e formação dos profissionais da Atenção Básica de maneira muito satisfatória, e, em menor medida, contribui para a democratização das relações de trabalho e alocação de médicos, enfermeiros e odontólogos. A Disciplina Telessaúde apontou para aspectos inovadores como: assertividade na escolha dos conteúdos, uso adequado de metodologias ativas de ensino-aprendizagem bem como das Tecnologias da Informação e Comunicação. Outro trabalho que foca as tecnologias está apresentado no capítulo **“Percepção e Expectativas dos Participantes do Curso *On-Line* de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP frente ao uso de Tecnologias Educacionais no Processo Educativo: Melhorias Adotadas”**, que aborda o uso das tecnologias digitais na Educação a Distância no contexto da educação permanente profissional de um Curso *on-line* de Especialização em Saúde da Família da perspectiva de coordenadores, docentes e alunos. As autoras evidenciaram dificuldades de navegação, de entendimento das orientações e regras de avaliação do curso, além da falta de tutoriais na percepção de alunos, destacando a necessidade de soluções que possam contribuir para o processo de ensino-aprendizagem da educação permanente *on-line*, beneficiando profissionais de saúde.

Essas produções revelam os desafios do processo do trabalho e as diversas perspectivas para conduzir o desenvolvimento do trabalhador da saúde. O encontro com os(as) autores(as) nos capítulos possibilitará sentir e compreender os itinerários construídos e as estratégias e ferramentas que potencializaram o engajamento e a articulação com os fundamentos e as práticas de educação permanente ou correlatas. E mais, esses trabalhos revelam que o contexto acadêmico constitui espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências educativas, abrindo caminhos para a reflexão na/para ação no contexto profissional de maneira sistemática e compartilhada.

Vivemos globalmente um momento que nos desafia a cada momento – a Pandemia Covid 19. Pensamos sobre o presente, o futuro, e o papel das instituições de educação superior. Esse processo tem implicado rever e ressignificar as perspectivas pedagógicas e apreender lições do passado que podem orientar novas possibilidades de conduzir o ensino na saúde em resposta às demandas e às necessidades que nos são impostas e exigem respostas rápidas. Conforme argumenta Demo (1990)⁷ para descobrir e criar é preciso primeiramente questionar, logo os questionamentos que fazemos não são atos isolados e esporádicos, mas atitude processual que corresponde ao desafio que toda sociedade coloca sobre a ciência.

Nesse sentido, deve-se ratificar a premissa, explicitamente assumida nos trabalhos deste Volume 2, como desdobramentos dos fundamentos orientadores do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, que para produzir mudanças significativas é preciso problematizar e refletir sobre os fazeres e condutas na vida cotidiana dos espaços formativos, articulando-os continuamente à realidade da saúde e social.

Maria Cecília Sonzogno
Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
Rosana Aparecida Salvador Rossit

⁷ DEMO, P. **Participação é conquista** – Noções da Política Social Participativa. Fortaleza: Edições Universidade Federal do Ceará, 1986.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM EQUIPE E DA PRÁTICA COLABORATIVA: CENÁRIOS E OPORTUNIDADES DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS

Juliana Nunes Fernandes
Secretaria Municipal de Saúde
Umuarama – PR

Rosana Aparecida Salvador Rossit
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A OMS (2010) sugeriu estratégias inovadoras para fortalecer os trabalhadores de saúde e desenvolver um quadro de ação sobre educação interprofissional e a prática colaborativa. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação que contribui para transformar e qualificar a atenção à saúde ao organizar as ações e os serviços, os processos de formação, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. Este capítulo apresenta os resultados de pesquisa sobre a Educação Permanente em Saúde, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa realizada no cenário da ESF em Umuarama PR analisando a percepção de 118 profissionais de saúde e gestores. O estudo aplicou escala padronizada e entrevista de aprofundamento. Os resultados mostram a importância do trabalho em equipe e da prática colaborativa nos cenários de prática para a qualificação dos serviços ofertados aos pacientes, entretanto, o desafio está no desenvolvimento das competências, pois a maioria dos participantes não foi formado nessa lógica. Embora exista ações isoladas de trabalho coletivo, isso não garante a efetividade das relações interprofissionais. Apesar das dificuldades, como a centralidade no modelo biomédico com ênfase no adoecimento e na figura do médico, os resultados podem subsidiar propostas de ações de educação permanente tendo em vista: o desenvolvimento de competências; a gestão na perspectiva do preparo contínuo; a transformação das práticas; a melhoria da qualidade da assistência; a formação de profissionais críticos, reflexivos, proativos, disponíveis para o trabalho em equipe e prática colaborativa, proporcionando a efetividade dos serviços no âmbito da saúde nos diferentes cenários de atuação.

Palavras-chave: Educação Permanente; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Comportamento Cooperativo; Estratégia Saúde da Família; Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta um recorte da dissertação “Percepção de profissionais e gestores das Equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a Educação Permanente, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa” (FERNANDES, 2019), priorizando os resultados provenientes das análises das questões abertas adicionadas ao instrumento de coleta de dados e das entrevistas conduzidas com os gestores.

Quatro núcleos temáticos nortearam as análises: Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; Atenção à saúde centrada no paciente; e, Processos de formação profissional existentes no município”.

Este capítulo apresenta os resultados provenientes do último núcleo temático.

Destaca-se a temática emergente da educação interprofissional e da prática colaborativa como estratégias que poderão preparar a força de trabalho para o efetivo trabalho em equipe, para a maior resolutividade das demandas de saúde e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma referência importante para formação e trabalho em saúde no Brasil. É uma proposta de ação que tem como objetivo contribuir para transformar as práticas, qualificar a atenção e organização das ações dos serviços de saúde, os processos de formação, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, constituindo-se como um marco para o processo de formação e trabalho dos profissionais de saúde no Brasil (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018).

Segundo Batista (2013, p. 98), “a política de saúde demanda transformações conceituais, técnicas e ideológicas para alterar práticas e organização do trabalho em saúde, além da mudança cultural em relação ao modelo de assistência e sistema público brasileiro”.

Amorim (2013) argumentam que a formação profissional tem se firmado como um grande desafio para as instituições, não havendo atualmente, espaço para uma formação desvinculada do cotidiano, baseada somente em teorias sem aplicabilidade na prática profissional. O processo de globalização impôs a necessidade de novas informações, produtos em menor tempo, demandando dos profissionais a capacidade de resolver diversas situações que emergem no cotidiano do trabalho. Para isso, as instituições de saúde têm procurado investir na qualificação profissional de modo continuado por meio de programas de educação permanente.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) “configura-se como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, [...] baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2007, p. 01).

A Educação Interprofissional (EIP) é apresentada como um elemento essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, na qual os profissionais trabalham juntos para prestar serviços abrangentes em uma ampla gama de locais de assistência de saúde (OMS, 2010, p. 13).

A EIP consiste em “ocasiões onde estudantes ou profissionais de duas ou mais profissões aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços” (CAIPE, 2017, p. 03), podendo ser implementada no processo de formação profissional inicial e de educação permanente.

A EIP é uma abordagem que se apresenta como potencial para o fortalecimento do SUS e está sendo inserida nas políticas públicas da saúde e educação no Brasil (BRASIL, 2018; OMS, 2010).

Segundo Reeves (2016), a EIP pode ser utilizada com estudantes para prepará-los para práticas colaborativas, e em momentos mais tardios (na educação permanente, por exemplo), poderia reforçar experiências de aprendizado prévio e maior apoio em práticas colaborativas.

A OMS aponta que “a educação interprofissional eficiente oportuniza a prática colaborativa eficaz” (OMS, 2010, p. 18). Para que os profissionais de saúde colaborem e melhorem os resultados na saúde, “dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si”. Essa proposta possibilita um aprendizado duradouro visando torná-los e mantê-los preparados para a prática colaborativa ao longo de suas carreiras.

Segundo Rossit, Batista e Batista (2014) a EIP possibilita que o futuro profissional de saúde possua melhor capacidade crítica e reflexiva em relação às práticas, produzindo maior comprometimento com as ações de saúde, percepção holística no cuidado centrado no paciente; e, maior integração com a equipe, além de promover a prática colaborativa.

A prática colaborativa (PC) “ocorre quando profissionais da saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p. 13).

Na prática colaborativa o planejamento, a intervenção e avaliação das ações de saúde possibilitam maior aprendizagem ao estudante ou profissional, quando realizadas de forma compartilhada, por meio do trabalho em equipe, na integralidade à assistência, formando profissionais que refletem a própria prática para implementar mudanças (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2014).

A EPS na perspectiva da EIP e da PC proporcionam possibilidades de refletir criticamente as práticas vivenciadas de ensino, aprendizagem e os processos formativos no âmbito da

atuação profissional nas instituições de saúde. Por serem consideradas propostas baseadas em evidências e estratégias potentes para qualificar os profissionais e os serviços de saúde, proporcionam melhorias nos processos e ambiente de trabalho. Acredita-se que a EPS pode desencadear esse espaço para discussão, construção, preparo, aprofundamento, atualização para a implementação da EIP nos espaços de atenção à saúde (OMS, 2010; BRASIL, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como propósito a reorganização da atenção básica, em consonância com os preceitos do SUS, possibilitando a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer a reorientação dos processos de trabalho com potencial para aprofundar os princípios, diretrizes, fundamentos e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A EPS no ambiente da ESF é relevante para cumprir o papel de acolhimento e resolutividade:

É fundamental que os profissionais das equipes aprimorem constantemente a capacidade de análise das situações e de sua intervenção. Para isso, podem contar com momentos de Educação Permanente que propiciem discussão, aprofundamento e atualização de conhecimentos/competências e habilidades (BRASIL, 2017, p. 13).

As Unidades da ESF compoem espaços com grande potencial de aplicabilidade e necessidade da educação permanente na perspectiva da EIP, entretanto muitos desafios estão presentes, visto que a formação dos profissionais de saúde ainda segue, majoritariamente, um modelo biologicista, disciplinar, fragmentado e uniprofissional. Tem-se que momentos de educação compartilhada são raros tanto na graduação como na prática profissional (NUTO *et al.*, 2017; MORIN, 2006).

Gilligan, Outram e Levett-Jones (2014) relatam que a formação profissional costuma ocorrer de maneira isolada e comprometida com as competências específicas de cada profissão, limitado em sua capacidade de preparar os futuros profissionais para a prática do trabalho colaborativo.

A EPS traz a oportunidade de desenvolvimento de competências que vão além das práticas tradicionais de educação. É uma abordagem renovada que prepara os profissionais para responder às problemáticas do cotidiano, melhorar as práticas profissionais e responder às necessidades dos usuários (MELLO *et al.*, 2018).

Conforme descrito por Costa (2016), a EIP se constitui em uma estratégia capaz de

melhorar a qualidade da atenção a saúde a partir do efetivo trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa, proporcionando dessa forma uma maior segurança ao paciente, possível redução de erros dos profissionais de saúde e menor custos do sistema de saúde (COSTA, 2016, p. 197).

Thannhauser, Russell-Mayhew e Scott (2010) relatam que oportunidades de EIP contribuem positivamente para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para atuar de maneira integrada na equipe, onde a colaboração e o reconhecimento da interdependência entre os membros das áreas estão a frente à competição e à fragmentação.

O estudo realizado por Dyess *et al.* (2019), em uma revisão sistemática de literatura a respeito do impacto da EIP nos estudantes da área da saúde, mostra que há evidências que as atividades de EIP são uma estratégia eficaz para melhorar as atitudes em relação ao trabalho em equipe entre os profissionais, comunicação, solução compartilhada de problemas, conhecimentos e habilidades, em preparação para a colaboração nas equipes.

A dimensão política do trabalho em saúde se destaca por aspectos como a abertura de participação de todos. Dessa maneira, deve-se considerar os modelos e arranjos de trabalho específicos de cada local para terem efeito sobre as práticas, as alianças e conflitos existentes, bem como, as relações de força, sendo necessário estimular a autonomia e a criatividade tanto na identificação como na criação de soluções para os problemas (CAVALCANTI; GUIZARD, 2018).

O *Institute of Medicine* (IOM, 2001) realizou uma revisão dos atributos da qualidade e considerou como evento adverso (EA), os agravos causados aos pacientes em decorrência dos erros ocorridos durante o cuidado em saúde. Essa temática provocou uma mobilização dos profissionais de saúde para as questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade em saúde.

Entre as definições de qualidade em saúde já existentes, o IOM definiu seis atributos: efetividade, eficiência, eficácia, otimização, segurança do paciente e o cuidado centrado no paciente, sendo este último definido como o “cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas” (IOM, 2001, p. 6).

Agreli, Peduzzi e Silva (2016) relatam que para possibilitar uma maior compreensão da atenção à saúde ampliada e centrada na pessoa é imprescindível que a percepção esteja vinculada a três aspectos: perspectiva ampliada do adoecimento, participação dos pacientes no cuidado e relação profissional e paciente.

Peduzzi *et al.* (2015) relatam:

Para a construção de um ambiente favorável ao efetivo aprendizado interprofissional no Brasil é necessário desenvolver estudos que permitam conhecer qual tipo de educação funciona melhor, em que circunstâncias e como esta pode impactar nos resultados da atenção à saúde de usuários e população, trabalhadores e organizações (PEDUZZI *et al.*, 2015 p. 8).

Entendendo os esforços assumidos com a formação em saúde e a relevância da EPS, EIP e PC como estratégias eficientes para transformação das práticas profissionais e melhoria na qualidade da assistência e da atenção às demandas de saúde das populações e comunidades, esta pesquisa teve como objetivo analisar a percepção de profissionais e gestores das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a Educação Permanente em Saúde, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

Para efeito deste capítulo, serão apresentados os dados qualitativos obtidos no desenvolvimento da pesquisa.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com análise de dados qualitativa¹. O critério de inclusão previu a participação de profissionais atuantes nas 22 equipes da ESF do município de Umuarama-Paraná, com no mínimo 12 meses de experiência; e, gestores da atenção primária. Participaram da pesquisa 114 profissionais (57,6%) e quatro gestores (100%) atuantes no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Umuarama-PR.

Foi aplicado presencialmente, aos profissionais e gestores, um questionário para obtenção de dados de caracterização e a versão validada da *Readiness Interprofessional Learning Scale-RIPLS* (PEDUZZI *et al.*, 2015), seguida de quatro questões abertas relacionadas às percepções sobre a compreensão, potencialidades, fragilidades e sugestões para um Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) e a influência sobre a dinâmica do trabalho em equipe e da prática colaborativa. Adicionalmente, foram realizadas entrevistas com os gestores, que ocorreram em local, dia e horário previamente agendadas.

Um celular (Samsung) com gravador de voz foi utilizado para registrar as falas dos gestores, mediante autorização prévia. Cada entrevista teve duração aproximada de 30 minutos. Após cada entrevista realizada, os relatos foram transcritos na íntegra para posterior análise.

¹ A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP com Parecer nº 2.580.724 de 04 de abril de 2018.

Os dados das questões abertas e das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática (FRANCO, 2012). Essa técnica permite descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos possibilitando ir além das aparências do que está sendo dito. Na análise temática, o tema é o juízo central, que pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010; FRANCO, 2012).

Os registros resultantes das questões abertas e da transcrição das quatro entrevistas passaram a compor um único documento que foi lido e relido objetivando a identificação de unidades contexto que foram organizados em quadros sinópticos. Na trajetória analítica, realizou-se uma leitura aprofundada dos materiais escritos, itinerário que permitiu categorizar, compreender e interpretar. Da análise emergiram as unidades de registros, as categorias e as respectivas subcategorias.

Para garantir o sigilo, os participantes foram identificados por letras e números, sendo que a letra “P” refere-se aos profissionais de saúde e “G” para os gestores, seguidas do numeral sequencial da ordem de participação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo traz como foco central a percepção de profissionais e gestores das equipes da ESF sobre a EPS, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

A amostra foi representada por um total de 118 respondentes (114 profissionais e quatro gestores) representados pelas seguintes profissões: Médico (20), Enfermeiro (26), Auxiliar de Enfermagem (28), Técnicos de Enfermagem (15), Dentistas (15), Auxiliares de Saúde Bucal (12), Farmacêutica (1), Auxiliar de Farmácia (1), sendo que quatro destes eram gestores.

Caracterizando os participantes da pesquisa, tem-se: em relação a idade 44,9% tem mais que 40 anos; 86,4% do sexo feminino; em relação ao grau de escolaridade 35,6% possui especialização. Todos são os profissionais de saúde atuantes a mais de 12 meses na ESF e gestores com tempo de experiência inferior a 24 meses no cargo em questão.

Os participantes possuem percursos distintos e experiências diferenciadas produzindo narrativas, aqui caracterizadas pelos relatos escritos das perguntas abertas e relatos verbais das entrevistas, as quais expressam saberes, desejos e questionamentos. A análise temática das narrativas permitiu identificar 201 unidades de contexto, 254 unidades de registro, das quais emergiram quatro núcleos temáticos: Trabalho em equipe e colaboração; Identidade Profissional; Atenção à Saúde centrada no paciente; e, Processos de formação profissional existentes no Município.

O núcleo temático “Trabalho em equipe e colaboração” expressa a compreensão em relação à Educação Permanente em Saúde na perspectiva do trabalho em equipe e prática colaborativa, às expectativas sobre a criação de um Programa de EPS e à influência da EPS na prática profissional, na perspectiva do trabalho em equipe e prática colaborativa.

Os resultados obtidos neste núcleo remetem a uma percepção positiva dos participantes no que se refere à formação do profissional, sendo necessário para tanto uma rotina nos serviços de saúde com vivências diferenciadas, possibilitando aos profissionais aprenderem uns com os outros, entender a perspectiva dos seus colegas de trabalho, sendo possível a criação de espaços intencionais que possam fornecer subsídios para o aprimoramento e desenvolvimento de competências (habilidades, atitudes, conhecimentos), para que as ações de saúde ocorram de acordo com os princípios da EIP e PC e estejam alinhadas às demandas reais da população, levando em consideração os princípios de saúde do SUS.

Em relação ao núcleo temático da “Identidade Profissional”, foram visualizados aspectos quanto as percepções da identidade profissional nos cenários de prática. Frente às percepções dos profissionais e gestores em relação ao papel profissional, os achados deste núcleo indicam a necessidade de um olhar atento para possíveis ajustes nos processos formativos e processos de trabalho nas Unidades de ESF, direcionado para uma melhor compreensão dos papéis e responsabilidades profissionais.

No núcleo temático “Atenção à Saúde centrada no paciente” pode-se visualizar pelas narrativas a valorização do reconhecimento do paciente como o centro do cuidado. Identifica-se uma percepção positiva dos profissionais e gestores em relação aos atributos que compõe a definição da atenção centrada no paciente e a construção do cuidado em saúde, entretanto, destaca-se a necessidade de um olhar mais atento às problemáticas identificadas, migrando de um olhar verticalizado para um olhar ampliado, permitindo uma visão holística do cuidado na construção de espaços de aprendizagem mais dinâmicos, interativos, colaborativos para a resolução de problemas com enfoque na integralidade do cuidado.

No núcleo temático “Processos de formação profissional existentes no Município” foi possível perceber a situação atual dos processos formativos e dos processos de trabalho, a intencionalidade da criação de um programa de EPS, além de equívocos teórico-conceituais e metodológicos na compreensão de EPS, a partir das experiências vivenciadas nas ações realizadas no município.

No cenário da compreensão da EPS na perspectiva do trabalho em equipe e prática colaborativa, as percepções dos profissionais e gestores quanto a EPS foram expressas, destacando-se a formação em processo contínuo, o empoderamento profissional, a qualidade nas ações de saúde ofertadas.

Dada a intencionalidade deste capítulo, uma análise minuciosa do núcleo temático “Processos de formação profissional existentes no Município” é apresentada com trechos das narrativas dos participantes da pesquisa, discutidos à luz do referencial teórico.

Ao serem convidados a expor as percepções sobre a educação permanente em saúde, os participantes expressam suas opiniões:

[...] atualização de conceitos e conhecimentos de maneira constante, no que compete à dinâmica de que envolve indicadores de saúde da população. Desde o diagnóstico social e econômico e suas influências ao bem-estar da população à abordagem necessária para mudar a dita realidade (P71).

É uma ‘educação continuada’ dos funcionários da saúde com finalidade de buscar a excelência nos serviços de saúde ofertados através de um aprendizado em conjunto. Visando a melhora dos serviços e conseqüentemente a melhora de resultados de saúde da população (P42).

É uma estratégia que visa unir o empoderamento técnico à prática dentro da equipe de trabalho, além disso, promove maior interação entre os profissionais de distintas áreas de atuação (P57).

[...] Educação permanente é uma estratégia para transformar as práticas do trabalho, formando e desenvolvendo os trabalhadores numa integração entre serviço, ensino e comunidade. É uma prática de ensino-aprendizagem (G1).

[...] as ações de educação permanente influenciam a mudanças no processo de trabalho pois estimula os profissionais a serem críticos, a pensar nos problemas do cotidiano e juntos buscarem soluções para resolutividade, com isso acredito que o profissional sofra uma transformação de suas ações, e aumente a resolutividade e qualidade dos serviços de saúde (G4).

Estudos sobre a produção da EPS nas ESF (RAMOS; QUIULO; ANDRADE, 2018; MIYAMOTO, 2014) apontam que para efetivação dos pressupostos da EPS é fundamental a sensibilização e compreensão dos profissionais e gestores quanto à necessidade e relevância das práticas de educação permanente, podendo assim incorporar uma nova perspectiva em relação às práticas de educar em saúde. Além disso, é indispensável a implementação da discussão sobre os processos de formação da área da saúde, em conjunto com a

conscientização dos gestores, quanto ao apoio para que a educação permanente possibilite resultados satisfatórios tanto no âmbito do trabalho em saúde como para a qualidade da atenção à saúde da população.

Estes achados da literatura reforçam o encontrado no presente estudo, visto que foi percebido um *déficit* de conhecimento dos profissionais e gestores, tanto em relação à EPS como em relação à EIP, sendo necessário criar espaços protegidos com a intencionalidade de avançar nas discussões e sensibilização sobre as temáticas.

Além da sensibilização profissional, a EPS inclui o paciente no centro do cuidado. Estudo realizado (HAGHDOOST, 2019) com o objetivo de determinar o nível de conhecimento em saúde entre a população adulta, constatou um nível baixo de apropriação sobre aspectos relacionados à saúde, o que indica a necessidade de um planejamento educacional para otimizar estes níveis de conhecimento.

Acredita-se que a dificuldade de implementação da EPS nas Unidades da ESF no Município de Umuarama-PR, esteja relacionada à falta de conhecimento suficiente sobre a relevância da EPS na abordagem da EIP, na melhoria dos processos de trabalho, no trabalho em equipe e prática colaborativa e, conseqüentemente, na qualidade da assistência ao usuário, o que poderia minimizar as demandas de reclamações e, também, indicar a necessidade de aprimoramento dos processos formativos.

Na categoria que emergiu das narrativas – “Expectativas, facilitadores e dificultadores sobre a criação de um Programa de Educação Permanente em Saúde” – a inclusão contínua, organizada, participação efetiva de todos profissionais, falta de recursos humanos, estruturais, trocas recorrentes de profissionais da gestão e fatores desmotivacionais foram abordados pelos participantes.

Espero que ele (Programa EPS) seja constante e organizado, de forma que possamos identificar o problema e estudar a respeito do assunto, para ampliar o nosso conhecimento a fim de buscar soluções, designar competências para cada membro da equipe de saúde, colocar essas soluções em prática e depois avaliá-las para saber se estamos no caminho certo. Sinto que a educação permanente praticada dessa forma seja vital para o envolvimento dos profissionais na melhoria da qualidade de atenção à saúde (P58).

Espero que este programa promova a reflexão crítica para que chegue em conformidade com que a equipe e a população têm de necessidades existentes (P39).

Orientação para a Secretária de Saúde de como devemos realizar a Educação permanente em saúde e capacitar as equipes para colocar em prática (P56).

[...] Eu vejo que é difícil a aceitação. Esse desafio é difícil, é o fazer algo mais, o trabalhar em conjunto, o promover saúde, a união da equipe, existe locais que é mais fácil [...] mas depende do tipo de servidor (G1).

[...] Sensibilização dos profissionais sobre o que é a EPS, qual sua importância, como ela pode mudar as ações, aumentar a qualidade dos serviços (G4).

[...] um outro desafio é fazer com que as pessoas acreditem e se comprometam neste processo, interesse, comprometimento, desempenho e vontade de fazer dos profissionais (G2).

Segundo Ceccim (2005) a EPS é definida como uma ação pedagógica com enfoque na realidade do cotidiano do trabalho das instituições, levando à autoanálise e à reflexão de processo. Existe progressão na direção da interação entre os profissionais e na construção de espaços coletivos por meio de experiências vivenciadas de novos conhecimentos, podendo gerar mudanças e novas práticas profissionais.

Estudo realizado por D'Ávila *et al.* (2014) mostra que um dos componentes que facilitam a realização da EPS é a estrutura da instituição que deve promover uma ampliação do espaço de interação. Pressupõe-se que além de superar a compreensão sobre o espaço físico, pode-se compreender que o momento dedicado à reunião da equipe é uma oportunidade de integrar o grupo em um espaço temporal.

Slomp, Feuerwerker e Merhy (2015) relatam que a integração e união dos profissionais, com participação dinâmica e ativa de todos os elementos da equipe, proporcionam o ambiente da EPS e valorizam cada membro como um indivíduo com potencial. Além de gerar empoderamento profissional aos participantes, os autores acreditam que esse estado de pertencimento e integração é resultado dos encontros que existem entre os diferentes atores implicados na EPS, pois todos possuem a oportunidade de expor as suas vivências quando essas metodologias ativas são utilizadas em prol da efetivação da educação permanente.

Os estudos realizados por Ricardi (2015) e Cardoso (2012) apontam a falta da participação de algumas profissões em encontro de EPS, mesmo que atuem compondo as equipes das ESF. Um dos problemas encontrados é a adesão, o que se configura como um dificultador na aplicabilidade de programas de educação permanente, pois o profissional não está compartilhando o espaço de construção de saberes com os seus colegas de trabalho, o que

interfere na interação, compromete a integração e a articulação do trabalho em atenção às demandas de saúde da população.

Acredita-se que com a aprendizagem significativa por parte dos trabalhadores de saúde e gestores do Município seja possível a implantação de um programa conforme as expectativas dos profissionais atuantes, suprimindo as necessidades identificadas e agregando qualidade aos serviços ofertados. Também foram relatadas as expectativas em relação às dificuldades visualizadas, necessidades de melhoria, potencialidades e perspectivas em relação ao trabalho em equipe, EIP, e PC, fornecendo subsídios para um diagnóstico situacional no Município, para o planejamento, implementação e avaliação de ações de um programa de formação profissional.

Na categoria “Influência da Educação Permanente em Saúde na prática profissional, na perspectiva do trabalho em equipe e prática colaborativa”, foram citadas a importância da aproximação dos profissionais para o trabalho em equipe, a relevância das diferentes visões dentro de uma equipe para proporcionar um olhar ampliado sobre as demandas de saúde, no sentido de melhorar a qualidade da atenção ao usuário, aumentar a resolutividade das demandas de saúde, proporcionar maior vínculo com os profissionais e usuários, e também, a identificação das necessidades da realidade local, o que subsidiará o planejamento de programas e ações que vão ao encontro das expectativas de profissionais, usuários e comunidade.

Acredito que a educação permanente em saúde pode influenciar positivamente meu trabalho, me capacitando melhor para minha atuação. Acarretando também uma aproximação em um trabalho em equipe, com trocas de saberes, colaborando entre si para melhor resolutividade (P42).

A simbiose da equipe faz com que o trabalho seja realizado com mais detalhes, tendo em vista as visões de cada profissional e suas competências e como resultado, resolutividade dos casos (P87).

Entender que as propostas não podem ser isoladas, vindas de cima para baixo [...] que a realidade local deve ser levada em conta [...] deve haver articulação entre si, envolver todos os segmentos, para que o serviço ganhe qualidade e os usuários fiquem satisfeitos (G1).

[...] Para que todo mundo trabalhe em conjunto (essa é a nossa melhor perspectiva), porque toda equipe trabalhando em conjunto, sabendo qual a função e propósito do outro, é possível atribuir melhor qualidade e integração do grupo, para que isso realmente possa refletir na qualidade da assistência (G2).

Um conceito importante que abrange a perspectiva da EPS é a aprendizagem significativa, que se refere ao conhecimento que é construído a partir das vivências experimentadas, para que possa gerar sentido em suas práticas cotidianas. A EPS sugere a transformação das práticas profissionais, pois está ancorada na reflexão crítica sobre a realidade vivida nos diferentes cenários e na rede dos serviços da saúde. Em seus pressupostos metodológicos, a EPS é uma estratégia transformadora da formação, envolvendo o desenvolvimento profissional, pessoal, social e cultural, possibilitando mudança das práticas profissionais, em que o sujeito é o protagonista ativo do seu processo de aprendizagem (FRANÇA *et al.*, 2017; BRASIL, 2004).

O trabalhar em equipe foi um ponto enfatizado nas narrativas, e teoricamente, o trabalho de cada área profissional é representado como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Na área da saúde o trabalho em equipe necessita do compartilhamento, planejamento e divisão de tarefas, cooperação, colaboração e interação, possibilitando o vínculo de diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (SOUSA; HAMANN, 2009; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Na categoria “Processos de Formação Profissional no Município”, alguns relatos remetem a inexistência de um programa de educação permanente, outros em relação a ações que não atendem aos pressupostos da PNEPS. Em algumas Unidades da ESF observa-se a intencionalidade da criação de um programa de EPS, entretanto, a concepção que permeia estas propostas as vezes estão ancoradas no modelo de educação continuada.

[...] Olha [...] um tempo atrás existia um programa na regional da saúde voltado para realização tanto da educação continuada quanto da educação permanente, mas ela não era tão efetiva [...] em 2016 o programa foi parado pela regional e, posteriormente, foi incluída na agenda das ESF um período para que houvesse essa EPS na própria unidade, para que houvesse um trabalho e para que de fato fosse efetivado a EPS. Atualmente vimos que isso não teve o resultado esperado, e está sendo reavaliado essa forma (G1).

[...] eu não me lembro de ter nenhuma ação, porque nós não temos nenhum programa de educação permanente implantado no Município. O programa implantado a gente não tem, mas pretende-se que tenha em breve [...] (G3).

[...] Foram passados como educação permanente: palestras motivacionais, palestras de agente comunitário, muitas palestras [...] a gente teve um curso que era educação permanente sobre a introdução das plantas medicinais, na outra gestão [...] Nesta gestão foi implantado o grupo de tabagismo, que inclusive as pessoas que foram capacitadas foram preparando os outros profissionais da mesma categoria profissional (G3).

Os relatos sinalizam para um desejo de criar um programa de EPS no Município que seja eficiente e contribua para a transformação dos cenários de prática, entretanto, esta idealização por parte dos gestores requer maior aproximação e aprofundamento teórico-conceitual e metodológico com a proposta da PNEPS, EIP e PC.

Viana *et al.* (2015) também perceberam na fala de entrevistados, um distanciamento da compreensão em relação a EPS. Os participantes do estudo tiveram um conflito conceitual entre educação continuada e educação permanente, mesmo compreendendo suas contribuições para o trabalho em equipe.

Os estudos de Medeiros (2015), Lima, Albuquerque e Wenceslau (2014) apontam dificuldades para implementação e priorização da EPS representados pela gestão que não oferece apoio para que essa educação ganhe espaço institucional, para que ganhe sustentabilidade, ou a gestão não possui conhecimento insuficiente sobre a relevância da EPS nas instituições de saúde.

Segundo Ceccim (2005), existem elementos para providenciar a EPS, sendo a análise da educação dos profissionais de saúde um deles, que se define no processo de mudança de concepção hegemônica e tradicional (biomédica, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (permitindo interação e problematização da prática profissional e dos saberes).

Assim, mostra-se como desafio a mudança de concepção concentradora de conhecimento para a construção de conhecimentos dentro dos serviços de saúde, com trocas de saberes e práticas colaborativas.

Diante dos resultados obtidos e das expectativas dos participantes da pesquisa, foi possível propor e implementar um Programa de EPS na ESF, com abordagem teórico-conceitual e metodológica ancorada na EIP com a criação de espaços de coletividade, aprimorando os processos de trabalho, cuidado humanizado, centralidade do cuidado ao usuário, no sentido de proporcionar uma formação que implemente ações integradas, com transformação nos processos de trabalho e na valorização do trabalho em equipe como uma prática com a atenção centrada na pessoa sob cuidado.

O Produto Educacional originado da pesquisa teve por objetivo promover processos formativos de Educação Permanente em Saúde nas Estratégias Saúde da Família, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano de trabalho, de modo a incentivar a produção de novos sentidos no 'fazer saúde'. Todas as ações propostas estão ancoradas na metodologia da problematização, valorização das experiências prévias e potencialização das aprendizagens compartilhadas e colaborativas.

Seis ações foram propostas, contendo o detalhamento que possibilite a organização do espaço formativo e o desenvolvimento das atividades. Cada ação foi minuciosamente descrita contendo como tópicos: o título da ação; materiais necessários; o arranjo do ambiente onde a formação deverá acontecer; a justificativa para a realização da ação; os objetivos; a metodologia de ensino-aprendizagem selecionada; o passo-a-passo com as instruções para conduzir cada encontro com os profissionais; e, a estratégia de avaliação sugerida.

Como um instrumento de síntese, foi apresentado um modelo de planilha para o planejamento de ações de EPS contendo colunas com palavras-chave que convidam os organizadores a descrever a ação, inserir a necessidade da referida ação, onde a ação será realizada; quando; qual o público alvo; a metodologia a ser utilizada; e, o planejamento de custos. O Quadro 1 apresenta o modelo da planilha.

Quadro 1 – Modelo de planilha para planejamento de ações de Educação Permanente em Saúde (FERNANDES; ROSSIT, 2019)

MODELO DE PLANILHA PARA PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE						
Ações	Por que?	Local	Quando	Público Alvo	Método	Custo
Grupo de aproximação teórico-conceitual com as temáticas	Necessidade de maior aproximação com a PNEPS, EPS, EIP e PC	Sala de Reunião Secretaria de Saúde Unidades de Saúde	Gestores conforme disponibilidade Profissionais Sexta-feira Período vespertino	Gestores e profissionais	Elaboração de Mapa Conceitual	Recursos existentes nos serviços de saúde
Encontro para a devolutiva dos resultados da pesquisa	Entendimento acerca dos resultados da pesquisa, assim como as expectativas dos profissionais e gestores em relação a Educação Permanente em Saúde dos profissionais e trabalhadores do SUS	Sala de Reunião Secretaria de Saúde Unidades de Saúde	A programar de acordo com a disponibilidade dos gestores Sextas-feiras nas ESF Período da tarde	Gestores e profissionais	Exposição dialogada Aprendizagem baseada em problemas	Recursos existentes nos serviços de saúde
Encontro para o levantamento de temas propostos para confecção de um cronograma semestral de EPS	De acordo com a pesquisa, foi apontada a necessidade de continuidade das ações e adequação conforme as diferentes realidades	Unidades de Saúde	Sextas-feiras nas ESF Período da tarde	Profissionais	Brainstorming	Recursos existentes nos serviços de saúde

Fonte: Produto proveniente da dissertação "Percepção de profissionais e gestores das Equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a Educação Permanente, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa" (FERNANDES; ROSSIT, 2019). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produtos_tese/produto_juliana_fernandes.pdf

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento da pesquisa foi possível perceber, a partir da produção científica selecionada para a construção do referencial teórico, que existe a real necessidade de uma formação diferenciada dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho em equipe e a prática colaborativa, além da necessidade de propiciar a sensibilização dos profissionais quanto a relevância da EPS na perspectiva da EIP e PC. Acredita-se que seja possível uma atuação profissional que esteja alinhada às demandas da população local, e que venha ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS.

Na análise da percepção dos profissionais e gestores em relação aos núcleos temáticos, verificou-se a disponibilidade para o trabalho em equipe e colaboração, fortalecimento da identidade profissional e uma ampliação do olhar profissional relacionado à atenção centrada no paciente. Entretanto, existem dados que sinalizam para a necessidade de melhor entendimento em relação as percepções relacionadas ao papel profissional, podendo ser uma demanda para os gestores no planejamento dos processos formativos.

Outros aspectos como a inconsistência teórico-conceitual relacionada a EPS, a inexistência de um programa de EPS no Município, assim como, a expectativa dos profissionais por espaços formativos como oportunidades de aprendizagem significativa, de aprimoramento das práticas e de melhor preparo para o trabalho integrado, mostraram-se com resultados potentes para a criação de uma iniciativa formativa na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

Ressalta-se a relevância social e inclusiva da proposta do Programa de EPS na ESF elaborada com base nos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da EIP como uma ferramenta que poderá viabilizar os planejamentos de ações em cada Unidade de Saúde, respeitando-se as peculiaridades de cada localidade, das demandas emergentes no respectivo território e da possibilidade do trabalho integrado, colaborativo envolvendo profissionais de diferentes profissões, pessoas sob cuidado e seus familiares.

A intencionalidade do trabalho em saúde ancorado nos princípios da EIP poderá contribuir para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, aprimorar a saúde das comunidades e populações, reduzir custos relacionados com a prestação de serviços de saúde e melhorar a experiência de trabalho dos profissionais da saúde. Esses são conhecidos como os 'quatro objetivos' (BRANDT *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

AMORIM, A. C. M. **Educação Permanente na estratégia de saúde da família: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional**. 2013. 100f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_143_%20educacao_%20permanente_estrategia_%20amanda_caroline.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói** (Santa Cruz do Sul), v. 38, p. 97-125, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007

BRANDT, B. *et al.* A coping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. **J. Interprof. Care**. v. 28, n. 5, p. 393–399, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24702046>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, v. 144, n. 162, 20 ago 2007. Seção 1, p.34-38. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1833.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda como Funciona, Equipe Saúde da Família**, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAIPE – CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. **Interprofessional Education Guidelines** 2017. United Kingdom: CAIPE, 2017.

CARDOSO, M. C. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saude Soc.** [online], v. 21, suppl. 1, p. 18-28, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002>.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trab. Educ. Saúde** [online], v. 16, n. 1, p. 99–122, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [online], v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 56, p. 197-198, Mar. 2016 . Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>. Acesso em: 22 fev. 2020.

D’ÁVILA, L. S. *et al.* Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>.

DYESS, A. L. *et al.* Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. **J. Educ. Eval. Health Prof.**, v. 16, n. 33, 2019.

Doi: 10.3352/jeehp.2019.16.33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31710802>.

FERNANDES, J. N. **Percepção de profissionais e gestores das equipes da estratégia saúde da família sobre educação permanente, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.** 110f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_234_juliana_fernandes.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

FERNANDES, J. N.; ROSSIT, A. S. **Programa de educação permanente em saúde para profissionais das estratégias saúde da família.** 31f. Produção Técnica, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produtos_tese/produto_juliana_fernandes.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>.

FRANCO, M. L. **Análise de conteúdo**. 4a ed. Brasília: Liber Livro; 2012.

GILLIGAN, C.; OUTRAM, S.; LEVETT-JONES, T. Recommendations from recent graduates in medicine, nursing and pharmacy on improving interprofessional education in university programs: a qualitative study. **BMC Med. Education**, v. 14, n. 52, p. 1–10, jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636554>.

HAGHDOOST, A. *et al.* Health literacy among Iranian adults: findings from a nationwide population-based survey in 2015. **East Mediterr. Health J.** v. 25, n. 11, p. 828-836, 25 Nov. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31782520>.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. educ. saúde** [online], v.12, n. 2, p. 425-441, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200012>.

MEDEIROS, L. C. M. Educação Permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **Rev. Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 65-74, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7325>.

MELLO, A. L. *et al.* Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. Escola Anna Nery: **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0192>.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, R; GOMES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

MIYAMOTO, G. A. **Núcleo de Educação Permanente em região de municípios de pequeno / médio porte: desafios e potencialidades, SP** / George Akio Miyamoto. São Paulo, 2014. 85p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006. 118 p.

NUTO, S. D. A. S. *et al.* An Evaluation of Health Sciences Students' Readiness for Interprofessional Learning. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online]. v. 41, n. 1, p. 50-57, 2017, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160018>.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**, [Internet]. Genebra: OMS; 2010.

PEDUZZI, M. *et al.* Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v. 49, n. 2, p. 7-15, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>.

RAMOS, W. T. S.; QUIULO, L. D.; ANDRADE, L. D. F. A educação permante no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Braz. J. Health Review**, Curitiba, v. 1, n. 1, jul./sep. 2018. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/556>.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciênc. Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.20812013>.

ROSSIT, R. S.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A. Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Rev. Int. Humanid. Med.**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <https://journals.eagora.org/revMEDICA/article/view/1169>.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, C.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. v. 20, n. 6, p. 1795-1803. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13672014>.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

THANNHAUSER, J.; RUSSELL-MAYHEW, S.; SCOTT, C. Measures of interprofessional education and collaboration. **J. Interprof. Care**, v. 24, n. 4, p. 336-349, July 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/44666010_Measures_of_interprofessional_education_and_collaboration.

VIANA, M. D. *et al.*, A Educação Permanente em Saúde na perspectiva do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470>.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PESQUISAS E INTERVENÇÕES

Andréa Ribeiro da Costa

Universidade Federal do Pará

Universidade Federal de São Paulo

Instituto de Ciências da Saúde – Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde
Santos – SP

Maria Cristina Guimarães Seidel

Universidade Federal de São Paulo

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

São Paulo – SP

Ively Guimarães Abdalla

Universidade Federal de São Paulo

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

São Paulo – SP

Mariella Vargas Degiovani

Universidade Federal de São Paulo

Residência Multiprofissional Hospitalar em Cuidados Intensivos do HU

São Paulo – SP

Cintia Kotomi Tanaka

Hospital Municipal e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha

São Paulo – SP

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Universidade Federal de São Paulo

Santos – SP

RESUMO

O presente capítulo sustenta-se em quatro pesquisas realizadas no período de 2012 a 2019: Experiência de Integração Ensino e Serviço: um estudo do PET Saúde a partir da ótica do profissional de saúde; Administração Pública nas Instituições Federais de Ensino Superior: conhecimento dos gestores da Administração Central; A Residência Multiprofissional no Hospital São Paulo (HU – UNIFESP): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional; e, Trabalho em equipe na Residência Multiprofissional: a perspectiva de preceptores do cuidado perinatal. Todas as pesquisas abrangeram processos de Educação Permanente junto a preceptores do Programa PET Saúde, aos gestores administrativos de uma universidade pública frente ao processo de expansão e aos residentes e preceptores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. A partir dos diferentes dados produzidos e das análises empreendidas, foi possível delinear duas modalidades de produtos: relatórios técnicos e criação de espaços colaborativos, interprofissionais e compartilhados de práticas e saberes.

Palavra-chave: educação permanente em saúde; SUS; aprendizagem de adultos

I INTRODUÇÃO

O presente capítulo sustenta-se em quatro pesquisas realizadas no período de 2012 a 2019: *Experiência de Integração Ensino e Serviço: um estudo do PET Saúde a partir da ótica do profissional de saúde* (COSTA, 2012); *Administração Pública nas Instituições Federais de Ensino Superior: conhecimento dos gestores da Administração Central* (SEIDEL, 2015); *A Residência Multiprofissional no Hospital São Paulo (HU – UNIFESP): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional* (DEGIOVANI, 2017); e, *Trabalho em equipe na Residência Multiprofissional: a perspectiva de preceptores do cuidado perinatal* (TANAKA, 2019).

Todas as pesquisas abrangeram processos de Educação Permanente junto a preceptores do Programa PET Saúde, aos gestores administrativos de uma universidade pública frente ao processo de expansão e aos residentes e preceptores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Dessa forma, é no intercruzamento de práticas de educação permanente e do trabalho em equipe que as quatro pesquisas, a partir das quais se origina o presente texto, se nutrem e se encontram. Como Miccas e Batista (2014, p. 182) já enfatizaram:

é possível inferir que a articulação educação e saúde encontra-se pautada tanto nas ações dos serviços de saúde tanto nas Ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras. Para atingir as metas propostas pelos documentos da OPAS/OMS e Ministério da Saúde, é necessário realizar propostas de EPS com profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino a fim de que sejam incorporadas novas mudanças na estrutura do trabalho e do ensino.

Nesse esteio, o objetivo deste capítulo é estabelecer um diálogo entre as quatro pesquisas, colocando em perspectiva a Educação Permanente em Saúde (EPS), o trabalho em equipe, as demandas formativas de profissionais, estudantes e usuários. O núcleo do movimento dialógico centrou-se nos *produtos elaborados*, buscando contribuir para a transformação de práticas na educação permanente em saúde.

A EPS emerge da necessidade de se construir novas atitudes e modos para ler, pensar e interpretar, pois sofremos contínuas mudanças no contexto social, político e acadêmico. A EPS permite uma atualização das práticas no nosso cotidiano, seguindo novos conceitos, novas descobertas e novos desafios.

A Portaria 198/2004 GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, apresenta a

Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004, p. 08).

A referida Portaria discorre, também, sobre a proposta da EPS e demandas para a formação que:

[...] não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e *tecnologias estabelecidas* (BRASIL, 2004, p. 08).

Essa política afirma que: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases loco-regionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘co-operação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersectorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a “educação permanente em saúde” deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005a; CECCIM, 2005b)

A EPS implica assumir uma nova concepção crítica e reflexiva, diante das rápidas mudanças que ocorrem no contexto educacional, devem-se solucionar os problemas diante das novas concepções pedagógicas, contextualizar os problemas. Favorecer que propostas inovadoras criem desafios para constituir experiências de aprendizagem que envolvam as pessoas para criar uma rede na compreensão e construção do conhecimento na perspectiva da transformação dos processos de trabalho.

A EPS possui como princípio pedagógico o processo educativo crítico/reflexivo/criador/libertador, que coloca em análise o cotidiano do trabalho, ou da formação em saúde, visto que a proposta combate o modelo hegemônico de saúde, pois estrutura-se a partir de relações concretas entre os sujeitos envolvidos, que operam realidades e possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação das ações produzidas no cotidiano do trabalho (FEUEWERKER, 2007).

A concepção de trabalho em saúde envolve as relações entre o objeto de intervenção, os seus instrumentos e atividades, bem como o processo de divisão de trabalho. Nessa divisão técnica, o fracionamento de um mesmo processo de trabalho e os aspectos de complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados compõem o contexto multifacetado do trabalho em saúde.

E no âmbito da concepção crítica da EPS insere-se a perspectiva de que as ambiências de aprendizagem nos cotidianos do trabalho tenham na equipe um estruturante nuclear. Nas especificidades do trabalho em equipe no campo da saúde devem ser consideradas: a complexidade dos objetos de intervenção, a intersubjetividade, visto que o trabalho sempre ocorre no encontro profissional-usuário, e a interdisciplinaridade, características estas que requerem a assistência e o cuidado em saúde organizado na lógica do ‘trabalho em equipe’ em substituição à atuação profissional isolada e independente (PEDUZZI, 2008, p. 423).

A reflexão sobre o trabalho colaborativo em saúde, a partir da equipe multiprofissional, avança em direção ao trabalho do “time” (*teamwork*) versus trabalho do grupo por coexistência e coabitação. Nas organizações de saúde, o processo de trabalho e a necessidade de políticas de recursos humanos refletem o quanto é complexo buscar melhorias e propor mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde (PEDUZZI *et al.*, 1999; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000; PEDUZZI, 2001; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2000).

Em um enfoque contemporâneo, são enfatizadas as práticas colaborativas no trabalho em equipe. De acordo com o Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática colaborativa da OMS (2010), a prática colaborativa consiste na atenção à saúde, mediante o envolvimento dos pacientes e de suas famílias, dos cuidadores e das comunidades para a realização, em todos os níveis da rede de serviços, de um cuidado da mais alta qualidade. Essa prática inclui o trabalho clínico e o não clínico relacionados à saúde, ou seja, o diagnóstico, o tratamento, a vigilância, a comunicação em saúde, a administração e a engenharia sanitária.

Essa plasticidade dialoga, fortemente, com a perspectiva interdisciplinar. Para Fazenda (2009, p. 79), “a interdisciplinaridade supõe trocas intersubjetivas e uma nova forma de pensar, de fazer os atos de ensinar e de aprender”. A prática interdisciplinar é uma construção, na qual se tem a oportunidade de aprender e de construir saberes.

Luz (2009) elucida as diferenciações entre a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade a partir da noção de campo de Bourdieu (1989), em que a complexidade do campo permite a multiplicidade e a coexistência dos saberes e das práticas na saúde coletiva. O modelo multi, pluri ou poldisciplinar da Saúde Pública clássica, originário do século XIX, baseia-se nos saberes específicos, com objetos de pesquisa e de intervenção especializados. Na perspectiva da autora, o paradigma multidisciplinar opõe-se ao paradigma monodisciplinar que remete à lógica de redução do campo específico (LUZ, 2009).

II CONHECENDO AS PESQUISAS

2.1 Experiência de integração ensino e serviço: um estudo do pet saúde a partir da ótica do profissional de saúde¹

Essa investigação (COSTA, 2012) teve como objetivo geral analisar, na perspectiva da integração ensino-serviço, a experiência PET Saúde da Família desenvolvida no âmbito da parceria Universidade Federal do Pará (UFPA) e o município de Ananindeua – Pará, a partir da ótica do profissional atuante como preceptor. No âmbito do referencial teórico, abordou-se a constituição do SUS, a integração ensino e serviço e as políticas indutoras relativas a esta integração, destacando os pressupostos do Pró-Saúde e do PET Saúde.

O estudo² foi conduzido segundo abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semi-estruturadas envolvendo 11 preceptores do PET Saúde da Família da UFPA/Ananindeua-Pará. O roteiro da entrevista contemplou a caracterização dos entrevistados, olhares do profissional de saúde e a experiência no PET Saúde da Universidade Federal do Pará, no município de Ananindeua.

A análise consistiu em compreender os dados, responder às questões formuladas e possibilitar a compreensão delimitada da temática da pesquisa. Para tanto, foi utilizada, conforme a recomendação de Minayo (2007), a transcrição dos discursos dos sujeitos da pesquisa, releitura do material e organização dos relatos. A sistematização dessa análise possibilitou chegar à etapa final, tecendo algumas conclusões que forneçam subsídios para a elaboração de uma proposta que favoreça a integração ensino e serviço no município em questão, partindo da concepção dos profissionais de saúde em consonância com os pressupostos interministeriais.

Os preceptores participantes deste estudo, todos enfermeiros, caracterizam-se por serem, em sua grande maioria, mulheres (dez), entre 30 e 40 anos, havendo dois preceptores na faixa

¹ Costa (2012). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_247_andrea_costa.pdf.

² A pesquisa foi submetida e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, datada de 16 de julho de 2012, com parecer favorável de nº 5667, e da Universidade Federal do Pará, com parecer favorável de nº 88.651, datado de 31 de agosto de 2012.

etária de 50 a 60 anos. Quando indagados sobre curso de pós-graduação, nove sujeitos afirmaram ter cursado e concluído a pós-graduação *lato sensu*; somente dois não cursaram ou não possuíam essa modalidade de pós-graduação. Nenhum dos entrevistados apresentou pós-graduação *stricto sensu*. Quanto ao tempo de atuação na área profissional, nove atuavam profissionalmente na área da Enfermagem entre cinco a dez anos e dois atuavam há dez anos ou mais. Destaca-se ainda que dez preceptores atuavam na preceptoria do PET Saúde da UFPA, no município de Ananindeua-Pará, há mais de dois anos.

No que se refere às *concepções do preceptor quanto à integração ensino e serviço* foram apreendidas as categorias: ensino e aprendizagem; preparo para atuação na profissão e no Sistema Único de Saúde; favorecedora da formação humanizada; fomentadora da pesquisa científica e integradora da Universidade, preceptor, alunos, equipe e a comunidade. Na *caracterização da experiência PET Saúde* apreendeu-se: concepção de preceptoria como um elo entre o serviço e a Universidade na formação do aluno; o processo seletivo condicionou-se à experiência do preceptor e sua disponibilidade para o PET; as atividades desenvolvidas abrangeram a promoção e prevenção em saúde da população e pesquisas científicas nessa área; e, avaliação do aluno por meio de instrumento elaborado pela coordenação do PET. O campo das *dificuldades* compreendeu: restrita disponibilidade do aluno e do preceptor para as atividades do PET; falta de perfil do aluno para o proposto; infraestrutura das unidades; insumos insuficientes para as ações educativas; apoio para outras ações por parte da Universidade e gestão municipal; e, dificuldade de habilidade do desenvolvimento de pesquisas científicas por parte do preceptor e aluno. As *contribuições* ao serviço incluem a educação permanente, inovações nas atividades e fomentação das ações de promoção e prevenção em saúde e adesão da comunidade a elas.

Apreender as concepções, identificar fortalezas, nós críticos e sugestões do profissional que acompanha a inserção do aluno no serviço, torna-se primordial a construção de parcerias e estabelecimentos de estratégias que favoreçam aprimoramento no delinear das políticas indutoras na formação em saúde. Compreendendo que as transformações pretendidas apresentam diversos fatores e participantes que precisam ser conhecidos para que em ações conjuntas se estabeleça o caminho para alcançar os pressupostos pretendidos: o aprendizado por meio do trabalho coadunados com o perfil esperado de um profissional formado para atender as demandas da população assistida no cenário de saúde do sistema brasileiro.

2.2 Administração pública nas instituições federais de ensino superior: conhecimento dos gestores da administração central³

O objetivo desta pesquisa⁴ foi analisar o conhecimento dos gestores administrativos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sobre os processos de administração pública no âmbito da vida acadêmica, buscando especificamente: mapear o perfil dos gestores administrativos da UNIFESP; dimensionar as competências que estes gestores administrativos necessitam para exercer a função de maneira eficiente, na perspectiva dos sujeitos de pesquisa; mapear o conhecimento dos gestores em relação às políticas públicas e à legislação, relativo à administração da UNIFESP; identificar as necessidades e demandas dos gestores administrativos para se atualizarem no sentido de desenvolvimento do trabalho de qualidade e analisar as sugestões dos gestores administrativos para o desenvolvimento de atividades de formação, com vista ao aprimoramento de suas funções.

No escopo do referencial teórico, foram abordados os campos conceituais no que concerne à Administração Pública e Gestão no Ensino Superior, à Educação Permanente como pilar na Administração e Gestão e Competências do Gestor Público.

A metodologia compreendeu a opção pela pesquisa com abordagem quali e quantitativa como referência básica da metodologia a ser empregada no intuito de fertilizar a compreensão do objeto de estudo deste trabalho, uma vez que se optou por pesquisar o conhecimento dos gestores administrativos da UNIFESP sobre os processos de administração pública no âmbito da vida acadêmica. A produção de dados foi realizada por meio de instrumento composto em duas partes: a primeira parte constou de formulário de caracterização dos sujeitos e a segunda parte da escala atitudinal do tipo Likert.

Na aplicação final do instrumento de Escala Likert a população do estudo foi formada por 17 gestores da administração da universidade, sendo que 14 deles são gestores da administração central da UNIFESP e três são diretores administrativos dos *campi* da universidade. O software *Statística*[®] foi utilizado para a análise descritiva, tabelas de frequência das respostas das assertivas avaliadas e os demais cruzamentos de dados necessários na análise.

Com relação ao núcleo que pesquisou sobre as *Competências profissionais necessárias para exercer a função de gestor administrativo (saber fazer)*, observou-se que os sujeitos percebem a necessidade do seu saber fazer e/ou do seu conhecimento para o exercício de sua prática e se configuram como os principais agentes na condução das transformações do

³ Seidel (2015). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_162_maria_cristina.pdf.

⁴ Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Unifesp, Parecer: 610.534, o qual foi aprovado em 09/04/2014.

processo de trabalho. Também percebem a existência de uma nova concepção de gestor para lidar com as mudanças no mundo do trabalho. Porém, a maioria deles não se percebe com autonomia na sua prática profissional, o que talvez possa nos fazer pensar que a existência de uma hierarquia bastante rígida e uma gestão centralizadora nas universidades seja o fator determinante para que isto ocorra.

Quanto ao *papel determinante da instituição no desenvolvimento do gestor na administração*, a percepção dos sujeitos sobre existência de política de treinamento e desenvolvimento de pessoal mostra-se tendendo a não concordância sobre este aspecto, pois os resultados apontam para a inexistência desta política, da falta de indicadores de qualidade para avaliação dos servidores e da contribuição da instituição para o desenvolvimento das competências necessárias no desenvolvimento da função.

No aspecto do *conhecimento sobre as práticas* podemos afirmar que a maioria dos sujeitos concorda com as afirmações deste núcleo do trabalho. Porém, há uma discrepância nos dados sobre a existência de troca de experiências e conhecimentos entre os gestores da instituição pesquisada, pois aproximadamente 50% dos pesquisados concordam com a ocorrência deste aspecto e quase 50% discordam disto, o que nos leva a levantar a hipótese de que essa afirmativa na escala Likert foi mal elaborada, não houve compreensão dos sujeitos com o que se esperava e/ou interferência da variável anos de experiência versus conhecimento da prática.

Com relação à percepção da necessidade da *Educação Permanente para o gestor administrativo se atualizar continuamente para aprimoramento do Trabalho*, a maioria concorda sobre a necessidade da criação e desenvolvimento de programas de capacitação que propiciem um melhor desempenho do gestor administrativo. Os sujeitos percebem que a educação permanente contribui para os processos de comunicação interpessoal e intergrupar. Assim, podemos concluir que a educação permanente é um fator primordial para a transformação das práticas profissionais.

Os dados da pesquisa sinalizaram para: a importância de processos de educação permanente para gestores de instituições públicas; a elaboração de indicadores de avaliação da qualidade do trabalho desenvolvido; indicaram a necessidade de movimentos; e, processos que valorizem os saberes da prática e as experiências dos mesmos.

2.3 A Residência Multiprofissional No Hospital São Paulo (HU – UNIFESP): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional⁵

O objetivo da investigação foi analisar a percepção dos residentes multiprofissionais em saúde em relação às motivações e vivências no âmbito dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde desenvolvidas no Hospital São Paulo (HSP)/UNIFESP, assim como mapear suas motivações, apreender as concepções dos residentes sobre trabalho em equipe, discutir as dificuldades que os residentes identificam para o trabalho em equipe multiprofissional e mapear as contribuições da Residência Multiprofissional para o trabalho em equipe.

As residências multiprofissionais em saúde (RMS) no Brasil surgiram como uma das estratégias utilizadas para fomentar o processo de aprendizado em serviço, visando a consolidação das propostas do SUS. Enquanto tal, as RMS se inseriram em diversos cenários, desde o hospitalar até o nível de atenção básica, quando de sua implementação na Estratégia de Saúde da Família. Contudo, apesar de seu grande alcance, ainda são restritas às iniciativas que buscaram compreender, conhecer e avaliar tais residências e seu impacto na formação dos profissionais de saúde.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória – estudo de caso. A utilização do método qualitativo se justifica tendo em vista que o presente estudo se propõe a mapear crenças, percepções, representações e suas mudanças a partir de vivências e experiências. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação quando o objetivo é compreender, explorar, analisar, descrever acontecimentos ou fenômenos principalmente na investigação em educação, permitindo avaliar os processos e resultados de propostas pedagógicas e administrativas relacionadas a situações complexas, dando conta de uma observação detalhada de todo o contexto (MINAYO, 2010).

O cenário do presente estudo foi constituído pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidos no Hospital São Paulo HU-UNIFESP, que configuram o campo de formação de residentes multiprofissionais em saúde do primeiro e do segundo ano. No período de produção de dados, os Programas de RMS do Hospital São Paulo abrangiam 400 residentes.

⁵ Degiovani (2017). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_210_mariella_vargas.pdf.

Todos os residentes⁶ foram convidados para esta pesquisa e, a partir do critério de saturação de dados, delimitou-se como sujeitos 17 residentes regularmente matriculados, integrantes do Programa de RMS do 1º e do 2º ano e com diferentes formações em área de saúde.

Os depoimentos coletados nas entrevistas foram tratados e analisados segundo a metodologia da análise de conteúdo, cujo objetivo é compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações por meio da descrição, análise e interpretação das formas de discurso.

Optamos por analisar os dados utilizando uma das técnicas de Análise de Conteúdo, denominada Análise Temática, com o objetivo de atingir os significados manifestos e latentes. Segundo Minayo (2013), essa abordagem metodológica possibilita que os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso sejam caracterizados pela presença de determinados temas.

A prática multiprofissional exercida na RMS contribui, na ótica dos residentes, para a superação da fragmentação dos cuidados e dos esquemas tradicionais. Também foi vista como uma alternativa para preparar melhor os profissionais de saúde para atuarem no SUS, como forma de articulação entre os profissionais e inclusão das diferentes disciplinas e categorias profissionais.

É possível observar que o trabalho em equipe foi fomentado durante o curso, sendo percebido e vivenciado pelos residentes. No entanto, observa-se, também, percepções de dificuldades, visto que a própria resistência ao trabalho em equipe está relacionada ao trabalho fragmentado de cada profissional, característica, também, do próprio processo de formação vivenciado. Mesmo na contemporaneidade, alguns profissionais não conseguem compreender a proposta do trabalho em equipe como forma de compartilhar o próprio conhecimento com o dos demais profissionais para então definir e propor coletivamente as melhores estratégias de atuação, visando a melhor qualidade de atendimento à população.

A vivência no programa de residência, na ótica dos residentes, representa uma mudança de paradigmas e tem potência para a construção de uma rede de cuidado na perspectiva da integralidade, levando em consideração as necessidades sociais, conhecer melhor o processo saúde-doececer, as particularidades regionais e as diferenças entre os locais onde se exerce.

⁶ Tanaka (2019). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_246_cintia_tanaka.pdf.

2.4 Trabalho em equipe na Residência Multiprofissional: a perspectiva de preceptores do cuidado perinatal⁶

A pesquisa teve o objetivo de apreender a visão dos preceptores, no que se refere ao trabalho em equipe, às dificuldades encontradas, às potencialidades desse tipo de trabalho e às sugestões para a sua formação na Residência Multiprofissional e no cuidado perinatal.

A metodologia ancorou-se na abordagem qualitativa, exploratória e utilizou-se de questionários e de grupos focais com 31 preceptores⁷, dentre os quais dez acumulavam o cargo de gestores de área profissional. Os questionários colheram dados para caracterizar os participantes. Os grupos focais abordaram os temas preceptoria, Residência Multiprofissional e trabalho em equipe. Os dados obtidos nos grupos focais foram interpretados, conforme a análise de conteúdo na modalidade temática de acordo com Bardin (2016), Minayo (2013) e Franco (2005).

Os núcleos direcionadores da análise foram três: a inserção do preceptor na Residência Multiprofissional: a sua motivação, a gratificação e o reconhecimento para exercer a preceptoria; o contato com o Projeto Político Pedagógico (PPP), a identificação dos objetivos de aprendizagem no cenário de prática, o desenvolvimento desses objetivos, as preocupações e os cuidados com a formação do residente e perfil do egresso; e, o trabalho de equipe na Unidade Neonatal e na Residência Multiprofissional.

Ao mapear a trajetória dos preceptores, foram identificadas as circunstâncias que levaram, a maioria deles, a se envolver, compulsoriamente, com o ensino em serviço, bem como um desejo e interesse pessoal pelo ensino e pela assistência de qualidade. As principais motivações, relatadas para continuar exercendo a preceptoria, foram: constatar que o residente se encontrava com condições de entrar no mercado de trabalho e o resultado do ensino em serviço centrado no aprendizado do residente.

O contato com o residente propiciou a reflexão das equipes quanto às suas dinâmicas de trabalho, haja vista a adaptação à entrada desse novo ator na equipe, com as suas indagações e críticas ao trabalho estabelecido. Essa mobilização, em alguns casos, provocou uma aproximação positiva com a instituição de ensino superior (IES) parceira, por meio de um maior envolvimento com os docentes da universidade e com o processo de busca por aprofundamento científico, a fim de aprimorar os processos de trabalho, bem como de orientar as pesquisas (Trabalho de Conclusão da Residência).

⁷ A pesquisa foi realizada com as anuências da Presidência da Comissão da Residência Multiprofissional em Neonatologia, da Diretoria de Departamento Técnico do hospital e maternidade-escola e com a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Unifesp e da instituição coparticipante, CAAE no. 85492318.3.0000.5505 e 85492318.3.3001.5454, pareceres nos. 2.580.943 e 2.653.645, respectivamente.

Uma parte dos preceptores foi acolhida sem ter uma experiência prévia em Neonatologia. Para alguns, essa era considerada uma situação desconfortável, uma vez que se sentiam sem condições de promover um ensino mais aprofundado, referido como “orientação básica”. Para outros, tornou-se gratificante poder retribuir o acolhimento recebido ao iniciar no hospital. Todos os participantes apontaram como importantes e necessárias a formação tanto em Neonatologia como no ensino.

Por ser um programa de Residência Multiprofissional, a preocupação em ser/atuar interdisciplinarmente surgiu a partir do reconhecimento da necessidade de se organizar em equipes de trabalho com uma dinâmica fragmentada. Diante da chegada dos residentes, houve diversas tentativas de produzir um cuidado com a interdisciplinaridade. Foram elencados vários projetos de trabalho em equipe, mediante a participação de profissionais de áreas diversas e alguns idealizados com a participação dos residentes. A discussão de casos em equipe é uma ação que tem sido articulada, a fim de se pensar o caso com a integralidade e se traçarem propostas terapêuticas singulares com a participação de toda a equipe. O principal desafio mencionado é a integração do médico nessas discussões.

Dentre as dificuldades, os participantes da pesquisa sinalizaram: a ausência de reconhecimento formal da instituição, visto que não existe o *feedback* dos gestores do hospital em a troca com os docentes da IES parceira; a não participação na elaboração do PPP e do planejamento da implantação da RMS; o fato de alguns preceptores se enxergarem como uma referência para o residente no cenário de prática, sem a articulação com o planejamento pedagógico e com os objetivos de aprendizagem; a falta de condições, de espaços e materiais, para realizar as atividades em grupos com os residentes; e, uma valorização maior da atividade docente da preceptoria, com investimento em formação para o ensino.

Um dos desafios elencados foi a implementação da educação interprofissional no programa de Residência Multiprofissional, uma vez que o “aprender junto” depende de estar junto na assistência, uma prática ainda pouco estabelecida na rotina dos preceptores do cuidado perinatal. Outrossim, os participantes indicaram que, para uma melhor comunicação em equipe, a informação precisa circular mais e o debate precisa ser ampliado para os preceptores poderem acompanhar e contribuir nas discussões das questões da RMS. Ademais, torna-se necessária uma cultura institucional do trabalho em equipe integrado que propicie os espaços à discussão e à reflexão dos processos de trabalho.

Como sugestão levantada, surgiu a construção de um projeto conjunto que pudesse abranger os cuidados paliativos; a criação de espaços para interlocução do preceptor com o residente, com a finalidade de acompanhar o seu processo de aprendizagem; as visitas à beira do leito; uma aproximação maior com a IES parceira, a fim de alinhar os eixos específicos e as

necessidades de aprendizagem relativas ao cenário de prática; um investimento maior na formação do preceptor tanto no ensino como na área de concentração Neonatologia; e, o acolhimento dos residentes para aproximação com os preceptores de todas as equipes.

Por intermédio da análise das dificuldades, dos desafios e das sugestões, conclui-se que existem questões que se situam em diferentes dimensões, tais como: a macro, na qual se incluem as políticas institucionais e o lugar da Residência Multiprofissional, abrangendo tanto o hospital como a universidade parceira; a meso, da qual fazem parte a infraestrutura e a reorganização dos processos de trabalho na área da saúde, incorporando o residente multiprofissional como sujeito ativo e em formação, assim como instituindo espaços de Educação Permanente para os preceptores; e, a micro, a qual compreende as relações entre as equipes, entre os preceptores, os residentes e entre estes atores e os usuários.

III PRODUTOS E INTERVENÇÕES: CONTRIBUIÇÕES PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS

3.1 Pensando e fazendo o Pet Saúde/Saúde da Família UFPA – município de Ananindeua

Na perspectiva de contribuir para um olhar ampliado sobre o lugar e atuação do preceptor no PET Saúde, partindo dos achados e análises da pesquisa realizada (COSTA, 2012), apresenta-se a o projeto “Pensando e fazendo o PET Saúde UFPA” para preceptores atuantes no referido contexto.

Com o objetivo de criar espaços de formação pedagógica para preceptores atuantes no PET Saúde, especialmente aos vinculados ao PET Saúde – UFPA, – Município de Ananindeua-Pará, projeta-se envolver preceptores atuantes no PET Saúde – UFPA.

Foi desenvolvido um planejamento colaborativo da experiência de formação, delineando conteúdos, estratégias de ensino-aprendizagem, período e formato do grupo. O período contemplado de duração do curso será definido após o estabelecimento do conteúdo, de forma que o mesmo será fosse incorporado, em concordância com a gestão municipal, nos momentos reservados pelos pólos sanitários às capacitações dos profissionais.

Neste contexto, projetou-se uma experiência formativa que compreendeu um curso de extensão universitária, com encontros presenciais e momentos de discussão em ambiente virtual, sendo desenvolvido no decorrer da preceptoria (abrangendo desde a preparação inicial do preceptor, sua inserção no cotidiano da preceptoria e o movimento de avaliação da prática).

Esta modalidade de trabalho ancora-se em uma compreensão de formação pedagógica que extrapola a mera descrição de técnicas de ensino-aprendizagem, buscando mobilizar os sujeitos aprendentes como protagonistas de suas práticas e saberes sobre suas práticas

(BATISTA, 2005). As atividades planejadas para serem desenvolvidas junto aos preceptores contemplou estudos de casos, rodas de conversa, oficinas, fóruns virtuais de discussão e mostra de experiências.

A avaliação foi prevista abrangendo instrumentos de avaliação, sendo realizados fóruns que visem à reflexão acerca do andamento do projeto e, bem como proporcionando o aprimoramento das atividades ao longo do seu desenvolvimento. Foi incluída nesse contexto a autoavaliação, tanto por parte dos preceptores como dos participantes colaboradores do Projeto.

3.2 Administração pública nas instituições federais de ensino superior: conhecimento dos gestores da administração central⁸

As novas condições sociais configuradas a partir das diferentes dimensões da vida política, econômica e cultural, redesenham, a partir da globalização e dos avanços tecnológicos, outros processos de formação e qualificação profissional, pressionando as IES a se remodelarem continuamente (ZABOT; SILVA, 2002; ROCHA, 2003).

As Instituições universitárias possuem como características: ambiguidade de objetivos; pressão política com os interesses dos grupos ultrapassando muitas vezes os limites da autoridade formal; participação temporária da comunidade universitária nas decisões; mudança frequente dos gestores (BALDRIDGE *et al.*, 1983; MINTZBERG, 1995; ETZIONI, 1989; HARDY; FACHIN, 1996; SOUZA, 2008; ESTRADA, 2000; BUNDT, 2000; MEYER JUNIOR, 1988).

No Brasil, a partir dos anos 1990, a busca por maior eficiência da Administração Pública é um dos temas emergentes, pois a nova configuração mundial preconiza o Estado mínimo. Isto ocorre também em nosso país, que adota uma política de transferir grande parte da prestação de serviços públicos para a iniciativa privada com o argumento que desta maneira o serviço seria mais eficiente.

Em nosso país, o empenho em modernizar sua administração pública para garantir uma prestação de serviços adequada à sociedade é permanente. Para isso, várias políticas públicas setoriais foram instituídas em áreas estratégicas para o desenvolvimento sustentável, como proteção social e saúde. O Estado investe em um serviço público cada vez mais profissional, com pessoas mais qualificadas e capacitadas, e, também, na construção constante de canais de diálogo com a sociedade, no aperfeiçoamento dos arranjos institucionais e do marco legal e em programas de melhoria da qualidade do gasto público.

⁸ Seidel (2015). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_162_maria_cristina.pdf.

Nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), definir como o sucesso pode ser alcançado é uma tarefa muito complexa, pois existem muitos fatores a serem avaliados e muitas competências são necessárias para essa avaliação. Competências administrativas e acadêmicas precisam ser integradas e direcionadas para o atendimento das demandas atuais da sociedade. Com a criação dos órgãos controladores do governo federal, as universidades federais vivendo com as mudanças repentinas através do crescimento institucional expansão nas IFES e se adaptando as novas políticas públicas, tivemos falta de tempo para nos adequar.

O presente relatório técnico apresentou os resultados de pesquisa realizada no Programa de Mestrado “Ensino em Ciências da Saúde” – modalidade Profissional, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da UNIFESP sobre esta temática.

Os achados desta pesquisa permitem afirmar que o avanço tecnológico e a globalização da educação e da informação têm trazido novas configurações às IFES. A sociedade está se adaptando a isto e cobra destas instituições novas atitudes, novos modelos de gestão e planejamento. Competências administrativas e acadêmicas precisam ser integradas e direcionadas para o atendimento destas demandas, especificamente do mercado de trabalho. Espera-se que dentro da instituição seja desenvolvida uma estrutura na qual cada setor disponha de responsáveis com formação em gestão, os quais devem ter conhecimentos e habilidades adequados para que as tecnologias disponíveis sejam utilizadas adequadamente nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Para uma boa gestão das IFES é necessária formação de lideranças que possibilitem que a mesma desempenhe o seu compromisso social. Assim, um corpo administrativo preparado e comprometido com esse processo é essencial.

Neste sentido, após a análise dos resultados encontrados, recomenda-se que:

1. Os saberes e o conhecimento dos gestores administrativos sejam valorizados na condução das políticas institucionais;
2. A instituição desenvolva uma política de treinamento e desenvolvimento de pessoal;
3. Seja realizado periodicamente um Fórum sobre Gestão Pública para a troca de experiências dos Gestores;
4. Sejam desenvolvidas políticas institucionais para elaboração de programas de capacitação dos gestores administrativos;
5. Criem-se, na instituição, indicadores de avaliação de qualidade para desenvolvimento de processos de avaliação do profissional da administração.

3.3 Grupo Interprofissional de reflexão sobre as práticas na RMS (GIRREMUS)⁹

O produto em tela tem como proposta promover a ampliação de sentidos e significados da prática docente por meio de reflexões de um grupo de residentes, preceptores e tutores envolvidos em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Essa ampliação pode acontecer por meio de processos de reflexão a partir da intervenção de mediador(es) a fim de promover, pela interação com os pares, significados e sentidos da prática docente, tornando-os mais claros, mais conscientes. O termo “ampliação”, nesse caso, está relacionado à expansão, à passagem por diferentes momentos de reflexão que fazem com que as concepções sobre prática docente se tornem mais elaboradas na relação com o outro.

A proposta desse grupo de reflexão exige do tutor e do preceptor uma abertura e responsabilidade que, ao refletir e compartilhar, constroem e aperfeiçoam a base epistemológica que dá suporte às suas práticas. Libaneo (2002, p.56) coloca a reflexividade enquanto autoanálise, “capacidade racional de indivíduos e grupos humanos de pensar sobre si próprios”. A figura do mediador sugere alguém que possa conduzir o grupo a fim de permitir que a análise e a reflexão sobre a prática constituam o elo condutor das reuniões que devem propiciar o contato de professores de diferentes áreas de conhecimento para que, em conjunto, possam aperfeiçoar o exercício profissional. A figura do grupo traz novas ideias, novos olhares e possibilidades de ouvir, falar, trocar e aprender.

Com o objetivo de refletir de forma compartilhada sobre as potencialidades e fragilidades das práticas formativas desenvolvidas em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, o Grupo de Reflexão (GIRReMuS) propõe a participação de tutores, preceptores e residentes de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, buscando configurar encontros que sejam promotores da troca de experiências e saberes sobre as práticas formativas desenvolvidas no âmbito da RMS.

No âmbito dos *conteúdos*, o GIRReMuS parte das situações vividas no cotidiano dos Programas da RMS e no planejamento participativo dos temas que serão objeto de reflexão coletiva. O GIRReMuS sugere encontros mensais, de duas horas de duração, mobilizando dinâmicas e estratégias que privilegiam a reflexão compartilhada: narrativas, rodas de conversa, estudo de situações dilemáticas e incidentes críticos, discussão de texto, filmes e outros materiais que sejam de interesse do grupo.

A coordenação do GIRReMuS, por meio da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), chama tutores, preceptores e residentes que tenham interesse na participação em

⁹ Degiovani (2017). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_210_mariella_vargas.pdf.

um grupo de reflexão. Durante todo o processo, serão empreendidas práticas avaliativas a partir da elaboração de portfólio do grupo.

3.4 Residência Multiprofissional em Saúde: de diretrizes a espaços de formação¹⁰

A estratégia Oficina **Experiências, saberes e mapas** encontra-se em consonância com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, visto que apresenta em seus pressupostos metodológicos a utilização de aprendizagem significativa, a problematização, a educação interprofissional e a reflexão sobre o processo de trabalho no cotidiano (BRASIL, 2018). Assim como a proposta referida, o produto técnico apresentado é uma iniciativa que busca a incorporação de novas práticas, em que torna-se “necessário recuperar os tempos e a educação permanente, que não se esgotam instantaneamente, mas são processos e ferramentas ao longo do tempo” (BRASIL, 2009, p. 58).

A expectativa dessa proposta formativa é instrumentalizar os preceptores, os tutores e os gestores quanto ao manejo de uma ferramenta de ensino e quanto à apropriação do programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, com vistas à promoção de ações em Educação Permanente, à formação para o trabalho em equipe e à integralidade do cuidado.

A proposta é de se constituírem grupos com até dez participantes, dos quais façam parte os preceptores, os gestores e os tutores do programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia. Os encontros ocorrerão em horário de trabalho, com a anuência dos gestores em liberar os profissionais para a participação dos três encontros planejados, bem como das rodas de conversa no decorrer do processo formativo, desenvolvido na Residência Multiprofissional.

A opção pelas oficinas foi motivada por esta ser uma proposta de uma metodologia de ensino e de aprendizagem, baseada na realização de tarefas coletivas, em que se promove a investigação, a ação e a reflexão. É possível assim, integrar o conhecimento teórico a sua aplicação prática (VIEIRA; VOLQUIND, 2002 *apud* REGINA *et.al.*, 2016).

No âmbito do pré e pós-oficinas, planeja-se a realização de rodas de conversa, ferramenta metodológica que teve origem nos Círculos de Cultura de Paulo Freire (1989) e no Método da Roda ou Paideia de Gastão Campos (CARDOSO; CAMPOS, 2010).

Os mapas conceituais produzidos poderão se transformar em material didático para a divulgação dos objetivos da Residência Multiprofissional, dos grupos e dos projetos realizados e para a atualização ou compartilhamento das informações da equipe multiprofissional como um todo. Nessa perspectiva, serão desenvolvidas as Rodas de Conversa Pós-Oficina.

¹⁰ Tanaka (2019). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_246_cintia_tanaka.pdf.

As oficinas foram propostas para acontecer em três encontros, com duração de até duas horas. Devido à profundidade dos conteúdos a serem abordados nos encontros, solicitar-se-á a leitura prévia de legislações, de projetos e de artigos. A agenda temática deverá estar em constante repactuação, todavia terá como ponto de partida os temas que emergiram da pesquisa – “Trabalho em Equipe na Residência Multiprofissional: a perspectiva de preceptores do cuidado perinatal” – e do que foi pactuado nas Rodas de Conversa.

IV CONTINUANDO OS DIÁLOGOS

Por entre pesquisas e projetos de intervenções, os saberes são construídos, configurando novas maneiras de apreender e discutir a educação permanente em saúde na perspectiva das políticas públicas e dos processos de aprendizagem de adultos. A articulação teoria e prática e a integração ensino-serviço como estruturantes de propostas educativas na saúde, implica movimentos de superação dos modos tradicionais de apreender a prática, sobre ela refletir e transformá-la.

O desafio da educação permanente em saúde, abandonando os paradigmas de transmissão de conteúdos e de técnicas e procedimentos, investindo na troca de conhecimentos e na análise colaborativa das práticas, dos problemas e possibilidades de caminhos, pode ser visitada em cada uma das pesquisas aqui colocadas em diálogo: dos preceptores, tutores e gestores, a riqueza das vozes, das experiências, dos saberes permite assumir que EPSé um potente espaço de formação e transformação.

Os produtos e seus diferentes níveis de implantação expressam a necessidade de acompanhamento das intervenções que são decorrentes das investigações, avaliando e aperfeiçoando as oficinas, as rodas de conversa, os momentos de encontro, a produção coletiva de mapas conceituais, os relatórios técnicos. Discuti-los criticamente revela-se central na busca por situar a EPS em perspectiva: autoria, colaboração, trajetórias, registro, cuidado em rede, processo de trabalho redimensionados.

REFERÊNCIAS

BALDRIDGE, J. V. *et al.* Alternative models of governance in higher education. *In:* BALDRIDGE, J. V.; DEAL, T. **The dynamics of organizational change in educations.** California: McCutchanPublishing Corporation, 1983.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, Set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200003>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BOURDIEU, P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. *In*: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989. p. 59-73.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM E, 13 de fevereiro de 2004**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. **Manual Técnico 2018** – Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2018. 39 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

BUNDT, C. F. C. **Universidade: mudanças e estratégias de ação**. 2000. 114p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/78091>.

CARDOSO, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**, Marília, v. 11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/view/468>. Acesso em: 26 mar. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [periódico online], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 26 mar. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico online], v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005a. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext. Acesso em: 26 mar. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [periódico online], v. 9, n.16, p.161-168, 2005b. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n16/161-168/pt/>. Acesso em: 26 mar. 2020.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, suplemento especial, p.143-147, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700024&script=sci_arttext. Acesso em: 26 mar. 2020.

COSTA, A. R. **Experiência de integração ensino e serviço: um estudo do pet saúde a partir da ótica do profissional de saúde.** 2012. 128p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_247_andrea_costa.pdf

DEGIOVANI, M. V. **A Residência Multiprofissional No Hospital São Paulo (HU – UNIFESP): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional.** 2017. 87 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_210_mariella_vargas.pdf.

ESTRADA, R. J. S. **Os rumos do planejamento estratégico na universidade pública: um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Maria.** 2000. 206 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78511>.

ETZIONI, A. **Organizações modernas.** São Paulo: Pioneira, 1989.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** São Paulo: Papirus, 2009.

FEUEWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Rev. Bras. Educ. med.** [periódico online], v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022007000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 26 mar. 2020.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** Brasília: Líber Livro, 2005.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler em três artigos que se completam.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

HARDY, C.; FACHIN, R. C. **Gestão estratégica na universidade brasileira: teoria e casos.** Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 1996.

LIBANEO, J. C. Reflexividade e formação de professores; outra oscilação do pensamento pedagógico. *In*: PIMENTA, S. G.; GHEDIN, E. (org.). **Professor reflexivo no Brasil: Gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Cortez, 2002.

LUZ, M. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200013&script=sci_arttext. Acesso em: 26 mar. 2020.

MEYER JUNIOR, V. Considerações sobre o planejamento estratégico na universidade. *In*: FINGER, A. P. (org.) **Universidade: organização, planejamento e gestão**. Florianópolis: UFSC, 1988.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n1/170-185/pt/>. Acesso em 26 mar. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo, Hucitec, 2013.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, Redes de Profissões de Saúde. Enfermagem e Obstetrícia do Dep. Recursos Humanos para a Saúde: 2010. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEDUZZI, M. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, p. 126-128, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2000.v4n7/126-128/>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109. 2001. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2001.v35n1/103-109/pt>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e de intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. **Interface** (Botucatu) [online], v. 4, n. 7. p.149-152, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000200019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 419-426. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

REGINA, V. B. *et.al.* Concepções e práticas sobre oficina pedagógica de licenciandos em ciências biológicas. **Exper. Ensino Ciências**. v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.academia.edu/28437334/CONCEP%C3%87%C3%95ES_E_PR%C3%81TICAS_SOBRE_OFICINA_PEDAG%C3%93GICA_DE_LICENCIANDOS_EM_CI%C3%84NCIAS_BIOL%C3%93GICAS_Concepts_and_practice_on_pedagogical_workshops_of_last-year_Biology_students. Acesso em: 26 mar. 2020.

ROCHA, C. H. **Gestão de instituições privadas de ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2003.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2020.

SEIDEL, M.C. **Administração pública nas instituições federais de ensino superior: conhecimento dos gestores da administração central**. 2015. 108p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_162_maria_cristina.pdf

SOUZA, I. M. **Gestão das Universidades federais brasileiras: uma abordagem fundamentada no conhecimento**. Projeto de Qualificação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento. PPEGC/UFSC, Florianópolis, 2008.

TANAKA, C. K. **Trabalho em equipe na residência multiprofissional: a perspectiva de preceptores do cuidado perinatal**. 2019. 328 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_246_cintia_tanaka.pdf.

VIEIRA, E.; VOLQUIND, L. **Oficinas de ensino. O que? Por quê? Como?** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

ZABOT, J. B. M.; SILVA, L. C. M. **Gestão do conhecimento**. São Paulo: Atlas, 2002.

UM OLHAR DE PRECEPTORES SOBRE A PRECEPTORIA NO INTERNATO DO CURSO MÉDICO DE UMA UNIVERSIDADE NO AMAZONAS

Kátia do Nascimento Couceiro
Universidade do Estado do Amazonas
Manaus – AM

Iraní Ferreira da Silva Gerab
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

Este capítulo apresenta o recorte de um trabalho que teve por objetivo analisar a preceptoria desenvolvida no internato do curso médico em uma universidade pública do Amazonas por meio de um estudo descritivo com 28 preceptores a partir de um questionário e uma entrevista semiestruturada. Buscou-se caracterizar as atividades desenvolvidas; conhecer o preparo dos preceptores, os pontos fortes e os nós críticos da preceptoria na instituição e as sugestões para o aprimoramento da preceptoria. A análise dos dados foi feita por análise temática. As motivações para atuar como preceptor apontadas foram o gosto pela docência e a possibilidade de aprimorar a formação médica. Os preceptores percebem sua atuação como uma oportunidade de compartilhar o seu conhecimento com os alunos. Referem-se à pós-graduação e à prática clínica como espaços importantes de formação. Desejam ter um melhor preparo pedagógico para a sua atuação e aprimorar sua titulação acadêmica. As atividades desenvolvidas, foram as práticas nos diferentes cenários, as discussões teóricas e o estudo de caso. Destacam a necessidade de melhores cenários de prática, a restrita integração com a equipe de saúde, o desafio de despertar o interesse discente, e a necessidade de maior número de preceptores. Ressaltam a profícua relação médico-paciente e a interação com os alunos. Sugerem adequação dos cenários de prática, contratação de preceptores, melhora da seleção dos alunos ingressantes, e oportunidades para atualização. O presente trabalho apresenta subsídios para a compreensão da preceptoria no internato em uma instituição da região norte.

1 INTRODUÇÃO

A primeira autora do presente capítulo é médica cardiologista e professora de medicina em uma universidade do Amazonas. Ao ingressar nas atividades de ensino em 2005 percebeu que ser um bom médico é importante, mas não suficiente, para atuar na formação de futuros profissionais. Suas inquietações resultaram na pesquisa de sua dissertação defendida em 2015¹ que teve por objetivo analisar a preceptoria desenvolvida no internato do curso médico em uma universidade no Estado do Amazonas a partir da perspectiva de preceptores. Os resultados desta pesquisa serão apresentados neste capítulo. Este trabalho se desenvolveu no âmbito do Programa Mestrado Profissional Ensino na Saúde – MP Norte, voltado à formação de profissionais da Região Norte do Brasil, devido a restrita oferta de formação *stricto sensu* nesta região.

O internato médico é um período de formação do aluno do último ciclo da graduação em Medicina que visa o treinamento intensivo sob a supervisão do preceptor. Foi criado pela Resolução nº 8, de 1969, do Conselho Federal de Educação e regulamentado pela Resolução nº 9, de 24 de maio de 1983 desse mesmo Conselho, que obriga as escolas médicas a estabelecer em seus currículos de graduação um período obrigatório de ensino prático, durante o qual o aluno deve receber treinamento intensivo contínuo sob supervisão docente, em instituição vinculada ou não a escola médica, e estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde adaptados ao ensino das profissões de saúde em regime de internato (BRASIL, 1984).

Na maior parte, o internato é quase exclusivamente hospitalar. Embora existam outras formas de internato, o mais comum é o rotativo, no qual os alunos realizam estágios em diferentes clínicas ou especialidades (MARCONDES; MASCARETTI, 1998).

Nas Diretrizes Curriculares (DCN) para o Curso Médico de 2014, o internato é caracterizado como um treinamento em serviço em regime de internato que pode ocorrer em serviços próprios ou conveniados. Quando a preceptoria for exercida por profissionais dos serviços deverá ser supervisionada pelos docentes da própria instituição (BRASIL, 2014).

A carga horária mínima do internato deverá ser de 35% da carga horária total do curso. E ao menos 30% da carga horária do internato deverá ocorrer em serviços de atenção básica e de urgência e emergência do SUS.

¹ Couceiro (2015). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_155_preceptoria_internato_curso_medico_katia_couceiro.pdf.

A carga horária restante deverá privilegiar tópicos essenciais nas áreas Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas. Em cada área, a carga horária teórica não pode exceder 20% do total do estágio.

Em síntese, o pleno aproveitamento do internato possibilita ao aluno enfrentar as constantes mudanças e os avanços científicos, especialmente quando tem oportunidade de integrar o ensino, a investigação e a prática, processo em que se destaca a figura do preceptor (MISSAKA, 2011).

Este é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. Sua função primordial consiste em desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação. O preceptor tem, então, o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias (BOTTI; REGO, 2008).

A relação entre preceptor e educando é um importante instrumento para a aprendizagem do trabalho coletivo. Para que isso aconteça, é importante aceitar e valorizar o que o aprendiz traz de conhecimento teórico e sentimentos. Estimula-se, nessa relação, o ato de pensar, construindo hipóteses e ratificando ou retificando-as (BARRETO *et al.*, 2011).

Essa relação tem sido objeto de preocupação, na medida em que é parte importante e decisiva do processo de formação médica: a transição para a prática profissional exige do preceptor habilidades específicas no trato com esse aluno (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Para Franco e colaboradores (2013), é papel do preceptor ensinar a prática médica no cenário real de atuação profissional e favorecer a integração das aprendizagens ao longo do curso no exercício da prática com pacientes reais.

No Brasil, na terceira fase do Projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que se centrou no processo de formação e na docência médica, houve consenso acerca do “despreparo da maioria dos docentes que, na quase totalidade, são especialistas, não havendo modelo de identificação para o propósito da formação geral do médico” (COSTA, 2007, p. 24).

Discutem-se em todo o País as dificuldades e os impasses vividos pelos profissionais que atuam na preceptoria dos alunos de Medicina e que são diretamente responsáveis pela formação prática desses alunos (MONTEIRO; LEHER, 2011).

Os preceptores, pela sua função de educadores, podem promover, com os profissionais que oferecem assistência direta aos usuários, discussões sobre conceitos de necessidades de saúde que possibilitem mudanças nas práticas de assistência (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

Na área médica, por exemplo, um bom professor seria um médico com boa reputação em sua especialidade, não importando sua competência como docente. Atualmente, sabe-se que o professor não deve ser apenas o especialista que ensina, mas um profissional de aprendizagem, incentivando o aprendiz e sua aprendizagem e colaborando ativamente para que o aluno alcance seus objetivos (ROCHA; 2012).

Almeida e Ferreira Filho (2008) afirma que a capacitação do docente tornou-se um desafio importante para as diversas funções demandadas pelo currículo, especialmente ao se estudar a implantação das mudanças na formação do futuro profissional, no período do internato.

Consideramos que a formação pedagógica de preceptores deva ter como meta compreender o que significa um processo dialético de ensino-aprendizagem, por meio da adoção de um modelo educativo e de perspectivas pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos e que levem os profissionais a extraírem das situações complexas e contraditórias de seus exercícios profissionais diários a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução (TRAJMAN *et al.*, 2009).

A formação do preceptor é um desafio que tem sido privilegiado por políticas indutoras, como por exemplo o Plano Nacional de Formação de Preceptores que é uma das propostas presentes no eixo formação do Programa Mais Médicos (MEC, 2015).

Compreender a perspectiva de preceptores sobre a sua atuação pode oferecer subsídios para aprimorar a preceptoria no ensino médico.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa pois é a que possibilita compreender a ótica dos atores sobre a compreensão e os significados de um dado fenômeno (MINAYO, 2010).

Este estudo foi desenvolvido em uma universidade pública do Amazonas com cerca de 20 anos de existência e que, no momento desta pesquisa, oferecia um curso de medicina com estrutura tradicional onde o internato ocorria no 5º e 6º anos do curso, organizado em oito estágios nas seguintes áreas: Saúde da Mulher; Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Saúde da Criança; Oncologia; Medicina Comunitária; Doenças Endêmicas; e Urgência e Emergência.

Para este estudo, foram consideradas as seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia- Obstetrícia (Saúde da Mulher), Pediatria (Saúde da Criança) e Saúde Comunitária

Dos 48 profissionais docentes que atuavam como preceptor, 28 concordaram em participar da pesquisa (Tabela 1). Os preceptores ligados aos serviços não foram considerados, pois no momento da coleta de dados a instituição estava reorganizando seu quadro de preceptores nos serviços.

Tabela 1 – Distribuição da população e amostra por área de supervisão

Área	Número de Preceptores	
	Total	Participantes
Clínica Médica	15	8
Clínica Cirúrgica	16	9
Saúde da Mulher	6	6
Saúde da Criança	10	5
Saúde Comunitária	1	0
TOTAL	48	28

Fonte: autores.

Os dados foram produzidos por meio de um questionário, aplicado ao conjunto dos preceptores da instituição, com perguntas abertas e fechadas, a fim de caracterizar a população de estudo e levantar as atividades desenvolvidas na preceptoría e por uma entrevista semiestruturada para apreender o que o sujeito da pesquisa pensa, sabe, representa, faz, argumenta e sente (MINAYO, 2007).

Esta foi orientada pelos núcleos: concepções de preceptoría; atividades desenvolvidas; pontos positivos e fragilidades; e, sugestões para aprimoramento do internato.

Os dados quantitativos foram processados e representados por meio de tabelas e gráficos. As entrevistas foram examinadas por meio da análise temática, baseando-se na lógica qualitativa, visando a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e a alcançar uma vigilância crítica da entrevista ou resultados da complementação de informações (MINAYO, 2010). Esse processo envolveu os seguintes passos:

- leitura exaustiva do texto obtido pelas entrevistas;
- seleção do material pertinente segundo eixos norteadores da entrevista;
- identificação das Unidades de Contexto (UC) (trecho do texto que contém o tema) relativas a cada núcleo orientador;
- isolamento das unidades de registro (UR) (menor trecho da UC correspondente a um aspecto descrito sobre o tema;

- Codificação das URs a partir de cada eixo a partir de numeração específica (Exemplo: UR1);
- apropriação do material produzido de forma a formular categorias; e,
- interpretação dos dados conforme a correlação com a literatura.

A pesquisa que originou o presente capítulo foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP por meio do Parecer 87147.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil dos docentes preceptores

Dos participantes, 15 eram homens e 13 mulheres. Mesmo não havendo grande discrepância entre os sexos, no total, há predominância de preceptores homens na área de Cirurgia, e predominância de mulheres nas áreas de Saúde da Criança e Saúde da Mulher (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de gênero entre os participantes da pesquisa

Área	Gênero	
	Masculino	Feminino
Clínica Médica	06	02
Clínica Cirúrgica	-	09
Saúde da Mulher	04	02
Saúde da Criança	04	01
TOTAL	14	14

Fonte: autores.

Em relação à faixa etária, 17 preceptores tinham entre 31 e 40 anos; dez entre 41 a 50 anos; e apenas um preceptor tinha acima dos 51 anos de idade.

Há predomínio de preceptores que fizeram apenas a residência médica, embora metade tenha cursado pós-graduação *stricto sensu* (Tabela 3). Na Região Norte, ainda existem limitados programas de mestrado e doutorado.

Tabela 3 – Titulação acadêmica de preceptores de uma universidade pública do Amazonas

Área	Preceptores	
	Masculino	Feminino
Residência Médica	11	39
Especialização	03	11
Mestrado	06	21
Doutorado	08	29

Fonte: autores.

Além da preceptoria propriamente dita, a maioria desempenha outras atividades na instituição (Tabela 4).

Tabela 4 – Atividades desenvolvidas na universidade, além da preceptoria

Atividade	Preceptores Envolvidos	
	Número	%
Ensino na Graduação	16	57,14
Orientação de Iniciação Científica	06	21,42
Coordenação (curso médico, iniciação científica)	07	25
Extensão (ligas acadêmicas)	01	3,57
Núcleo Docente Estruturante	01	3,57
Organização de Congressos	01	3,57
Nenhuma	05	17,85

Fonte: autores.

Todos relatam outras atividades profissionais (Tabela 5).

Tabela 5 – Cenários adicionais de inserção profissional de preceptores de uma universidade do Amazonas

Local	Número de Preceptores
Prefeitura de Manaus	05
Cooperativa Médica	18
Consultório	15
Outra Universidade	01
Secretaria de Saúde do Amazonas (Susam)	03

Fonte: autores.

Estas atividades no seu conjunto caracterizam uma jornada de atividades intensa por parte dos preceptores

3.2 O Significado da Preceptoría para estes profissionais

Os preceptores participantes deste estudo atribuíram vários significados à atividade de preceptoría, possibilitando identificar algumas categorias.

A principal categoria encontrada (18,4%) foi **compartilhar o conhecimento com os alunos**:

[...] transmitir alguma coisa que eu aprendi na minha vida acadêmica (UR76).

Chemello, Manfroi e Machado (2009) ressaltam a importância da interação professor-aluno e da troca de conhecimentos entre ambos, nesta relação bilateral voltada para o ensino e para o cuidado com o paciente.

A possibilidade de **participar da formação global dos alunos** (11,8%) foi destacada e pôde ser organizada em três sub-categorias:

“Postura ética”:

[...] então a gente precisa ter esse cuidado de passar, não só diagnosticar, tratar, mas também esse lado ético (UR24).

“Humanização”:

[...] não só ensinar como se portar como profissional, mas também passar uma parte da questão humana (UR1).

“Postura profissional”:

[...] e coisas, assim, que às vezes, deveriam trazer de casa e não trazem, assim, postura (UR3).

Luiz D’avila (2010), em seu trabalho sobre a formação moral médica, afirma que a ética médica consiste em aplicar a ética geral ao domínio da medicina. Também lembrou que Hipócrates estabelecia que o médico deve considerar sempre o particular e que a determinação das características dos indivíduos se dá por meio da sensibilidade.

Outros preceptores têm convicção que ser preceptor é um **Dever Social** (13,2%):

[...] um dever social e ele deve ser um retorno à sociedade, uma espécie de agradecimento pela formação que a sociedade deu (UR47).

Percebe-se nestes preceptores a valorização do papel cidadão do médico, como descrito por Sousa e Heinisch (2012). Valores como ética, humanismo e responsabilidade social devem estar incorporados no processo de formação dos alunos de medicina, de forma mais adequada as necessidades da sociedade (BLOOM, 1988).

Importante ressaltar que a responsabilidade social da escola médica vai além deste “retorno” uma vez que a busca por saúde deve estar associada à busca de justiça social e para isso as atividades devem ser direcionadas no sentido de atender as necessidades de saúde da população (OLIVEIRA; SANTOS; SHIMIZU, 2019).

As evidências demonstram que ser um preceptor vai além da sua formação de médico. Vários preceptores consideram que a preceptoria é uma **possibilidade de atualização contínua** (13,2%):

[...] Uma atualização diária (UR30).

Este é um dado que corrobora o discutido por Missaka e Ribeiro (2011), que ressaltam o papel da formação do preceptor para que ele desenvolva um perfil adequado ao seu papel.

Na categoria **Participar da formação do aluno** (11,8%), os preceptores valorizam o papel de não somente ser um mero transmissor de informações:

[...] Saber que você fez parte da formação de uma pessoa é muito gratificante (UR44).

Neste sentido, o preceptor deve atuar na formação do aluno para encontrar soluções possíveis para os problemas relacionados a atenção à saúde da população (BOTTI; REGO, 2008).

Sentem-se na responsabilidade de **contribuir para qualidade de ensino**. Este aspecto, correspondeu a 6,6% das UR encontradas:

[...] então é importante que a gente participe da qualidade do ensino (UR8).

Formar um médico é também poder demonstrar ao aluno o que ele vai se deparar na vida real, o que foi valorizado na categoria: **ensino da realidade de trabalho** (3,9%):

[...] Adequar eles a realidade de trabalho, adequar a realidade de serviços que eles vão se encontrar (UR4).

Bagnato e colaboradores (2008) consideram que o educador deve reconsiderar suas práticas pedagógicas, buscando alternativas de articular teoria, prática e realidade, pois os cenários de práticas são diversificados e exigem habilidades específicas para atuação em cada um deles, tanto no que diz respeito às ferramentas a serem utilizadas, quanto as tarefas a serem executadas na tentativa de adequar a prática do futuro profissional a realidade local.

Para alguns, ser preceptor envolve a **possibilidade de dedicação** (3,9%):

[...] é uma dedicação, na verdade é uma dedicação ao aluno (UR50).

Outros acreditam que podem ser exemplo de conduta, que os alunos podem se espelhar em suas atitudes frente ao paciente, o que pode ser notado pela categoria **possibilidade de servir de exemplo** (2,6%):

[...] eles olham o que você faz como você atua e isso pode servir de inspiração ou pode servir de mau exemplo (UR28).

Além da função de ensinar, os preceptores também aconselham, inspiram e influenciam no desenvolvimento dos menos experientes, gerando uma imagem de “espelho”, portanto tem uma grande responsabilidade (SACHDEVA, 2009).

Outros significados foram encontrados, representando nove UR, dentre elas destacamos:

[...] ausência da preceptoria é uma coisa que não combina com a profissão médica (UR63).

Compreendendo a importância que estes profissionais dão a sua atuação, a seguir serão discutidos os dados relativos a inserção destes profissionais na preceptoria inserção como preceptor **Inserção e preparo para a preceptoria**

A partir da análise das 85 URs relativas às motivações para inserção destes profissionais médicos na atividade de preceptoria, identificamos que a maioria se torna preceptor por prazer pelo ensino, uma vez que houve significativo destaque na categoria **gosto pela docência** (30,9%);

[...] eu gosto muito de ensinar, sempre gostei (UR8).

A percepção de que podem colaborar para melhorar a qualidade dos futuros médicos, foi encontrada na categoria **aprimorar a formação médica** (16,3%):

[...] Ter a chance de melhorar os médicos formados [...] (UR1).

[...] eu resolvi fazer e fazer diferente (UR16).

O preceptor tem um papel fundamental na formação médica uma vez que é o articulador necessário para a aprendizagem durante o internato. Neste cenário pode atuar como um potente indutor de mudanças na atenção à saúde (ROCHA; RIBEIRO, 2012).

Neste sentido, formar o médico melhor, requer do preceptor um aperfeiçoamento contínuo. Isto é reconhecido pelos entrevistados como uma motivação para sua inserção na preceptoria descrito na categoria **estímulo ao aperfeiçoamento** (16,3%):

[...] e está sempre informado (UR13).

[...] é uma forma de ser forçado a se atualizar regularmente (UR19).

[...] a preceptoria me estimula a estudar (UR21).

[...] é um meio de incentivar a minha atualização (UR23).

Como para a docência acredita-se que existe uma certa **vocação**, dom para exercer a preceptoria (5,4%):

[...] eu acho que tá no sangue, meu pai também é professor (UR25) [...] é uma coisa que eu já trago (UR29).

Simões (2012) discute que grande motivação do médico e do aluno de medicina é gostar e cuidar de gente. Nesse sentido acaba fazendo uma analogia que ensinar alunos de medicina é como ensinar e educar seus próprios filhos, por isto uma vocação.

Estar inserido nesse contexto com alunos, discutindo, questionando, instigando, é algo também valorizado por alguns dos preceptores entrevistados na categoria **Contato com os alunos** (5,4%):

[...] de tá em contato com alunos [...] (UR28).

[...] eu gosto muito de estar em contato com o aluno (UR48).

É possível que esse convívio com os alunos, a dedicação dispensada a docência, a vocação, o dom, o gostar de ensinar, isso tudo para a **realização pessoal**, que também surge como categoria de análise:

Faz a gente se sentir vivo, presente (UR5 e UR7).

[...] Eu me realizo bastante! (UR31).

Outras motivações também foram citadas:

Na faculdade eu gostava da monitoria (UR11).

[...] queria difundir a minha especialidade (UR17).

[...] sempre gostei de pesquisas, de trabalhos (UR27).

Quanto ao preparo para a preceptoria, a maioria dos preceptores refere que a titulação acadêmica (44,7%) foi a principal oportunidade para a sua formação. Destacam-se a residência médica (31,6%) e o mestrado (39,5%) como espaços formativos:

[...] durante a residência eu acredito que tenha sido meu maior é [...] Minha maior bagagem para poder contribuir com a formação dos alunos (UR14).

Especialização (UR8)

[...] o mestrado realmente foi muito importante para área acadêmica (UR11).

Com relação a parte metodológica de ensino, o mestrado tá me ajudando muito (UR17).

Embora a titulação acadêmica tenha um significado de extrema importância na preparação dos preceptores desta instituição, a categoria: **Aprendizado na prática clínica** também teve uma expressiva citação, correspondendo a 14,1%, lembrando que os médicos não possuem formação específica para a docência, portanto a experiência, o dia a dia, faz parte de seu preparo para exercer a preceptoria:

Eu nunca fiz nenhum preparo específico para ser preceptor, foi acontecendo, né? (UR24).

Batista e Silva (1998, p. 34) discutem que não existe nas escolas médicas preparo específico no campo pedagógico e que há deficiência no desempenho do docente do ensino superior. Acredita-se que o professor de Medicina seja "um profundo conhecedor do assunto que deve ensinar, como se apenas esse aspecto assegurasse sua competência didática", fato que contribui para a falta de qualificação pedagógica dos docentes.

De acordo com Rocha e Ribeiro (2012) a deficiência pedagógica impede execuções de diversos processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades de avaliação. Somente o domínio nos seus saberes profissionais não são suficientes para a melhor maneira de exercer a preceptoria.

Observou-se que a **experiência de outros professores**, também foi valorizada como possibilidade de formação (7,1%):

[...] a preparação que eu tive na verdade foi usar mais ou menos o que os meus professores faziam comigo e melhorar naquilo que eu achava que era defeituoso (UR54).

Isto é semelhante ao encontrado para o aprendizado da docência. Aprende-se a ser professor universitário a partir de um processo muitas vezes autodidata ou por observação e exemplos de outros docentes. O professor passa da experiência passiva como aluno ao comportamento ativo como professor "sem que lhe seja colocado, em muitos casos, o significado educativo, social e epistemológico do conhecimento que transmite ou faz seus alunos aprenderem" (SACRISTÁN, 2000, p. 183)

Alguns acreditam que seja inato o preparo para ensinar, por isso a categoria **Inclinação natural** (5,9%):

[...] talvez uma inclinação maior para a sala de aula [...] (UR52).

Outras formas de preparo também foram citadas, como as categorias:

- **leitura de textos** (4,7%):

Artigos (UR78).

- **participação em eventos** (2,4%):

[...] publicação de um trabalho, orientação, participação de congresso, aulas em congressos nacionais e internacionais (UR40).

- **experiência na graduação** (3,5%):

Congressos (48UR).

O PET foi um programa muito bom pro sistema tutorial, que estimula esse aluno (UR36).

É importante salientar que alguns preceptores ressaltam a carência de seu preparo para esta atividade (7,1%):

Eu sinto falta inclusive, assim, a gente forma medicina um curso técnico, a gente não prepara para ser um professor (UR30).

Missaka (2010) ao discutir o papel do preceptor, concluiu que é necessário que tenha suas atividades reconhecidas, com investimento em formação específica para o desenvolvimento de um perfil de educador.

A avaliação por competências é algo difícil de realizar, por isso o profissional de saúde precisa de treinamento para tal, porém na prática isso não vem sendo realizado (RIBEIRO *et al.*, 2008). Os saberes profissionais são essenciais para qualquer tipo de formação, mas não dominar os saberes pedagógicos, necessários à organização de ações formativas, tais como os diversos processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades de avaliação, faz do preceptor um ser incompleto no papel da docência.

Quando questionado como se mantêm atualizados, estes preceptores destacaram várias estratégias, que estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Estratégias de Atualização Utilizadas por Preceptores de uma universidade pública do Amazonas

Estratégia	Número	%
Leitura de Artigos e Revistas	28	100
Livros	3	10,7
Participação em Congressos	24	85,71
Cursos e programas de Atualização	14	50
Discussão com colegas	6	21,42
Pós-graduação	2	7,14
Reuniões com os serviços	1	3,57
Participação em Sociedade da Área	1	3,57

Fonte: elaboração própria.

Nota-se o predomínio da atualização por leitura de artigos e da participação em congressos, o que é comum para a prática médica.

É importante destacar que 65% dos preceptores citaram o uso da *internet* para operacionalizar sua atualização, seja na busca de artigos, seja em cursos de atualização. Apesar da grande disseminação do uso desta tecnologia, a realidade na região norte do país nem sempre possibilita uma conexão efetiva.

3.3 Atividades Desenvolvidas na Preceptoría

As **Atividades em Cenários de Prática** corresponde a 33,9% dos achados e destacam-se as subcategorias: “ambulatório” (34,21%), “posto de saúde” (5,26%), “enfermaria” (23,68%), “beira do leito” (15,78%) e “centro cirúrgico” (13,15%):

Ambulatório (UR39).

[...] trabalho no Posto de Saúde (UR9).

Maternidade (UR10).

Enfermaria (UR41).

Visita de beira de leito (UR56).

Centro cirúrgico (UR85).

É através da prática, do contato próximo ao lecionar para pequenas turmas, que é possível inserir consciência ética e humanística (MISSAKA; RIBEIRO, 2011)

A categoria **discussão teórica** gerou representou 26,8% com as subcategorias: “aulas teóricas” (60%), “discussão de artigos” (6,66%), “seminários” (20%) e “palestras feitas pelos alunos” (13,33%):

Discussão de artigos (UR40).

Aulas teóricas (UR49).

Seminários (UR4).

Palestras educativas (UR3).

A categoria: **examinar o paciente** representou 5,4% dos entrevistados e suas subcategorias: “anamnese” (50%) e “exame físico” (50%)

Exame físico (UR20).

A **discussão de casos clínicos** (9,8%) também foi abordada pelos preceptores nas diversas disciplinas:

Discussão de casos (UR16).

A categoria **interpretação de exames complementares** também foi citada, referindo-se na importância que se tem no solicitar e saber interpretar o exame (4,5%):

[...] saber colher e depois interpretar esses exames (UR25).

E por fim, algumas **atividades multidisciplinares** também com 4,5%, foi uma categoria descrita;

Visita familiar (UR63).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa ocorreu em um momento institucional de formalização do vínculo de preceptores, o que reduziu drasticamente o número de profissionais contratados e provocou a oscilação no corpo de supervisores que estavam inseridos nos serviços. Atualmente, muitos concursos possibilitaram a efetivação de um maior número de preceptores.

Semelhante ao conhecido para a inserção na docência no nível superior, muitos profissionais ingressaram nesta atividade pelo apreço pelo ensino. Isto foi inclusive destacado como um atributo importante para o exercício competente da preceptoria.

A possibilidade de compartilhar conhecimento também foi destacada como propósito da preceptoria, bem como a formação ampliada do futuro médico. Isto foi destacado como ponto forte da atividade.

Percebe-se a valorização do ensino nos cenários hospitalares e de ambulatório. Isto indica certo limite na estruturação do internato nestas áreas de formação, uma vez que o atendimento das necessidades de saúde vão além desses níveis de assistência.

Atualmente, com as políticas indutoras para a formação de preceptores, existem iniciativas para oferecer a formação didático-pedagógica a estes profissionais. Entretanto, a sua disseminação pelas várias regiões do país tem sido um desafio que necessita ser superado para que a formação médica possa estar coadunada com as necessidades de saúde da população, superando a lógica hospitalocêntrica e valorizando o desenvolvimento de competências necessárias a uma prática médica qualificada e eficaz.

Neste sentido, o presente trabalho apresenta subsídios para a compreensão da preceptoria no internato em uma instituição da região norte do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.; FERREIRA FILHO, O. F. Educação Permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Rev. Bras. Educ. Méd.** [online], Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 240-247, 2008. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022008000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

BAGNATO, M. H. S.; MISSIO, L.; CRUZ, L. P. **Inovações Pedagógicas na Educação Superior em Saúde**: algumas reflexões. 15 p. Disponível em:

<http://www.docstoc.com/docs/48375818/Inova>. Acesso em: 13 out. 2008.

BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online], Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, dez. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000400019&script=sci_abstract&tlng=pt.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. A função docente em medicina e a formação / educação permanente do professor. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 31-36, 1998.

BLOOM, S. W. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. **J. Health Soc. Behav.**, v. 29, p. 294-306, dez.1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3253321/>.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, jul.\set. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.618. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos – Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**, 2015; 1 out.

BRASIL. Ministério da Educação. **Manual do Internato Médico**. Brasília: MEC, 1984.

COUCEIRO, K. N. **A preceptoría no internato do curso médico da Universidade do Estado do Amazonas**: a perspectiva de preceptores. 2015. 244 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino das Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_155_preceptoría_internato_curso_medico_katia_couceiro.pdf.

CHEMELLO, D.; MANFROI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O papel do preceptor em um minuto. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online], Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 664-669, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000400018&script=sci_abstract&tlng=pt.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. Bras. Educ. Med.** [online], v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt.

FRANCO, F. M.; MONTES, M. A. A; SILVA, A. R. Visão discente do papel da preceptoria médica na formação dos alunos de medicina. Alexandria: **Rev. Educ. Ciênc. Tecnologia**, v. 6, n. 2, p. 229-249, 2013. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/alexandria/article/view/38000>.

D'AVILA, R. L. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, dez. 2010. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000600019&script=sci_arttext.

MARCONDES, E.; MASCARETTI, L. A. O Internato na graduação médica. *In*: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (org.) **Educação médica**. São Paulo: Savier; 1998. p.149-166.

MISSAKA, H. A. **Prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário**. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=180963.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na Formação Médica: o que dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300002>.

MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed., Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M. T. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores de interno médico. *In*: BRANT, V. (org.). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora Juiz de Fora, 2011.

OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Responsabilidade social das escolas médicas e representações sociais dos alunos de medicina no contexto do programa mais médicos. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 462-472, 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190074>.

RIBEIRO, V. M. B. *et al.* **Formação pedagógica dos formadores dos profissionais da saúde: a preceptoria dos internatos em questão**. Rio de Janeiro: Pró-Reitoria de Extensão da UFRJ; 2008.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de Formação Pedagógica para Preceptores no Internato Médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 341-350, jul.\set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000500008>.

SACHDEVA, A. K. Preceptorship, mentorship and the adult learner in medical and health sciences education: interpretive review. **J. Cancer Educ.**, v. 11, n. 3, p. 131-136, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8877571/>.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed; 2000.

SANTOS, P. T.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul. Enferm.** [online], São Paulo, v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600012>.

SIMÕES, J. C. A medicina e a compaixão. **Rev. Médico Residente**, 2012. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/a-medicina-e-a-compaixao>. Acesso em: 13 out. 2014.

SOUSA, A. P.; HEINISCH, R. H. Estudo sobre a avaliação aplicada no internato em clínica médica da Unisul. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 68-76, jan.\mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100010>.

TRAJMAN, A. *et al.* Preceptoria na rede básica municipal do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100004>.

FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA EM EDUCAÇÃO FÍSICA: DESAFIOS PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA¹

Ana Paula Costa
Espaço Ciência
Coordenação de Pós-graduação
Maceió – AL

Nara Rejane Cruz de Oliveira
Universidade Federal de São Paulo
Instituto Saúde e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

Nos últimos anos, as políticas públicas de promoção da saúde e enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vêm enfatizando o papel da atividade física na produção do cuidado em saúde. Neste contexto, surge a demanda por formação qualificada do Profissional de Educação Física (PEF) para atuação neste campo no Brasil. O objetivo deste capítulo é analisar os desafios na formação inicial e continuada do PEF, considerando as demandas para a atuação na Saúde Pública do município de Maceió, Alagoas. A pesquisa é de abordagem qualitativa, do tipo descritiva. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, com profissionais da área aprovados em concurso público e atuantes há mais de dois anos na área da Saúde Pública. Os resultados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Os dados da pesquisa de campo apontam para um currículo de graduação em EF que ainda não oferece o suporte necessário para a atuação do PEF na Saúde Pública. Os desafios enfrentados por estes profissionais abarcam o trabalho com a equipe multiprofissional, as ações intersetoriais e conhecimentos sobre atividades físicas voltadas à produção de cuidado em saúde. Por outro lado, observa-se um discreto movimento de mudança curricular, a partir da reflexão do PEF sobre sua intervenção na área da saúde. No entanto, este ainda é um campo merecedor de investigações e formação continuada, a fim de se desenvolver a competência necessária para atuação, frente às demandas da Saúde Pública.

Palavras-chave: Educação Física; Formação Profissional; Saúde Pública.

¹ Texto produzido a partir da Dissertação de Mestrado intitulada “Formação profissional em Educação Física para atuação na Saúde Pública: estudo no estado de Alagoas” (COSTA, 2016), defendida no Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Nara Rejane Cruz de Oliveira.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo analisar os desafios na formação inicial e continuada do PEF, considerando as demandas para a atuação na Saúde Pública do município de Maceió, Alagoas. Esse texto é um recorte de uma pesquisa mais ampla sobre a formação do profissional de Educação Física para atuação na saúde pública (COSTA, 2016).

Ao longo do século XX, a Educação Física (EF) esteve por décadas com o olhar mais voltado ao ambiente escolar e esportivo. No entanto, discussões sobre suas possíveis contribuições à saúde sempre se fizeram presentes no contexto da formação e atuação profissional. Para Oliveira (2018), isso se deve, principalmente, ao entendimento generalizado de que o aumento do nível de atividade física da população contribui para a promoção da saúde e qualidade de vida humana, embora tal compreensão seja limitada.

No entanto, somente no final dos anos 1990 a EF passou a ser oficialmente reconhecida como profissão na área da saúde (BRASIL, 1997). Ao longo das duas últimas décadas, a formação profissional para a atuação competente na Saúde, especialmente a de natureza pública, têm sido uma demanda concreta e problematizadora, considerando a complexidade deste campo.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Educação Física, ao profissional desta área também compete a prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, dentre outras atribuições (BRASIL, 2004). No contexto da Saúde Pública, a atuação do Profissional de Educação Física (PEF) tem sido privilegiada no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a instituição da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) em 2006. Tal política destaca as práticas corporais e atividades físicas como fundamentais na produção de cuidado em saúde (BRASIL, 2006). Porém, Fraga, Carvalho e Gomes (2012) chamam a atenção para o fato das DCN da EF não fazerem referência ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem distanciado a área das políticas de formação em saúde.

O curso de graduação em EF possui duas modalidades de formação: a licenciatura, voltada para atuação na educação básica, e o bacharelado, voltado para a atuação em academias de ginástica, clubes, hotéis, saúde pública e outros campos. De acordo com o Conselho Nacional de Educação (CNE), o bacharel em EF deve ter formação crítica e humanista, com habilidade para intervir profissionalmente com rigor científico, ético e conhecimento da realidade social. Tal intervenção deve se dar por meio das manifestações e expressões culturais do movimento humano, em suas diferentes formas e modalidades, com vistas à formação, ampliação e enriquecimento cultural das pessoas, para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável (BRASIL, 2004).

Neste sentido, formar profissionais qualificados para atuar na Saúde Pública é um grande desafio. Para Gentil, Abílio e Cordeiro (2015), um destes desafios é analisar amplamente a relação entre ensino e serviço, de modo que o perfil profissional possa suprir as demandas concretas em saúde. Ou seja, é necessário que os currículos dos cursos de formação considerem as políticas públicas e necessidades coletivas da população, com vistas ao desenvolvimento e aprimoramento do PEF.

Entretanto, Neves *et al.* (2015) apontam que a visão hegemônica e reducionista de promoção da saúde nos discursos acadêmico, científico e de intervenção na área da EF parece ser um desafio maior para a formação profissional. Sob essa ótica, Oliveira (2018) destaca que pouca atenção tem sido dada à formação do PEF para a produção de cuidado em saúde, o conhecimento dos princípios da saúde coletiva e do SUS. Porém, este autor menciona algumas iniciativas curriculares brasileiras que têm contemplado a Saúde Pública na formação em EF na última década, com significativos avanços neste campo. Todavia, a área ainda tem um longo caminho nesta direção.

Frente ao exposto, estudos sobre a formação do PEF para atuação em Saúde Pública precisam ser estimulados e desenvolvidos.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo¹ (GIL, 2008; CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2006), de abordagem qualitativa (MINAYO, 2014). Participaram do estudo cinco professores de EF, concursados para atuação na Saúde Pública do município de Maceió, Alagoas, com pelo menos dois anos de exercício profissional no cargo. Este critério foi definido considerando o fato de que o PEF de Maceió só inicia suas atividades no cargo após um ano de preparação, durante o qual ele deve se integrar com a equipe, para assim compreender a natureza da função no setor alocado. No caso deste estudo, os participantes são atuantes na Promoção da Saúde com os Núcleos de Atividade Física (NAF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O município de Maceió contava com 35 profissionais de EF concursados e atuantes na Saúde Pública, no período da coleta dos dados. Destes, nove atendiam aos critérios de inclusão e cinco aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada, abordando questões sobre o perfil dos participantes, sua formação para atuação na Saúde Pública, bem como os desafios e demandas para tal.

¹ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o parecer nº 1.253.105. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os áudios das entrevistas foram transcritos e organizados a partir de categorias apriorísticas e não apriorísticas. Conforme Minayo (2014), as categorias apriorísticas são pré-definidas e geralmente de larga abrangência, enquanto as não apriorísticas emergem totalmente do contexto das falas dos participantes da pesquisa. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram definidas como categorias apriorísticas: 1- Perfil do PEF e 2- Formação do PEF. A partir da análise da segunda categoria apriorística emergiram as categorias não-apriorísticas a seguir: Conhecimento sobre a Saúde Pública: disciplinas que deram suporte para a intervenção profissional; Mudança curricular: um olhar para a Saúde Pública; Formação continuada para a atuação na Saúde Pública.

3.1 Categoria apriorística 1: Perfil dos participantes

O quadro 1 apresenta o perfil dos participantes deste estudo, nomeados como PEF1, PEF2, PEF3, PEF4 e PEF5, a fim de preservar o sigilo dos mesmos. Dados como sexo/gênero, idade, ano de formação inicial, destaques na formação continuada (pós-graduação e cursos mais relevantes), campo de atuação e tempo de atuação são apresentados.

Quadro 1 – Perfil dos participantes do estudo

Nome	Sexo Gênero	Idade	Ano de formação	Formação Continuada	Campo de Atuação	Tempo de Atuação
PEF1	M	29	2011	Especialista em Acupuntura Outros Cursos: Cultura da Paz, Psicossomática, Lian Gong, Terapia com Florais	NAF	3 anos
PEF2	F	35	2002	Doutor em Atividade Física e Saúde; Mestre em Atividade Física para Idoso; Especialista em Fisiologia do Esforço Aplicada ao Treinamento Outros: Congressos na área de Grupos Especiais, prevenção primária e secundária	NAF	2 anos
PEF3	M	30	2009	Especialista em Educação Física Escolar; Fisiologia do Exercício; Biomecânica para Grupos Especiais	NASF	2 anos
PEF4	M	33	2006	Especialista em Gestão da Clínica de Saúde do SUS. Outros Cursos: Cultura da Paz; Análise Epidemiológica	NAF	5 anos
PEF5	F	31	2010	Mestre em Nutrição; Especialista em Gestão da Saúde Pública Outros Cursos: Dependência química	CAPS / NASF	2 anos

Fonte: Elaboração própria.

Caracterização do perfil dos participantes demonstrou que o grupo é composto por profissionais jovens, sendo três homens e duas mulheres. O tempo de formação profissional é variado, mas todos se graduaram após os anos 2000. Com exceção de uma participante, os demais trilharam seu percurso de formação inicial quando as principais políticas públicas de saúde no Brasil já preconizavam o trabalho do PEF. Porém, especificamente em relação ao tempo de atuação na Saúde Pública, a atividade de todos é de certa forma recente, variando entre 2 anos a 5 anos. Isso porque também é recente no município de Maceió, assim como em todo o estado de Alagoas, a contratação de PEF para a Saúde Pública.

Com relação à Instituição de Ensino Superior (IES) na formação inicial, quatro se formaram em uma IES pública e somente um em instituição privada. Quanto à titulação, todos possuem pós-graduação *lato sensu* e dois deles também *stricto sensu* – sendo um mestre e um doutor. Sobre a área da pós-graduação, quatro participantes concluíram cursos na saúde, dois deles especificamente na Saúde Pública. Os dados demonstram que o grupo é qualificado formalmente e se mostra interessado na formação continuada nessa área de atuação.

Falci e Belisário (2013) evidenciaram a necessidade de formação continuada em EF para a compreensão das demandas em Saúde Pública e minimização da fragilidade da formação inicial do PEF. As autoras destacam que a formação na área parece desconhecer os processos de educação em saúde, as especificidades do SUS, do trabalho em equipe multiprofissional, dentre outras. Embora o trabalho mencionado tenha sido publicado há quase uma década, a realidade dos mais de mil e trezentos cursos de graduação presenciais em EF no Brasil pouco se modificou nestes últimos anos, indicando um longo caminho para a área neste contexto (OLIVEIRA, 2018).

3.2 Categoria apriorística 2: Formação do PEF

Esta categoria abriga o conjunto de respostas sobre como os participantes analisam sua formação, com destaque para a graduação.

A graduação contribuiu porque primeiro ela me deu as primeiras noções, o que é o SUS, Saúde Pública [...]. Como era uma coisa que eu gostava, me identifiquei, escrevi artigos, me interessei por essa área (PEF1).

A minha formação foi licenciatura plena². [...] Acho que se hoje a EF está caminhando na saúde, naquela época ainda era um feto (risos). Dentro da formação básica, eu não posso dizer que era preparada para trabalhar na saúde (PEF2).

[...] senti muita deficiência em entender principalmente o funcionalismo público e suas ferramentas, e ferramentas para o planejamento. [...] creio que o contato do PEF nessas situações, nesse universo público precisa ser mais precoce, precisa ter mais contato [...] (PEF4).

Eu diria que muito incipiente, porque a gente viu pouca coisa, quase nada de Saúde Pública, não contemplava [...]. Então foi assim que a gente se deparou quando saiu da universidade, foi tudo aprendido com a cara e a coragem. Chegou no serviço, viu como era a dinâmica [...]. A interação com os outros profissionais foi realmente bastante importante para a gente, para entender como era a dinâmica, como funcionava, e como a gente se encaixava. E, na realidade isso nem está totalmente esclarecido, vamos vivenciando esse processo e construindo, porque ainda se pergunta muitas vezes, qual a identidade da gente? Qual o papel da gente realmente dentro desse serviço, especialmente esse que é bem complexo [...] (PEF5).

Com exceção do PEF1, os demais indicam a falta de conteúdos durante a graduação para a compreensão das possibilidades de atuação na Saúde Pública e entendimento de sua estrutura, corroborando as análises de Oliveira (2018), Falci e Belisário (2013), Souza e Loch (2011) e Anjos e Duarte (2009). Esses autores identificam, ao longo de quase uma década, que a formação inicial do PEF continua centrada fortemente na área esportiva e no paradigma biomédico de saúde. Portanto, não oferece repertório suficiente de conhecimentos para a atuação na Saúde Pública e reconhecimento da identidade do PEF neste campo.

Neste contexto, uma formação em saúde adequada se faz pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho. Conhecimentos sobre práticas cuidadoras e de responsabilidade de indivíduos e coletividades, práticas de desenvolvimento de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde, dentre outros, devem ser priorizados (CARVALHO; CECCIM, 2006).

² A licenciatura plena era a única modalidade de formação antes de divisão entre licenciatura e bacharelado, até o ano de 2002.

Para Andrade *et al.* (2014), a formação para a intervenção profissional em saúde deve contemplar também: o conhecimento da natureza de atuação no SUS, epidemiologia, promoção da saúde, gestão em saúde, políticas de saúde. E ainda, projetos de intervenção e estágios de natureza multiprofissional e interdisciplinar em comunidades, pautados por metodologias ativas de aprendizagem.

3.3 Categoria não apriorística 1: Conhecimento sobre a Saúde Pública – disciplinas que deram suporte para a intervenção profissional

Embora tenham ressaltado a fragilidade da formação inicial, os participantes destacam disciplinas do currículo de graduação que, em sua opinião, mais contribuíram para a atuação na Saúde Pública.

Para área que eu trabalho, com práticas integrativas, por exemplo, a disciplina de psicologia [...] deu uma base boa para trabalhar, para desenvolver mais. A disciplina de grupos especiais e Educação Física adaptada deu um suporte bom, porque geralmente na Saúde Pública, pelo menos eu que estou na UBS, é difícil você não trabalhar com pessoas que tenham algum tipo de limitação, terceira idade. As matérias que falavam de terceira idade, saúde do idoso contribuiu (sic) muito, falava sobre hipertensão, diabetes, doenças crônicas, essas matérias deram suporte (PEF1).

A verdade é que essa área sempre foi a área que me encantou [...]. Depois que eu conheci o trabalho com os idosos, uma área que me apaixonei muito foi da prevenção [...]. Na área básica, a gente tinha a disciplina de saúde coletiva, que era a que mais se aproxima a esses conteúdos, mas eram coisas assim, muito superficiais, não preparavam para trabalhar mesmo com o que é o SUS hoje (PEF2).

[...] tive alguns tópicos específicos de treinamento aeróbico, grupos especiais, ginástica localizada, é onde entra essa deficiência porque você precisa se especializar, mesmo que trabalhe com todas essas disciplinas. Mas, a condução desses grupos em gestão pública é o X da questão [...]. Como conduzir esses grupos é outra situação, é um trabalho de saúde, precisa ter todo um estudo de saúde. Essa deficiência eu senti na minha formação [...] (PEF4).

Os participantes destacaram as disciplinas acadêmicas como principal fonte de conhecimento na graduação. Embora as disciplinas sejam os eixos principais nos currículos de formação inicial, deve-se lembrar que o conhecimento tratado na universidade precisa superar os métodos conservadores, focados quase que exclusivamente nas disciplinas acadêmicas. Assim, é desejável que a produção e apreensão de conhecimento avancem rumo a metodologias ativas, centradas no aprender a aprender, na autonomia do estudante e nos projetos e processos de aproximação universidade-realidade/comunidade, da episteme à práxis (MITRE *et al.*, 2008). Não se trata de negar o papel das disciplinas acadêmicas, mas sim, reconhecer que o conhecimento tratado por elas precisa ser conectado à realidade.

Ante o reconhecimento de que poucos foram os conteúdos relacionados à Saúde Pública tratados nas disciplinas da graduação, os participantes elencaram outras matérias que, em sua opinião, são imprescindíveis e deveriam constar no currículo. Estas abarcam tanto conhecimentos gerais, quanto específicos e técnicos da área de EF, a saber: Educação em Saúde, Saúde Pública, Conhecimento da Organização do SUS, Interdisciplinaridade, Estágios Interdisciplinares, Fundamentos Teóricos sobre o Funcionalismo Público, Epidemiologia, Humanização, Trabalho com Equipe Multiprofissional, Práticas Integrativas, Atividade Física Terapêutica, Atividade Física para Pessoas com Dificuldades de Controle dos Sistemas Fisiológicos, Estágios Interdisciplinares em Saúde, Avaliação Física, Atividade Física e Promoção da Saúde, Atividade Física para Grupos Especiais, Exercício na Saúde e na Doença, Reabilitação, dentre outras.

Alguns PEF indicaram ainda disciplinas básicas como Anatomia, Fisiologia e Biomecânica, comum à maioria dos cursos de Bacharelado em EF, mas que não foram ofertadas em sua formação.

Por outro lado, percebe-se que os participantes têm noção clara de conhecimentos relativos à Saúde Pública, ao reconhecerem, por exemplo, a necessidade de compreender o SUS, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, assim como os processos de educação em saúde. Tal fato corrobora Carvalho e Ceccim (2006), para quem a articulação ensino-trabalho é viva e indutora de uma formação ampliada. Assim, além de disciplinas, os cursos de formação precisam priorizar a relação academia-realidade.

3.4 Categoria não apriorística 2: Mudança curricular – um olhar para a Saúde Pública

Essa categoria se apresenta como um desdobramento da anterior. No reconhecimento de disciplinas ausentes e sugestões de outras que julgaram relevantes para a formação inicial, os profissionais de EF identificaram a demanda por mudanças curriculares, de modo que a área da Saúde seja de fato contemplada em sua complexidade.

As falas de todos os participantes refletiram um olhar para a mesma direção, no que se refere às demandas da prática profissional em Saúde Pública na realidade de Maceió, a saber:

- Mudança nos currículos de formação, com ênfase na oferta de estágios, desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão na Saúde Pública, bem como o estreitamento das relações universidade-serviço;
- Necessidade de compreensão mais abrangente dos paradigmas relacionados às práticas corporais, práticas integrativas, dentre outras a serem desenvolvidas pelo PEF;
- A inserção de disciplinas específicas no currículo da graduação, pautada por princípios críticos de educação em saúde.

Os pontos levantados pelos participantes vão ao encontro das demandas de conciliação teoria e prática. Gentil, Abílio e Cordeiro (2015) destacam que pensar o currículo requer refletir sobre a integração ensino e serviço tanto no conhecimento teórico como nos campos de prática, de forma a colaborar com a construção de um perfil profissional que atenda a Saúde Pública.

Assim, a mudança curricular necessária requer da EF um olhar interdisciplinar e multiprofissional, respeitando sua especificidade, porém, integrando-a com os outros saberes necessários e práticas na produção de cuidado em saúde.

3.5 Categoria não apriorística 3: Formação continuada para atuação na saúde pública

Embora os participantes da pesquisa tenham enfatizado a formação inicial, a formação continuada é vista por eles como possibilidade concreta e significativa de contribuir para a práxis.

A formação continuada, as especializações é que me prepararam para esse trabalho, mesmo assim, ainda tem muita coisa que mesmo com as pós-graduações, a gente tem dificuldade em lidar, em trabalhar com a saúde. Então, eu sempre busquei estudar sobre essa área, mas eu sinto ainda hoje necessidade, mesmo com todas essas especializações e pós-graduação de um curso realmente para o trabalho coletivo, porque eu acho que foi uma área que cresceu muito nesses últimos tempos [...]. Então acredito que eu preciso ainda melhorar (PEF2).

Para a Saúde Pública, o PEF [...] está meio que engatinhando na questão da educação continuada. Claro que precisa não só de um olhar nosso, mas também um olhar da secretaria, do órgão público em dar continuidade, em fazer o processo intersetorial [...]. Enfim, é fundamental esse processo de formação continuada, [...] com todos os profissionais, não só de atividade física (PEF4).

[...] no NASF, foi que também estudei mais para os grupos especiais, porque a gente se deparou muito com essa realidade. Precisei estudar, tem muita gente hipertensa aqui, muitos diabéticos, e aí, como vou fazer? [...] mas a pós-graduação ajudou principalmente para o grupo de obesidade. Minha formação continuada foi mais em casa, estudando [...] e com os cursos voltados para área que atuo (PEF5).

Embora os participantes mencionem os cursos de pós-graduação, é importante notar seu entendimento a respeito da formação continuada em serviço e a autonomia para estudo. Santos *et al.* (2014) lembram que ao SUS cabe a responsabilidade de ordenar a formação de profissionais para atuar na saúde, de acordo com as políticas públicas da área.

Neste contexto, Nascimento e Oliveira (2010) destacam o papel da Residência Multiprofissional em Saúde, curso *lato sensu* que articula os conhecimentos acadêmicos com a complexidade profissional em Saúde Pública. Para as autoras, a Residência é uma oportunidade ímpar de formação em serviço, pois favorece efetivas trocas de saberes e práticas, contribuindo para o desenvolvimento de competências no trabalho em saúde. Embora a demanda de profissionais seja maior que a oferta dos cursos de Residência, estes têm se mostrado eficazes na formação em serviço.

Ainda assim, a formação continuada do PEF precisa ser ampliada. Um novo perfil de egressos vem mostrando, nos últimos anos, a necessidade de investimentos em formações que abracem a Saúde Pública.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar os desafios na formação inicial e continuada para a atuação do PEF na Saúde Pública. Embora a inserção da EF no sistema público de saúde brasileiro não seja tão recente, este ainda é um tema merecedor de estudos aprofundados. Nos últimos 15 anos, pesquisas sobre o tema, envolvendo diferentes regiões do Brasil, tem destacado a necessidade de mudanças curriculares na formação inicial em EF, com vistas ao desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para atuação na Saúde Pública.

Ainda que pesem as diferenças entre distintas regiões do país, é unânime entre pesquisadores e profissionais de EF que os currículos de formação precisam ser revistos, de modo a contribuir com uma formação mais qualificada no campo da saúde, especialmente para o SUS.

No caso do município de Maceió, a presença de profissionais de EF no sistema público de saúde ainda é mais recente que em vários estados brasileiros. Por outro lado, os profissionais concursados estão empenhados em ampliar sua formação para a melhoria de sua atuação.

Ainda é incerto o rumo da EF neste campo, porém, acredita-se que os profissionais precisam construir uma identidade consistente e forte para a profissão, frente aos desafios da Saúde Pública. Entretanto, este é um caminho que só pode ser trilhado com o comprometimento coletivo das instâncias formativas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. R. *et al.* Formação do bacharel em Educação Física frente à situação de saúde no Brasil. *In*: BENEDETTI, T. B. *et al.* (org.). **A formação do profissional de educação física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014. p.87-107.

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, v. 19, n.4, p. 1127-1144, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a12.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Reconhecimento de profissionais de saúde de nível superior. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 5 de maio 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 30 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais: Educação Física**. Resolução nº 7, de 31 de março de 2004. Brasília: Conselho Nacional de Educação, Ministério da Educação, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0218.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 137-170.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

COSTA, A. P. **Formação do profissional de Educação Física para atuação na Saúde Pública**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_191_ana_paula_costa.pdf.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2014.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462012000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2013.

GENTIL, D. F.; ABÍLIO, E. S.; CORDEIRO, M. J. J. A. Limites e desafios curriculares na formação de profissionais para atuar no sistema único de saúde. **Interfaces Educ.**, v. 6, n. 17, p. 77-96, 2015. Disponível em: <http://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/747/688>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Socied.**, v. 19, n. 4, p. 814-827, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2016.

NEVES, R. L. R. *et al.* Educação Física na Saúde Pública: Revisão Sistemática. **Rev. Bras. Ciênc. Movimento**, v. 23, n. 2, p. 163-177, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/UCB/RBCM/v23n02/v23n02a20.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

OLIVEIRA, R. C. Educação Física, saúde e formação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280302, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300300&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2020.

SANTOS, S. F. S. *et al.* Experiências da Educação Física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde. *In*: BENEDETTI, T. R. B. *et al.* **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014. p.158-159.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev. Bras. Ativ. Físic. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/549/547>. Acesso em: 15 abr. 2015.

PESQUISA-INTERVENÇÃO COMO DISPOSITIVO ANALISADOR DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Carmem Lúcia Brandalise
Prefeitura Municipal de Santos-Secretaria de Saúde
Santos – SP

Rosilda Mendes
Universidade Federal de São Paulo
Santos – SP

RESUMO

Este texto objetiva apresentar a pesquisa-intervenção como uma metodologia que permite acompanhar processos de trabalho na área da saúde. Seu ponto de partida é a premissa de que o trabalho em equipe, como um arranjo para a integração das disciplinas, a troca de saberes e a operacionalização do processo de trabalho em saúde pauta-se pelo uso de tecnologias relacionais para a garantia de uma prática cuidadora. A proposta de pesquisa-intervenção aqui discutida insere-se no campo das pesquisas participativas e aplicadas na qual se considera a implicação dos sujeitos envolvidos. O estudo teve como base o município de Santos e procurou analisar o processo de trabalho da equipe multiprofissional apoiadora da Atenção Básica tendo a pesquisa intervenção como método favorecedor do diálogo. Os dados foram produzidos por meio de oficinas problematizadoras e da técnica de registro de escriba. Os resultados apontaram que os problemas enfrentados pelos profissionais só são passíveis de serem superados na própria experiência cotidiana, com a criação e experimentação do novo; apontou para a urgência do estabelecimento de espaços de discussões coletivos, na dinâmica de trabalho dos profissionais e a importância de investir em processos de formação interprofissional, utilizando-se de estratégias que favoreçam as trocas e a qualificação do cuidado. Conclui-se que a pesquisa-intervenção e o exercício da práxis colaborativa, apoiados num processo de educação permanente, seriam alternativas possíveis para essa formação que pretende qualificar o cuidado, as quais se apresentam como estratégias para capilarizar e favorecer o debate, tanto na gestão como na produção de cuidado.

Palavras-chave: metodologia qualitativa, pesquisa-intervenção, trabalho interprofissional em saúde

1 INTRODUÇÃO

O ato de ver não é o ato de uma máquina de perceber o real enquanto composto de evidências tautológicas. O ato de dar a ver não é um ato de dar evidências visíveis a pares de olhos que se apoderam unilateralmente do “dom visual” para se satisfazer unilateralmente com ele. Dar a ver é sempre inquietar o ver, em seu ato, em seu sujeito. Ver é sempre uma operação de sujeito, portanto uma operação fendida, inquieta, agitada, aberta (DIDI-HUBERMAN, 1998, p. 77).

Este texto tem como base a investigação *Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção* (BRANDALISE, 2014) realizada no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo. O estudo qualitativo orientou-se pela pesquisa-intervenção, uma abordagem participativa produzida de forma muito particular, respeitando as especificidades de cada realidade estudada. Nesse modo de pesquisar, os sujeitos são afetados em suas subjetividades, sofrendo significativas interferências no transcorrer do processo de investigação. Assim, a intervenção opera no campo dos acontecimentos e deve guardar a possibilidade do inédito na experimentação humana, viabilizando também ao pesquisador a possibilidade de surpreender-se (KASTRUP, 2015).

A proposta de pesquisa-intervenção aqui discutida é entendida como uma forma de estudar os fenômenos historicamente e em movimento, na qual se considera a implicação dos sujeitos envolvidos, pesquisador e pesquisados, no processo de investigação, na medida em que parte da premissa de que os sujeitos se modificam e modificam o objeto de estudo, por estarem incluídos no campo de pesquisa. Assim, a pesquisa-intervenção não pretende fortalecer uma prática que reforça a divisão entre sujeitos competentes e incompetentes, mas é um método que se propõe articular sujeitos, pesquisador e pesquisado no processo de produção de conhecimento, reconhecendo a importância e complementariedade dos conhecimentos produzidos na práxis dos envolvidos.

O estudo teve como cenário o município de Santos e procurou analisar o processo de trabalho da equipe multiprofissional apoiadora da Atenção Básica, que compunha a Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC) que é subordinada ao Departamento de Atenção Básica (DEAB). Na ocasião da realização do estudo, essa Seção se constituía por um grupo de profissionais de diversas áreas, tinha a missão de apoiar todos os serviços de saúde vinculados ao DEAB, sem distinção entre o modelo de atenção que organizava o processo de trabalho das unidades e tendo os distritos sanitários como a principal referência para a organização da prática de apoio que estava em operacionalização no município. Cabe esclarecer que no município de Santos a Atenção Básica está organizada com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e

algumas unidades na lógica tradicional. Nossa pretensão não foi realizar uma análise institucional, e sim cartografar o processo de trabalho dos profissionais apoiadores.

Este texto pretende analisar a perspectiva metodológica da pesquisa-intervenção enquanto um método favorecedor do diálogo entre pesquisador e sujeitos envolvidos na pesquisa, sem nenhuma intenção de esgotar um assunto tão extenso e complexo, mas sim objetivando incitar novos debates e questionamentos.

A SEATESC era uma forma organizacional de equipe que tinha como uma de suas competências, estabelecida pela gestão na portaria de criação, o fortalecimento da interdisciplinaridade e da integralidade. Para a operacionalização do apoio a equipe se subdividiu para atender os quatro distritos sanitários do município. Assim, no cotidiano do trabalho os profissionais percorriam todos os serviços do território sob sua responsabilidade, respeitando um cronograma rígido de visitas e acabavam por se expor ao inusitado, ao risco, e se colocavam à prova para buscar novos aprendizados. Enquanto profissional responsável pela Seção, observava as dificuldades que a equipe vinha enfrentando para o estabelecimento de um processo de trabalho compartilhado, as contradições entre o proposto e o instituído, o que estimulou a investigação, entendendo-a como uma possibilidade para criar perspectivas coletivas que favorecessem o desenvolvimento de uma prática de apoio comprometida com o usuário e alicerçada no aparato legal que constituía a própria SEATESC. É importante esclarecer que a proposta de equipe de apoio do município se inspirava no ideário dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas o município não havia aderido à proposta ministerial, até o momento da realização deste estudo, justificando sua opção pelas peculiaridades do Sistema de Saúde local. A adesão ao modelo ministerial ocorreu posteriormente, em 2015, com a implantação de três equipes.

Na área da saúde é comum o trabalho em equipes multiprofissionais, pois a complexidade dos problemas a serem enfrentados escapa à capacidade de um único profissional de ter acúmulo de conhecimento e de habilidades práticas para responder às demandas de cuidado. Cabe, então, apontar algumas contribuições sobre as diversas formas de organização e configuração das equipes de trabalho, na medida em que conceitua as modalidades de cooperação entre as profissões as quais podem ser balizadas pelas possibilidades de trabalho “multidisciplinar”, “interdisciplinar”, “pluridisciplinar” e “transdisciplinar”, ou, ainda, como nos fala Peduzzi *et al.* (2013), “interprofissional”.

Para Vasconcelos (1997) as práticas ambulatoriais convencionais, em que profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informação entre si são exemplos de experiências multidisciplinares. O autor destaca ainda que nas práticas multidisciplinares há uma clara relação de poder expressa a partir da hierarquização dos saberes

e uma perspectiva de diálogo muito restrita entre profissionais e suas práticas. Já nas experiências interdisciplinares e transdisciplinares ele nos diz que há um absoluto rompimento com tais posturas, pois considera que nas práticas interdisciplinares deve haver uma reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Nessa perspectiva, flexibilizam-se os limites originais de especialidades, rompe-se com a hierarquização dos saberes e práticas e, no dizer do autor, “democratizam-se as relações de poder entre as diversas profissões”. O autor ainda destaca alguns entraves que tendem a inviabilizar ou dificultar a realização de práticas interdisciplinares: inserção das profissões na chamada divisão social e técnica do trabalho, o mandato institucional que elas adquirem sobre um saber específico, sua institucionalização formal e a constituição de uma determinada cultura profissional.

Furtado (2007) refere-se à multidisciplinaridade, à pluridisciplinaridade, à interdisciplinaridade e à transdisciplinaridade argumentando que sempre há um grau de interação entre as disciplinas e o que varia é a intensidade desse intercâmbio. Para ele, a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo problema, sem, contudo, estabelecer uma relação entre os profissionais e sem possibilitar uma organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas. Nesse modelo de operacionalização há uma baixíssima inter-relação entre as disciplinas. Já, na pluridisciplinaridade, há um efetivo relacionamento das disciplinas com a noção de complementaridade, ou seja, opera-se com a ideia de que uma disciplina deve preencher as lacunas da outra. Ele nos apresenta a ideia da interdisciplinaridade como mediação, dizendo que essa forma de operacionalização não poderá jamais ser elemento de redução e sim uma possibilidade de exploração das potencialidades de cada ciência e um princípio da diversidade e da criatividade. Assim, de acordo com esse autor, a interdisciplinaridade representa um grau mais avançado de relação entre disciplinas, com relações menos verticalizadas, operando sobre conceitos comuns, não havendo a justaposição ou a complementaridade, mas sim uma nova forma de estabelecimento de canais de troca entre os campos em torno de um trabalho a ser realizado conjuntamente.

Coutinho (1991) aponta para o fato de que a perspectiva interdisciplinar deve operar necessariamente a partir da concepção de pluralismo, que não pode ser confundido com relativismo ou ecletismo e sim como uma postura de respeito pela posição alheia. Já Martinelli (1995) nos alerta para o fato de que:

[...] a perspectiva interdisciplinar não fere a especialidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática (MARTINELLI, 1995, p. 156-157).

Assim, a interdisciplinaridade não pretende a unidade de conhecimentos, mas a parceria e a mediação dos conhecimentos para a criação de saberes. Portanto, para que o trabalho de equipe se constitua como uma prática interdisciplinar faz-se necessária uma atitude plural, mas isso não significa equalizar os conhecimentos. Significa compreender que a contribuição de cada profissional favorece o entendimento e que possibilita a interlocução horizontal entre os diversos saberes e práticas, sem desconsiderar as particularidades de cada profissão e a contribuição que cada um dos sujeitos profissionais é capaz de oferecer.

Quando usados na área da saúde, os termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade estão associados à ideia de qualificação do trabalho, ora para qualificar a relação entre os profissionais, ora para flexibilizar as fronteiras entre os diversos saberes e práticas na tentativa de qualificar o cuidado.

Minayo (1991) avalia que a interdisciplinaridade na saúde só pode ser construída a partir de uma visão sociofilosófica que faça crítica ao fragmentarismo e à visão funcionalista tradicional, mas que também consiga criar uma proposta epistemológica com axiomas comuns a um conjunto de disciplinas. Para ela a perspectiva interdisciplinar é viável:

Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo bio-médico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está o seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar (MINAYO, 1991, p. 76).

Diante da afirmação da autora fica clara a necessidade de reformulação da práxis da saúde, a qual necessita estar pautada na lógica interdisciplinar, pois a própria natureza da saúde assim o é, pela complexidade de seu objeto.

Campos e Domitti (2007) nos dizem que o trabalho em equipe, na lógica tradicional, favorece a fragmentação e reforça o isolamento profissional, na medida em que soma procedimentos, acreditando que desse modo alcança a qualidade da atenção. Como alternativa a essa lógica propõe as equipes de apoio matricial, para assegurar eficácia e eficiência à atenção. Para os autores a prática de apoio só é possível na perspectiva da interdisciplinaridade.

As práticas de saúde compartilhadas, interativas e colaborativas vêm sendo também analisadas a partir da inter-relação com a formação de profissionais de saúde, o que lhes confere a perspectiva de uma educação interprofissional (EIP) (REEVES, 2016). Na direção do exercício da prática em saúde, como resultado do processo formativo, a EPI permitiria a integração das ações de saúde, o que aumentaria a resolubilidade e a qualidade da atenção, na medida em que evita espera e duplicações de ações de cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Frente ao exposto, compartilhamos a ideia de que o trabalho em equipe é um arranjo para a integração das disciplinas, e a troca de saberes e a operacionalização do processo de trabalho em saúde devem pautar-se pelo uso de tecnologias relacionais para a garantia de uma prática cuidadora. Desta forma, é importante que se consiga estabelecer processos de trabalho em equipe em que os princípios da humanização do cuidado, da equidade e da integralidade representem o cotidiano das práticas.

Aplicada no cotidiano das práticas em saúde, a postura interprofissional também representa uma possibilidade de enfrentamento do modelo hegemônico na saúde e é fundamental para a efetivação dos propósitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, uma prática com essa dimensão de colaboração não depende somente do esforço dos profissionais, mas também de um projeto institucional que viabilize essa construção.

2 A PESQUISA-INTERVENÇÃO

Na área da saúde, o termo intervenção é comumente utilizado e carrega a ideia de uma forma de intervenção autoritária, a partir de uma dada condição de saúde e da necessidade de uma brusca interferência em tal situação, como uma maneira de implementar uma nova forma de agir planejado, que visa promover melhorias nas situações de saúde da população em geral.

Na pesquisa-intervenção a ideia de intervenção segue outra lógica, não está pautada na noção de interferência ou uma intromissão. Como nos esclarece Paulon (2005), o seu sentido é de um resgate da ideia de um “vir entre”, um interpor-se. Assim, no processo de tessitura de uma pesquisa-intervenção existe um comprometimento com a participação dos atores que são envolvidos no processo do pesquisar.

Por ser uma modalidade de pesquisa participativa, a pesquisa-intervenção supõe a construção de espaços de problematização coletiva, num movimento dialético de ação-reflexão-ação, onde o pesquisador é compreendido como sujeito ativo para implicar-se com os demais sujeitos da pesquisa, sendo que o implicar, aqui, tem um sentido de comprometer-se, de responsabilizar-se juntamente com os sujeitos pesquisados. Estabelece-se, assim, uma equivalência do pesquisador e dos pesquisados quanto à importância no estudo, pois estão lado

a lado na produção do conhecimento. Essa forma de pesquisar transforma os sujeitos da pesquisa em companheiros de jornada durante todo o pesquisar (ROLNIK, 1989).

Para Aguiar e Rocha (2007) o método de pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com as pesquisas tradicionais na medida em que propõe uma intervenção na micropolítica da experiência social, radicalizando a ideia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado uma vez que assume essa interferência como parte do processo de produção do conhecimento.

Destacamos que o método de pesquisa-intervenção tem uma característica muito interessante, que é sua potência em promover estranhamentos e de intercambiar experiências entre todos os que se expõem a ela, na medida em que possibilita criar situações de encontro com o outro, sendo o papel do pesquisador o de acompanhar todo o movimento do grupo sujeito da intervenção, abrindo brechas, intervindo quando necessário para intensificar as trocas.

Partindo dessas noções pode-se dizer que a pesquisa-intervenção caracteriza-se por um “vir entre” e é possível afirmar que a principal intenção no estudo foi buscar entender como acontece o processo de trabalho da equipe apoiadora da SEATESC-DEAB como uma forma de cartografar, ou seja, de acompanhar o percurso, de implicar-se no processo, buscando, simultaneamente, sua potência e os mecanismos possíveis para disparar novas intervenções conjuntamente.

3 OFICINAS PROBLEMATIZADORAS COMO ESTRATÉGIA PARA A PRODUÇÃO DE DADOS

Para a produção de dados utilizou-se a metodologia de oficinas problematizadoras, proposta por Chiesa e Westphal (1995), que se caracterizam pelo diálogo entre os sujeitos da pesquisa com a intenção de refletir sobre o cotidiano de trabalho. Dessa maneira, a pesquisa-intervenção e as oficinas problematizadoras se coadunam por serem modelos abertos de pesquisa, nos quais se mantêm a reflexão como princípio orientador em todo o processo de estudo.

As autoras esclarecem ainda com relação à oficina problematizadora, que essa forma de conduzir um processo investigativo possibilita uma articulação entre os aspectos específicos das vivências individuais e a totalidade da sociedade, como, também, coloca-se como uma estratégia de intervenção educativa que amplia os conhecimentos dos sujeitos sociais que dela participaram.

Para Galletti (2004) “oficina” é um termo amplo, oriundo do latim *officina*, com significações diversas, mas abrangendo o mundo do trabalho e tem em um dos seus inúmeros significados o lugar onde se verificam grandes transformações. A autora nos diz que:

o dispositivo a que chamamos oficina é geralmente convocado quando se fala em 'novas' propostas terapêuticas. Seu uso tem sido frequente e quase corriqueiro na clínica 'psi' para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas e extra-terapêuticas, de diferentes formatos e composições. Quase sempre amparado na crítica à psiquiatria tradicional e, portanto respaldado na reforma psiquiátrica, o universo da clínica não se define por um modelo hegemônico de intervenção e nem tampouco pela existência de um único regime de produção, ao contrário, é composto de natureza diversa, em uma multiplicidade de formas, processos, linguagens (GALLETTI, 2004, p. 19).

A oficina é um espaço de convivência que favorece a experimentação e que, por isso, desarticula as fronteiras, permitindo o uso de uma heterogeneidade de recursos e tecnologias que possibilitam, de maneira singular, a utilização de instrumentos e técnicas como facilitadoras das discussões, estabelecendo um dinamismo para o encontro.

Podemos dizer que a oficina é algo vivo, algo em movimento, que permite o redirecionamento da intervenção conforme vão surgindo às necessidades dos participantes de se dedicar mais a alguma questão ou outra, considerada pelos próprios sujeitos como sendo necessária de maior aprofundamento. Isso também demonstra sua abertura, enquanto instrumento de intervenção, potencializador de novas intervenções na medida em que provoca, em certa medida, uma pressão que estimula os participantes a se recriarem.

O uso de instrumentos e técnicas utilizados no transcorrer das oficinas visava favorecer a expressão dos sujeitos que dela participavam ao mesmo tempo em que se apresentaram como uma possibilidade de arejamento institucional, na medida em que só é possível sua realização pautada no exercício da troca e como facilitadores da expressão dos sujeitos.

Foram realizados seis encontros-oficinas que tinham como balizadores da reflexão os temas: apoio matricial, processo de trabalho, cuidado em saúde e trabalho em equipe. Esses balizadores foram construídos coletivamente na ocasião do primeiro encontro entre os participantes da pesquisa, o qual tinha como objetivo esclarecer o processo da pesquisa-intervenção e o dinamismo das oficinas para a produção de dados. Abaixo, apresentamos um quadro ilustrativo da organização das oficinas.

Quadro 1 – Síntese da organização das oficinas¹

Objetivo	Tema Orientador	Estratégia
Apresentar os objetivos do estudo, a metodologia	Os caminhos da pesquisa	Apresentação do Texto <i>Estatuto do Homem</i> , de Thiago de Mello (1978). Dinâmica de grupo e projeção do livro <i>Zoom</i> , de Istvan Banyai (1995)
Refletir sobre o conceito de apoio matricial	Apoio Matricial	Breve relato do encontro anterior, com o intuito de construir coletivamente um conceito sobre apoio, partindo da elaboração individual, depois em dupla socializando com os demais para elaboração conjunta. Inicia com a distribuição e leitura de texto que trabalha referências sobre apoio e retoma o conceito produzido para relacioná-lo ao referencial teórico.
Iniciar a discussão sobre processo de trabalho em saúde	Processo de Trabalho	Leitura do Escriba, definição do próximo Escriba. Projeção de um fragmento do filme <i>Pina</i> , de Wim Wenders (2011), sobre o trabalho da coreógrafa Pina Bausch para disparar a discussão sobre processo de trabalho, construção de um fluxograma descritor, apresentação dos fluxos. Encerramento e avaliação do dia.
Iniciar a discussão sobre processo de trabalho em saúde	Processo de Trabalho	Leitura do Escriba, e definição do próximo Escriba. Continuação da apresentação dos desenhos dos fluxogramas, discussão sobre o processo de trabalho e leitura de texto sobre processo de trabalho em saúde, aproximação do texto com o processo de trabalho dos sujeitos. Projeção do filme de animação <i>The last; o último fio</i> . Conversa sobre o filme relacionando-o com o fazer em saúde. Encerramento e avaliação do encontro.
Dar continuidade à discussão sobre processo de trabalho em saúde a partir da noção de cuidado.	Cuidado em saúde	Leitura do Escriba e definição do Escriba do dia. Dinâmica de grupo, após as discussões leitura de textos sobre cuidado entregues aleatoriamente aos participantes, retomada das discussões e finalização do trabalho do dia. Avaliação do encontro.
Discutir sobre trabalho em equipe e suas possibilidades de formação, apresentar os dados coletados e propor modificações.	Trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar	Leitura do Escriba, apresentação em <i>PowerPoint</i> , destacando as falas mais significativas, as conexões e desconexões do processo de trabalho, para visualização do caminho trilhado, dinâmica de grupo para discussão do trabalho multi e interdisciplinar. Revisão das propostas de modificação do que está posto. Avaliação do conjunto das oficinas, utilizando instrumento de avaliação e confraternização.

¹ As referências bibliográficas mencionadas no Quadro 1 estão relacionadas ao final do texto com as demais utilizadas ao longo do texto, nas Referências.

4 REGISTRO DO ESCRIBA: UMA ESTRATÉGIA PARA O PERTENCIMENTO

Para a realização do registro das oficinas, além do uso autorizado do gravador, foi utilizada também a metodologia do escriba, uma vez que se pretendia que as oficinas fossem se constituindo como uma ferramenta para experimentação e, como tal, uma oportunidade de reflexão, discussão e questionamentos, sendo um instrumento potencializador de um processo de aprendizado vivenciado pelo coletivo e uma reflexão sobre a própria prática, capaz de produzir um conhecimento a partir de outra lógica.

Na prática, a “metodologia do escriba” favorece o estabelecimento de uma ambiência para o encontro e para os aprendizados, pois ao ler o relato do encontro anterior provoca uma abertura à reflexão e à produção de conhecimento, ao mesmo tempo individual e coletivo (LIBERMAN *et al.*, 2015).

Pode-se dizer que a metodologia do escriba consiste essencialmente que, a cada encontro, um dos participantes registre a seu modo o andamento desse encontro, assinalando não simplesmente os fatos, mas, principalmente, suas impressões, e que, no encontro subsequente, faça a leitura do respectivo registro ao grupo com o intuito de retomar a ambiência das discussões. Enquanto uma metodologia de apoio para o registro escrito, a metodologia do escriba cumpre uma função estratégica nesse trabalho, na medida em que foi convocada para produzir deslocamentos, fazendo com que os sujeitos da pesquisa assumissem ao mesmo tempo um protagonismo e uma co-responsabilização com o processo de pesquisa.

Dessa forma, buscou-se, com o registro do escriba, estabelecer a articulação entre uma oficina e a outra, trazendo aos participantes a lembrança do processo anterior de discussão, de modo que servisse como uma estratégia estimuladora do encontro em andamento, na medida em que o registro não se ateve apenas à ocorrência dos fatos, pois isso já estava sendo registrado pelo gravador, mas permitiu enriquecer a narrativa com o olhar perspicaz do escriba.

5 O QUE A PESQUISA NOS FEZ REFLETIR

O material produzido no transcurso das oficinas problematizadoras demonstra as características singulares e a complexidade do processo de trabalho da equipe apoiadora, o que se configurou como um desafio a mais no processo analítico da pesquisa. Certamente não foi tarefa fácil tentar reproduzir a riqueza do movimento vivido nas oficinas e a importância do processo de reflexão realizado. Assim, o que se pretende com a organização dos dados é apresentar o registro dos encontros, cartografando-os, pois a intenção do estudo era compreender o processo de trabalho da equipe SEATESC com suas potencialidades e limites da proposta conforme apareceram no momento da produção de dados.

Após a finalização das oficinas problematizadoras e feitas as transcrições das gravações, sempre no intervalo de uma para a outra, a tarefa foi olhar atentamente para o material produzido, realizando uma espécie de varredura, para extrair os principais pontos apresentados pelos participantes, destacando trechos significativos de suas falas para demonstrar a realidade investigada, os quais eram pertinentes ao objeto de pesquisa.

O próprio dinamismo do processo de produção dos dados fez com que emergissem no transcurso das discussões as quatro categorias analíticas: a prática do trabalho em equipe; a prática do cuidado; formas de organizar o trabalho para transformar a gestão do cuidado e a pesquisa-intervenção como possibilidade para inventar-reinventar.

A prática do trabalho em equipe e a prática do cuidado e formas de organizar o trabalho em equipe referem-se diretamente ao processo de trabalho da equipe SEATESC e aos mecanismos de gestão acionados para esse fim.

Como já mencionamos, o trabalho em equipe deve pautar-se por uma prática de diálogo entre os campos de conhecimento, de tal forma que gere uma troca capaz de viabilizar uma prática compartilhada e criativa, que carregue a potencialidade de criar alternativas de ação e estratégias de cuidado.

Portanto, trabalhar em equipe diz respeito à perspectiva interdisciplinar, que é eminentemente uma prática compartilhada. A interdisciplinaridade requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes desse mesmo objeto, dessa mesma prática (MARTINELLI, 1995).

Para o objetivo proposto para este texto vamos destacar a pesquisa-intervenção enquanto categoria analítica por gerar infinitas possibilidades de transformação, tanto dos participantes como de suas práticas, por propor um movimento de reflexão a partir do encontro entre sujeitos, pesquisador e pesquisados, permitindo a horizontalização das relações.

A pesquisa-intervenção foi tomada como uma categoria analítica nesta produção de conhecimento porque os participantes foram se mostrando muito receptivos à experimentação e aos deslocamentos que os encontros e as discussões provocaram. Também nas avaliações, tanto ao final de cada oficina problematizadora quanto no preenchimento do instrumento final de avaliação do conjunto das oficinas, constatamos a potência do método ao abrir espaços de diálogo para o exercício de uma prática pautada no movimento de ação-reflexão-ação.

No exercício da pesquisa, em alguns momentos, emergiam situações conflitantes como aquilo que está naturalizado socialmente enquanto produção de conhecimento e a errância que o método de pesquisa-intervenção se propõe. Nos perguntávamos se seria possível sair da lógica avaliativa e estabelecer um processo interacionista para garantir que o conhecimento, ainda que incipiente, pudesse ser forjado pelo coletivo. Afinal, todos estávamos atravessados pela experiência em análise. Esses tensionamentos, em alguns momentos, foram embalados pelo silêncio, noutros pela fluência, o que colocava um enorme desafio a ser balizado pelas pessoas envolvidas no processo investigativo.

Por ser uma metodologia que não almeja chegar a um resultado único e conclusivo, ao contrário, se propõe acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos, torná-los visíveis, pensar sobre eles e sentir as múltiplas afetações, a pesquisa-intervenção se caracterizou como sendo uma possibilidade criativa. Isso porque pode ser acionada pelos participantes, ou pela gestão, como uma ferramenta, que possibilita uma melhor compreensão dos processos de trabalho, o aprofundamento do conhecimento da realidade e conseqüentemente abre espaços para a alteração de caminhos com a participação ativa das pessoas.

Ao se mostrar como uma estratégia, a pesquisa-intervenção pode ser acionada sempre que houver o desejo de compreender a subjetividade dos processos de trabalho para construir ou reconstruir, coletivamente, linhas de fuga, pois no seu próprio percurso vai estabelecendo uma relação horizontalizada entre os sujeitos envolvidos estabelecendo, assim, a co-responsabilização pelo processo.

Observemos alguns comentários dos participantes sobre a experiência de ter participado desse processo, retirados do instrumento de avaliação, portanto sem identificação do participante:

[...] os encontros foram muito importantes para prestar atenção no desenvolvimento do nosso trabalho e possibilitar uma reflexão sobre as potencialidades e como avançar no processo, principalmente nas Unidades que encontramos dificuldade de trocar (Avaliação final em 09/10/13).

[...] gostei muito de participar destes espaços reflexivos e acredito que toda a experiência é sempre uma bagagem e um tempo feliz que ninguém nos tira. Obrigada (Avaliação final em 09/10/13).

[...] foi muito bom participar. Sempre passamos a enxergar as coisas por outros ângulos (Avaliação final em 9/10/13).

A utilização da pesquisa-intervenção permite que os sujeitos se expressem e a partir daí passem a pensar coletivamente algumas possibilidades de invenção ou reinvenção, também necessária para a produção de conhecimento.

[...] como seria bom continuar nossos encontros, faz tanta falta isso pra nós (Avaliação final, em 9/10/13).

[...] se a gente continuasse, a questão do território tinha que ser um tema (Avaliação final em 9/10/13).

[...] gostei de participar, estou esperançosa com as possibilidades de mudanças e me sinto mais fortalecida (Avaliação final em 9/10/13).

Por ser um método que permite a aproximação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, que se equivalem em importância, como aponta Rocha (2006), entendemos que a pesquisa-intervenção, ao ser acionada como instrumento de gestão, pode aproximar a gestão dos trabalhadores, favorecendo que o conhecimento emergja da realidade, ora operando agenciamentos produtivos que trazem o novo, ora atuando no que já é instituído. Dessa forma, cortes e recortes que constituem a forma como a realidade se apresenta revelam as forças que contribuem para a formação de sujeitos e manifestam tanto as linhas duras das relações como as linhas de fuga que as afetam e as desestabilizam.

Por isso a pesquisa-intervenção produz diferença, quebra a hierarquização das relações de poder e abre espaço para que os sujeitos se constituam como sujeitos responsáveis e implicados para enfrentarem a complexidade do processo de trabalho na saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu constatar que os problemas enfrentados pelos profissionais da SEATESC, que interferem na dinâmica do processo de trabalho, só são passíveis de serem superados na própria experiência cotidiana, com a criação e experimentação do novo, em uma atuação de abertura para as inúmeras possibilidades que surgem a partir do encontro com o outro, com o diferente. Apesar do estudo se propor a demonstrar e problematizar o processo de trabalho da SEATESC, sem nenhuma pretensão de esgotar as discussões dos limites e possibilidades da proposta de apoio à Atenção Básica da Secretaria Municipal de Santos, ele delimita alguns entraves e vislumbra medidas norteadoras para aproximar a proposta da gestão

às reais necessidades do SUS. Demonstra-se, assim, que a fragilidade da proposta de apoio em operação no município está na tensão entre o proposto e o instituído.

A investigação apontou também para a urgência do estabelecimento de espaços de discussões coletivos, na dinâmica de trabalho dos profissionais da SEATESC, que podem acontecer a partir da discussão de casos, como sugestão apresentada pelos próprios profissionais, ou a partir de outras estratégias de gestão que valorizem a grupalidade. A dinâmica do trabalho, carece desses espaços a fim de estabelecer uma prática mais porosa a ponto de olhar mais amplamente a realidade e, conseqüentemente, o processo de trabalho, caminhando com uma atitude de aprender a aprender como a possibilidade de encontro entre gestores, trabalhadores e usuários.

Nesse processo aprendemos que nenhum profissional está pronto, mesmo quando apresente capacidade para lidar com a diversidade na produção do encontro. É importante investir em seu processo de formação profissional, utilizando-se de estratégias que favoreçam as trocas e não apenas a reprodução de conhecimento.

Pensamos que a pesquisa-intervenção e o exercício da práxis colaborativa, apoiados num processo de educação permanente seriam alternativas possíveis de uso, para essa formação que pretende qualificar o cuidado, as quais se apresentam como estratégias para capilarizar e favorecer o debate, tanto na gestão como na produção de cuidado. Porém, não é mais possível imaginar que somente elas possam gerar transformações no processo de formação de trabalhadores. São, sim, maneiras de assegurar os processos democráticos para a construção de um SUS para todos. Portanto, sem espaço para inventar-reinventar outras formas de subverter o instituído, não será possível escapar dos modelos e dos protocolos tão bem consolidados que muitas vezes engessam até o desejo de transformação da prática de saúde.

O desafio é permanente, não há outro modo, pois é necessário encarar que há disputa de projetos e essa clareza é fundamental para o desencadeamento de um processo de análise que pode engendrar outros agenciamentos, até mesmo atingindo o plano das intencionalidades, dando novos sentidos capazes de transformar até o desejo, para ser capaz de produzir uma outra prática apoiadora.

Para finalizar, há a necessidade de desterritorialização para depois efetivar a territorialização desse modo de desenvolver o processo de trabalho da Equipe SEATESC, para que possa, junto com a gestão municipal de saúde, encontrar novos espaços. Entendemos que a perspectiva do trabalho de apoio está na construção de uma prática colaborativa. Fica aqui o desafio, que os profissionais ocupem o não lugar, que é uma marca da prática do apoio, atravessem a rede de serviços de saúde, que possam criar um trabalho que se torne visível, partindo de experimentações, até conseguirem, junto com a gestão, estabelecer uma intervenção

virtuosa e que faça sentido para romper com as relações de subordinação e com o medo que as instituições hierarquizadas favorecem.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicol. Cienc. Prof.** [online], v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400007>.

BANYAI, I. **Zoom**. Trad. Gilda Aquino. Rio de Janeiro: Brinque Book, 1995.

BRANDALISE, C. L. **Apoio à atenção básica de saúde: percurso da pesquisa-intervenção**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, 2014. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/015_bx_carmemlucia_tese.pdf.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 46, p. 19-22, mar. 1995. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=161758&indexSearch=ID>.

COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. **Cadernos ABESS**. Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional. São Paulo, n. 4, p. 5-17, maio 1991. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/revista-temporalis/edicoes-anteriores/ensino-em-servico-social-pluralismo-e-formacao-profissional-cadernos-abess-n-04-cortez-sao-paulo-1995-9>.

DIDI-HUBERMAN, G. **O que vemos o que nos olha**. São Paulo: 34. ed., 1998.

FURTADO, J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** (Botucatu) [online], v. 11, n. 22, p. 239-255, maio-ago 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>.

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Editora UCG, 2004.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *In*: PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do Método da cartografia pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 32-51 Disponível em: <https://www.editorasulina.com.br/img/sumarios/473.pdf>.

LIBERMAN, F. *et al.* Articulação prático-teórica e a produção de inovação no mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde. **Saúde soc.** [online], v. 24, n. 2, p. 716-729, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200025>.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p 70-77, abr./jun. 1991.

MARTINELLI, M. L. (org.) **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

MELLO, T. **Estatutos do homem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1978

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psic. Soc.** [online], Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, set./dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000300003>.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

REEVES, S. Por que precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface** (Botucatu) [online], v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo, Estação Liberdade, 1989.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**. Porto Alegre: PUCRS, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/1431/1124>. Acesso em: 9 ago. 2018.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 54, p. 132-157, 1997.

WENDERS, W. **Pina**. Filme documentário longa metragem. Prod. Neue Road Movies, Eurowide Film Production, ZweitesDeutschesFernsehen (ZDF). Alemanha/França/Reino Unido, 2011. Disponível em: <https://vimeo.com/31227698>. Acesso em: 9 ago. 2018.

CUIDADOS PALIATIVOS E INTERDISCIPLINARIDADE

Ana Cláudia Arguelles dos Reis
Hospital Santa Marcelina
Universidade Cruzeiro do Sul
São Paulo – SP

Rita Maria Lino Tarcia
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Informática em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

O presente texto apresenta a definição e os princípios básicos que norteiam os Cuidados Paliativos. A morte é vista como natural e esperada na evolução de uma doença ameaçadora da vida. O apoio de uma equipe multiprofissional, com conhecimento técnico e específico visa proporcionar o alívio da dor, seja ela física, social, familiar, emocional ou espiritual. A elaboração de um Guia Orientador pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos com as dez competências centrais para a prática profissional atesta a relevância de ações educativas para as equipes formadas. Enfatiza que o profissional de saúde deve olhar para o paciente e não para a doença, estabelecendo com o paciente e seus familiares uma relação empática, oferecendo a escuta e o acolhimento necessário. Evidencia nos Cuidados Paliativos a importância de uma equipe multiprofissional realizando um trabalho de forma interdisciplinar, onde cada profissional exerça a sua prática, complementando as demais, com um olhar voltado para as necessidades do paciente e de sua família.

Palavras Chaves: Cuidados Paliativos; Competências; Paciente; Trabalho Interdisciplinar

1 INTRODUÇÃO

Durante a minha graduação em Serviço Social, não houve espaços para tratar de questões relacionadas às doenças graves, progressivas e à morte. Particularmente, o meu interesse por essas questões levou-me a buscar artigos sobre o assunto, além de esclarecer as dúvidas com a Preceptoria Médica e durante a participação nas reuniões multiprofissionais semanais no Hospital onde trabalho.

Em 2011 houve a oportunidade de realizar uma Pós-Graduação em Cuidados Paliativos pela Faculdade Santa Marcelina (FASM), coordenado pela Preceptoria dos Cuidados Paliativos. A intenção da Preceptoria na ocasião era a de disseminar a educação à todos os profissionais da equipe em Cuidados Paliativos. Na ocasião, eu, assistente social, a enfermeira, a nutricionista, a fonoaudióloga e a fisioterapeuta participamos dessa formação, que nos possibilitou além de agregar novos conhecimentos, realizar um trabalho mais efetivo baseado nas competências de Cuidados Paliativos, oferecendo ao paciente/ familiares o suporte emocional e social, além de assistência às dimensões psicossociais e espirituais dos mesmos.

Os Cuidados Paliativos têm a proposta de um trabalho interdisciplinar com o paciente e seus familiares para minimizar o sofrimento e possibilitar a melhora da qualidade de vida dos pacientes em terminalidade.

A partir dessas experiências, tenho como objetivo descrever a percepção dos profissionais acerca de sua prática em uma Equipe Multiprofissional realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, o qual é caracterizado como um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante dos princípios dos Cuidados Paliativos, as seguintes indagações orientaram a pesquisa e fomentaram o desejo de conhecer melhor essa prática em equipe profissional com a finalidade de articular ações para um atendimento de qualidade aos pacientes/familiares, além de possibilitar a implementação de ações educativas para a disseminação do trabalho em cuidados paliativos para os profissionais que realizam residência profissional nesta Enfermaria, além de outros profissionais atuantes em outras enfermarias do Hospital:

- Para os profissionais, como é realizado o trabalho da Equipe Multiprofissional na Enfermaria de Cuidados Paliativos?
- Qual a percepção dos profissionais sobre o trabalho realizado pela Equipe Multiprofissional da qual faz parte, na Enfermaria de Cuidados Paliativos?

- Qual a percepção da Equipe Multiprofissional frente à terminalidade de vida do paciente internado?
- Como a Equipe Multiprofissional poderia disseminar a educação em Cuidados Paliativos para os profissionais que realizam residência nesta Enfermaria?

Assim, foi desenvolvida a pesquisa do Mestrado Profissional em Educação em Ciências da Saúde¹, com os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a prática profissional do trabalho de uma Equipe Multiprofissional realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos;
- Relatar a percepção do profissional da Equipe Multiprofissional em relação ao atendimento prestado em uma Enfermaria de Cuidados Paliativos;
- Identificar a percepção da Equipe Multiprofissional sobre a terminalidade de vida do paciente internado;
- Identificar as contribuições da Equipe Multiprofissional na disseminação de Educação em Cuidados Paliativos para os profissionais que realizam o estágio nesta Enfermaria.

2 CUIDADOS PALIATIVOS – FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

Segundo Carvalho (2015), a abordagem do Cuidado Paliativo tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento humano e precisa ser multiprofissional enxergando a pessoa doente e sua família nas dimensões, física, psíquica, social/familiar e espiritual.

O mesmo autor menciona que, no sentido etimológico, *pallium* significa aquele que protege e oculta os sintomas de uma doença em franca evolução. Historicamente, o termo estaria ligado ao manto dos cavaleiros das Cruzadas, que os protegeria das variações climáticas. Outro conceito é *hospice* que inicialmente significa hospedeiro e posteriormente estranho, hóspede, viajante. Outro sentido do termo *hospice* diz respeito à filosofia que embasa a prática de cuidados paliativos, *hospice care* e o local destinado a esse cuidado realizado por uma equipe multiprofissional focada no paciente, suas necessidades clínicas e resolução de questões pessoais de ordem: familiar, financeira, espiritual, entre outras.

¹ Reis (2018). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_221_ana_claudia_arguelles.pdf.

A definição de Cuidados Paliativos em 1986, segundo a *World Health Organization (WHO)*:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (WHO, 1986, tradução nossa)².

Em 2002, segundo a WHO cuidados paliativos trata-se de uma:

Abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002, tradução nossa)³.

Já em 2017, com o processo de aprimoramento do trabalho de cuidados paliativos, a definição passou a ser:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2017, tradução nossa)⁴.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) define os princípios básicos que norteiam os Cuidados Paliativos:

- A morte é vista como natural e esperada na evolução de uma doença ameaçadora da vida e no oferecimento de apoio para auxiliar o paciente a viver da melhor maneira possível até o dia de sua morte.
- O conhecimento técnico e específico deve buscar o alívio da dor, seja ela física, social, familiar, emocional e espiritual.
- Os Cuidados Paliativos seria a ortotanásia que diz respeito à morte natural, morte como um ciclo, morte como parte da vida.

² WHO (1990). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³ WHO (2002). Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

⁴ WHO (2017). Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

- Para esses cuidados são necessários diversos saberes profissionais e a equipe multiprofissional irá avaliar e cuidar desse paciente olhando-o como um todo, em todas as suas necessidades. A equipe usa uma abordagem para orientar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo orientação sobre luto, se indicado.
- Cabe ainda aos Cuidados Paliativos oferecer apoio à família durante o período de doença do paciente e posteriormente no momento de luto, dentro da realidade daquela família, compreendendo as relações paciente – familiares e condições que a família possui para cuidar do paciente.
- Tais cuidados são aplicáveis inicialmente no curso da doença, em conjunção com outras terapias que pretendem prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem os exames necessários para melhor entender e administrar as complicações clínicas que causam sofrimento.
- Os pacientes que recebem Cuidados Paliativos desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida têm a possibilidade de viver com mais qualidade de vida, pois não são submetidos a intervenções agressivas, fúteis e podem morrer com dignidade, como consequência de um ciclo natural da vida, sem serem submetido a tratamentos invasivos.

Sendo assim, faz-se necessário, ir além do tratamento de sintomas físicos e buscar desenvolver um olhar técnico para as questões psicossociais e espirituais do paciente.

3 COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Gamondi, Larkin e Payne (2013) existem elementos da formação em cuidados paliativos e das competências necessárias para uma boa prática profissional nas equipes envolvidas em cuidados paliativos. Definem competência:

A primeira define competência como uma capacidade para realizar uma tarefa, a segunda descreve as competências em termos de um conceito mais amplo, considerando ambas um conjunto de dimensões necessárias para produzir um desempenho e o desempenho em si mesmo. De acordo com esta segunda abordagem, um conjunto de atributos demonstráveis e mensuráveis (conhecimento, habilidades e comportamentos) pode ser razoavelmente espectável de um profissional seguindo um curso instituído de aprendizagem teórica e clínica (GAMONDI; LARKIN; PAYNE, 2013, p. 5).

Gamondi, Larkin e Payne (2013) mencionam que a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) abordou a questão da educação e formação para equipes profissionais de Cuidados Paliativos que resultaram na elaboração de um Guia Orientador com as dez competências centrais para a prática profissional:

- Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias, ou seja, proporcionar o cuidado integral ao paciente no ambiente de escolha dele ou de sua família.
- Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes, pois o conforto físico representa a qualidade de vida desses pacientes.
- Atender às necessidades psicológicas dos doentes, para isso, o profissional deve ser capaz de oferecer escuta ativa e uma intervenção de suporte sendo capaz de saber quando e a quem referenciar.
- Atender às necessidades sociais dos doentes, ou seja, avaliar o contexto social do paciente e proporcionar orientações e encaminhar para a Assistente Social para fornecimento de orientações sociais e aquisição de benefício.
- Atender às necessidades espirituais dos doentes, pois, a doença, em geral, faz com que o paciente levante questões sobre o sentido da vida, necessitando dos cuidados espirituais. Os profissionais de saúde devem discutir as questões espirituais com os pacientes e familiares e solicitar um conselheiro espiritual quando necessário.
- Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo, com isso, ao cuidar do paciente cuidamos também da família. São os cuidadores familiares que prestam o cuidado e são o elo entre o paciente e a equipe profissional.
- Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos, para isso, cada profissional deve possuir a competência necessária para lidar com os desafios éticos, conhecendo bem o seu código de ética profissional e também promover a autonomia do paciente.
- Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os Cuidados Paliativos são oferecidos, para providenciar apoio durante as transições do paciente entre os diferentes contextos do cuidado (domicílio – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD/Ambulatório/Hospital), promovendo um trabalho de equipe multiprofissional e oferecer ao paciente e seus familiares o modelo mais apropriado de cuidados.

- Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos, desenvolvendo habilidades de comunicação efetiva, incluindo a comunicação de más notícias, sabendo interpretar os diferentes tipos de comunicação verbal e não verbal do paciente e familiares, informando ao paciente sobre o seu prognóstico respeitando o tempo necessário para o paciente receber tais informações.
- Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional, para buscar o contínuo desenvolvimento profissional, saber o momento para encaminhar o paciente para outro profissional, cuidar da saúde física e mental, realizar atividades de lazer, evitando assim o esgotamento profissional.

Os autores afirmam que essas competências devem complementar as que os profissionais de saúde adquiriram por meio da prática clínica e serem vistas como uma referência que todos devem pretender chegar, ao longo do tempo.

Os Cuidados Paliativos têm sua especificidade e necessitam de uma integralidade na assistência onde os profissionais da equipe com suas habilidades e competências contribuem para a prática dos cuidados de fim de vida dos pacientes atendidos.

Segundo Rodrigues (2012), os Cuidados Paliativos em ambiente hospitalar trabalham com a filosofia de uma equipe treinada e capacitada com foco no alívio de sintomas físicos e questões psico sócio espirituais, além de entender a morte como um processo natural da vida. Isso tudo proporciona a oportunidade da equipe trabalhar unida, com expertise e maior probabilidade de atingir as metas do cuidado.

Para Fonseca e Geovanini (2013), na formação do profissional em Cuidados Paliativos, as habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, a competência para a condução dos casos diante de doenças em estágio terminal, o manejo de drogas para alívio da dor e o conforto do paciente, além das técnicas de suporte para o enfrentamento da morte e do luto, tanto do paciente/familiares quanto da equipe multiprofissional são essenciais para o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo. A atuação de um profissional paliativista deve ter como habilidades técnicas no controle de sinais e sintomas, domínio em áreas como a fisiopatologia das doenças crônicas e a sobrevida, a farmacologia, as técnicas de relaxamento, a valorização da comunicação, do campo espiritual e o trabalho em equipe. O médico deve compartilhar sua conduta com os outros membros da equipe, pois em cada área de atuação nos Cuidados Paliativos há um objetivo para que se cumpra o plano de cuidados, pois as ações são interdependentes.

Conforme Fonseca e Geovanini (2013) a tomada de decisão está diretamente relacionada ao nível de conhecimento que o médico possui. Este profissional deve possuir a capacidade de agir perante os sintomas que causam desconforto ao paciente. Deve ainda buscar o aprimoramento nas estratégias de comunicação, habilidade considerada um dos pilares dos CP e de enfrentamento para lidar com o sofrimento e processo de morte, considerado um tema de difícil manejo para o ser humano, que embora reconheça que é algo que irá ocorrer, prefere evitar o assunto.

O profissional de saúde deve partir de seu conhecimento teórico e técnico e das relações que mantém com o paciente e seus familiares, tendo um olhar sobre o paciente e não a doença, sendo capaz de estabelecer uma relação empática, oferecendo a escuta, o diálogo, a disponibilidade de tempo para perceber o outro. Deve saber trabalhar com a equipe multiprofissional, compartilhando conhecimentos, dúvidas, opiniões, aceitando diferentes pontos de vista, visando proporcionar o cuidado adequado ao paciente/familiar.

Além disso, precisa estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipe profissional e o paciente/familiar. Informar o paciente sobre a sua doença e tratamento. O prognóstico deve ser dado de maneira sensível, respeitando o quanto o paciente quer saber naquele momento, ou seja, é necessário saber como se comunicar e mais do que isso, como comunicar notícias difíceis. Em todo esse processo é necessário que a família seja acolhida e receba a mesma atenção e cuidado que é dado ao paciente.

Aos profissionais cabe: seguir seus princípios éticos respeitando a autonomia do paciente; buscar conhecimento e aprimoramento profissional constante para que se cumpra o plano de cuidados com maior integralidade na assistência ao paciente e seus familiares.

4 TRABALHO EM EQUIPE, MULTIDISCIPLINARIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE

O Cuidado Paliativo requer o trabalho em equipe multiprofissional, realizado de forma interdisciplinar onde cada profissional exerça a sua prática complementando as demais práticas com um olhar voltado para as necessidades do paciente e de sua família.

Segundo Ciampone e Peduzzi (2000), na literatura sobre equipe de saúde: predomina a concepção de equipe do senso comum, sendo a equipe representada como o conjunto de profissionais em situação comum de trabalho. A denominação “equipe” no processo de trabalho em saúde, sempre fará referência a uma situação de “trabalho” que se refere à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas.

Para as autoras, no trabalho em equipe a centralidade está no alcance de resultados, ou seja, na atenção integral às necessidades de saúde da clientela, o que pode ser beneficiado em qualidade à medida que a comunicação em busca de consensos, entre os profissionais, integre o trabalho cotidiano.

Para Silva (2008), a ciência e as demais áreas do conhecimento há séculos vivenciado uma visão fragmentada de mundo, precisavam se afirmar numa sociedade com unidade e totalidade. Esta visão universal vem sendo promovida e reconhecida pela interdisciplinaridade, sendo esta de suma importância para as propostas e projetos que destacam a reinserção de excluídos do meio social. A partir de 1960, o tema interdisciplinaridade é mais difundido por teóricos e educadores, por meio de reuniões e experiências desenvolvidas na escola. Os trabalhos sobre a interdisciplinaridade surgiam cada vez mais com repercussão internacional. Em 1971, instalou-se um comitê de teóricos com o propósito de construir um documento capaz de retratar sobre os principais problemas do ensino e da pesquisa.

Segundo Taquemori e Nakagawa (2008) o alívio do sofrimento humano requer um planejamento interdisciplinar, com a atuação da equipe multiprofissional com a “troca de saberes”, incluindo-se a família e o acionamento da rede de apoio da comunidade.

As equipes que atuam em Cuidados Paliativos são compostas pelo médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, além de outros profissionais como o farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, capelão.

Vilela e Mendes (2003) relatam que a *interdisciplinaridade* se caracteriza pelas trocas entre os especialistas, sendo também considerada uma questão de atitude em uma relação de reciprocidade, é possuir uma concepção unitária do ser humano. São desenvolvidos alguns traços de personalidade como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, entre outros.

Erich Jantsch⁵ (*apud* VILELA; MENDES, 2003) estabeleceu cinco níveis para as modalidades possíveis de interdisciplinaridade:

- Multidisciplinaridade é a justaposição de disciplinas diversas, com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas sem relação necessária entre elas;
- Pluridisciplinaridade é a justaposição de disciplinas, de domínio do conhecimento próximo, buscando a melhoria das relações entre elas. Ex: Física e Química;
- Disciplinaridade cruzada trata-se da comunicação desequilibrada entre disciplinas, com o predomínio de uma disciplina sobre a outra;

⁵ Jantsch, 1972 (*Apud* VILELA; MENDES, 2003, p. 525-531).

- Interdisciplinaridade ocorre em um contexto coletivo onde existe a interação de duas ou mais disciplinas, que se modificam e dependem umas das outras. Resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos;
- Transdisciplinaridade possui um nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas; a cooperação é tal que se fala no aparecimento de uma nova macrodisciplina. Ex: Marxismo, Estruturalismo, Fenomenologia, entre outros. Desse modo, os campos disciplinares não interagem entre si, mas sim os sujeitos na prática científica cotidiana. Propõe-se, uma redefinição do modelo de transdisciplinaridade, baseada na possibilidade de comunicação entre os agentes em cada campo, por meio do trânsito dos sujeitos dos discursos.

Para Vilela e Mendes (2003) a *comunicação na interdisciplinaridade* gera integração mútua dos conceitos entre as disciplinas, construindo um novo conhecimento ou auxiliando na resolução de um problema concreto. Existe uma inter-relação entre as disciplinas para se atingir um objetivo comum. Sendo assim, a interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, visto que a saúde e a doença no âmbito social envolvem relações sociais, expressões emocionais, afetivas e a biologia, sendo estas as condições e razões sócio históricas e culturais dos indivíduos e seus grupos.

Os Cuidados Paliativos, por olhar para a história de vida do paciente, necessita do trabalho interdisciplinar para que seja realizado o atendimento que responda a todas as demandas do paciente e seus familiares.

5 CUIDADOS PALIATIVOS E A INTERDISCIPLINARIDADE

O Cuidado Paliativo requer um trabalho integrado, onde a equipe profissional exerça sua prática complementando as demais práticas com um olhar biopsicossocial, onde se faz necessário um aprendizado constante e o compartilhamento dos conhecimentos, possibilitando melhores resultados.

Nos Cuidados Paliativos, o paciente é visto como um ser único, com sua história de vida e com uma família que juntamente com ele vivencia o momento de doença. Esse paciente tem direito a informação sobre sua doença e possui autonomia para decidir sobre o seu tratamento.

Como o paciente é visto na sua globalidade necessita de um atendimento oferecido por uma *equipe interdisciplinar integrada* para reconhecer as necessidades dos pacientes e familiares e oferecer um atendimento específico necessário.

A *prática profissional* preconiza a atenção individualizada ao paciente e à sua família, buscando o controle dos sintomas e, conseqüentemente, a prevenção do sofrimento.

Há a necessidade da intervenção de uma equipe interdisciplinar treinada para o controle de sintomas físicos e psicossociais, que tenha excelente comunicação e uma “escuta apurada” para oferecer uma atenção específica e contínua ao paciente e à sua família, no processo de morte, possibilitando atenção às dores físicas, emocionais e sociais.

Para Maciel (2012), a *enfermaria de equipe de cuidados paliativos* consiste numa ala de um hospital geral secundário ou terciário que atua em leitos próprios e equipe especializada. A equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão ecumênico. Pode contar também com fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos e voluntários, além de outros profissionais e clínicas do hospital. Atua com equipe constante e bem treinada, maior flexibilidade de horários para visita de familiares, alimentação e regras do hospital. Além do paciente, a família deve receber a atenção necessária da equipe.

Para Severino (*apud* SÁ, 1989), a interdisciplinaridade representa uma postura que prima pelo respeito às diferentes formas de abordagem do real, de maneira que estas se complementem dialeticamente, propiciando uma análise integral que proporcionará uma prática mais completa por meio de uma ação coletiva. Para a realização de uma ação coletiva na área da saúde necessitamos de alguns instrumentos para analisar e atender ao paciente/família, como as reuniões interdisciplinares, os estudos de caso, os prontuários eletrônicos, os atendimentos ao paciente/família e as reuniões de família, o que possibilita o conhecimento mais integral sobre o paciente/família proporcionando uma ação mais abrangente sobre os mesmos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem do Cuidado Paliativo tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento humano e precisa ser multiprofissional com o olhar voltado para a pessoa doente e sua família nas dimensões, física, psíquica, social/familiar e espiritual.

A morte é vista como natural e esperada na evolução de uma doença ameaçadora da vida e é necessário oferecer apoio para auxiliar o paciente a viver da melhor maneira possível até o dia de sua morte.

O conhecimento técnico e específico deve buscar o alívio além da dor física, mas também abranger as questões sociais, familiares, emocionais e espirituais.

Para esses cuidados são necessários diversos saberes profissionais e a equipe multiprofissional irá avaliar e cuidar desse paciente olhando-o como um todo. Em todo esse

processo é necessário que a família seja acolhida e receba a mesma atenção e cuidado que é dado ao paciente.

São fundamentais na formação do profissional em Cuidados Paliativos as habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, a competência para a condução dos casos diante de doenças em estágio terminal, manejo de drogas para alívio da dor e conforto do paciente, além das técnicas de suporte para o enfrentamento da morte e do luto, tanto do paciente/famíliaes quanto da equipe multiprofissional.

O profissional de saúde deve partir de seu conhecimento teórico e técnico e das relações que estabelece com o paciente e seus familiares, tendo um olhar sobre o paciente e não sobre a doença, estabelecendo uma relação empática, oferecendo a escuta, o diálogo, a disponibilidade de tempo para perceber o outro. Deve saber trabalhar com a equipe multiprofissional, compartilhando conhecimentos, dúvidas, opiniões, aceitando diferentes pontos de vista, visando proporcionar o cuidado adequado ao paciente/família. Assim, o Cuidado Paliativo requer o trabalho em *equipe multiprofissional*, realizado de forma interdisciplinar onde cada profissional exerça a sua prática complementando as demais práticas com um olhar voltado para as necessidades do paciente e de sua família.

As propostas de Educação em Cuidados Paliativos devem ser incorporadas aos currículos médicos e de todos os demais profissionais de saúde que lidam com pacientes em Cuidados Paliativos. As equipes de Cuidados Paliativos necessitam buscar o conhecimento constante em educação em Cuidados Paliativos, para um melhor desempenho profissional junto à equipe, o paciente e seus familiares, possibilitando ao paciente o alívio de seu sofrimento. Os Cursos de Educação em Cuidados Paliativos deverão viabilizar o conhecimento mais aprofundado aos profissionais de saúde, que concomitantemente com a sua atuação profissional, possibilitarão a capacitação profissional com o objetivo de oferecer um serviço de qualidade aos pacientes em Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS:

CARVALHO, R. T. de. Cuidados Paliativos: conceitos. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: um exercício de coragem. Holambra: Editora Setembro; p. 23-37, 2015.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 143-147, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024. Acesso em: 17 fev. 2018.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação profissional da área da saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>. Acesso em: 1 maio 2016.

GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Competências centrais em cuidados paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos. **Europ. J. Palliative Care**, v. 20, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSaxBB-azl%3D>. Acesso em: 13 nov. 2017.

JANTSCH, E. Towards Interdisciplinarity and Transdisciplinarity in Educations and Innovation. *In: Centre for Education Research and Innovation (CERI). Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) S. 97–121, 1972. Apud VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

MACIEL, M. G. S. **Organização de serviços de cuidados paliativos**. *In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. ANCP, p.94-112, 2012.*

REIS, A. C. A. **Cuidado paliativo e educação: percepções da equipe multiprofissional de um hospital de alta complexidade da grande São Paulo, 2018**. 215 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_221_ana_claudia_arguelles.pdf.

RODRIGUES, L. F. **Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos**. *In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. ANCP, p.88, 2012.*

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. *In: SÁ, J. L. M. (org.) Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão, São Paulo: Cortez, p. 11-21, 1989.*

SILVA, L. V. L.; Interdisciplinaridade: Conceito, História e Obstáculos para sua Implementação na Escola. **Cad. Cultura Ciência**, v. 3, n. 1, 2008. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/151>. Acesso em: 17 fev. 2018.

TAQUEMORI, Y. L.; NAKAGAWA, T. C. **Interface intrínseca: equipe multiprofissional**. *In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, p. 55 a 57, 2008.*

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

WORD HEATH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and Palliative Care**. Geneva.p.11.1990
Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
Acesso em: 19 jun.2018.

WORD HEATH ORGANIZATION. **Cancer: palliative care**. 2002. Disponível em:
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WORD HEATH ORGANIZATION. **Palliative care**. 2017. Disponível em:
<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 19 jun. 2018.

SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL

Márcia Souza Carvalho
Departamento Atenção Pré Hospitalar e Hospitalar
Secretaria Municipal de Saúde de Santos
Santos – SP

Karina Franco Zihlmann
Universidade Federal de São Paulo
Santos – SP

RESUMO

A Síndrome da Realimentação (SR) é um quadro cuja principal etiologia, a desnutrição, tem alta prevalência hospitalar. Em situações de depleção nutricional ou jejum prolongado, ao reintroduzir nutrientes, há risco de alterações clínicas que podem levar ao óbito. A pesquisa teve como objetivo caracterizar os conhecimentos e práticas de profissionais de saúde quanto a SR a fim de elaborar de um processo de Educação Permanente (EP) sobre um quadro complexo, negligenciado e fatal. Uma pesquisa qualitativa foi realizada com profissionais de saúde que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Pronto Socorro (PS) com a técnica de grupo focal abordando temáticas sobre desnutrição e SR. Os discursos foram categorizados pela análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes tinha pouco conhecimento sobre desnutrição e SR, com dificuldades em identificar estas condições. Observou-se preocupação em casos onde há perda de peso, jejum prolongado, inapetência e diarreia. A perda de massa muscular, foi relacionado a um desfecho ruim, mas não houve relação com risco para SR. Além disso, foi evidenciado que há grande angústia dos profissionais diante de pacientes em extrema magreza e tendência a interferir introduzindo calorias rapidamente, o que pode levar a SR. A SR é pouco conhecida mesmo entre profissionais de saúde que atuam no âmbito da alta complexidade, questão que deve ser cuidadosamente abordada, com foco na formação continuada nos profissionais de saúde. Esses resultados da pesquisa serviram de base para construir um protocolo interdisciplinar de avaliação e conduta para a SR.

Palavras-chave: Síndrome da Realimentação; desnutrição; hipofosfatemia; terapia nutricional; grupo focal.

1 INTRODUÇÃO: APRESENTAÇÃO SOBRE O CONTEXTO E O TEMA DA PESQUISA¹

Iniciamos o presente capítulo indicando que se pretende apresentar os principais dados obtidos na pesquisa intitulada “Síndrome da realimentação: um olhar interdisciplinar sobre um quadro negligenciado e fatal” de Carvalho (2018) realizada no âmbito do Programa de pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Tal pesquisa teve como objetivo de caracterizar e identificar os conhecimentos e práticas de uma equipe multiprofissional de saúde de alta complexidade quanto aos quadros de desnutrição grave e Síndrome da Realimentação (SR) visando a construção de um processo de Educação Permanente interdisciplinar focado a um cuidado integral do paciente e estruturar um programa de capacitação e atualização em Educação Permanente sobre SR, como um produto resultante do Mestrado Profissional.

2 SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO E DESNUTRIÇÃO: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

A Síndrome da Realimentação (SR) é, ainda hoje, pouco conhecida entre os profissionais de saúde. Tal síndrome foi, inicialmente, descrita após a II Guerra Mundial, quando os sobreviventes que, após longos períodos em jejum, ao serem realimentados, principalmente com carboidratos, apresentavam alterações clínicas e evoluíam ao óbito em poucos dias (CALDAS; ALVES, 2015). Ainda hoje, a SR é um quadro que pode ocorrer em qualquer lugar, qualquer pessoa, de qualquer idade, com depleção nutricional, submetida a privação alimentar por qualquer motivo, seja por inapetência, greve de fome, refugiados, entre outras situações (CASTRO, 2012). Entretanto, devido ao pouco conhecimento do tema e, como consequência disso, os pacientes em risco não são identificados, monitorados e, quando desenvolvem a SR, não são tratados adequadamente (VIANA; BURGOS; SILVA, 2012).

A principal etiologia da SR é a desnutrição (CASTRO *et al.*, 2018; CASTRO; MARTINEZ, 2018), que no mundo possui alta prevalência (LIRKLAND *et al.*, 2013), assim como na América Latina, sendo predominante em idosos.

¹Carvalho (2018). Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/088_bx_dissertacao_marcia_carvalho.pdf.

A desnutrição hospitalar foi oficialmente reconhecida por Butterworth (1974) na década de 1970 como um problema a ser valorizado pelos profissionais de saúde, porém estudos semelhantes comprovam o desconhecimento e pouca resolutividade (DO NASCIMENTO *et al.*, 2017). Mesmo com toda evolução tecnológica no campo da saúde, observa-se que 36,8% de pacientes internados por mais de sete dias – principalmente os mais críticos – apresentam SR provavelmente por inadequada triagem e intervenção nutricional (CALDAS; ALVES, 2015).

Nas unidades de terapia intensiva (UTI) encontramos a maior prevalência de desnutrição com perda de massa muscular (PUTHUCHEARY *et al.*, 2013). Portanto, local de maior instabilidade para um paciente desenvolver a SR em situações onde o risco não foi devidamente avaliado e existe fácil acesso às infusões endovenosas de glicose, que possui absorção mais rápida e mais potencializada em comparação a via oral (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012).

No Brasil, em 2001, foi realizado um importante estudo chamado IBRANUTRI com 4.000 adultos hospitalizados no qual foi identificado 48,1% dos pacientes em desnutrição (WAITZERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001). Novos estudos surgiram apontando aumento nos índices de desnutrição hospitalar para 69,7%, porém o diagnóstico foi confirmado apenas em 13,9% dos pacientes internados no Brasil (CORREIA; PERMAN; WAITZBERG, 2017).

Na região da Baixada Santista, cidade de Santos, São Paulo, local onde foi realizada a pesquisa de origem do presente capítulo, até o momento, não estão disponíveis dados sobre desnutrição em adultos, o que torna ainda mais relevante a busca de informações sobre condições que levem ao risco do desenvolvimento da SR.

Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde seja capaz de identificar risco de desnutrição, ou a desnutrição propriamente dita, que pode levar à SR, com uma abordagem cuidadosa dos conceitos e práticas envolvidas nessa temática. Deste modo torna-se importante abordar primeiramente sobre desnutrição, jejum e posteriormente, SR.

O termo “desnutrição” tem sido usado para definir um estado em que o indivíduo carece de uma quantidade adequada de calorias, proteínas ou outros nutrientes para o desenvolvimento, manutenção e recuperar funções do organismo. A desnutrição pode ser classificada pela perda de: peso, nutrientes, atrofia de órgão e alterações de valores bioquímicos. E o seu reconhecimento, da desnutrição, pode ser feito através de sinais e sintomas como: cabelo sem brilho, seco, despigmentado e fácil de arrancar, seborreia nasolabial, edema de face; alterações psicomotoras, fraqueza, formigamento e edema de mão, pés entre outros (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012).

O índice de massa corporal (IMC) é outro fator importante para essa identificação, principalmente quando abaixo de 18,5 kg/m², assim como a perda de peso involuntária maior que 10% do peso habitual, num período de ter a seis meses e diminuição na circunferência da panturrilha são indicativos de depleção nutricional. No sangue do nível da proteína C reativa, também conhecida pela sigla PCR, assim como a interleucina-6, que são proteínas relacionadas ao processo inflamatório em curso, também ficam elevados na desnutrição. A hemoglobina abaixo de 12 g/dL e albumina menor que 3,2 g/d são encontrados nos exames laboratoriais (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012).

Em pessoas com desnutrição tipo *kwashiorkor* ou mista, observa-se clinicamente sinais de edema de extremidades e face, motivo, pelo qual, nem todo indivíduo com risco para desenvolver SR apresenta uma aparência emagrecida (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012), o que pode ser um fator que gera confusão nos processos de diagnóstico de risco para SR.

Uma questão fundamental a ser destacada neste trabalho é que durante o jejum prolongado ocorre uma adaptação do organismo. Mesmo em situações onde o sujeito afetado se apresenta gravemente debilitado é preciso que toda intervenção interdisciplinar leve em conta processos de ordem clínica e bioquímica para não agravar a situação clínica do paciente. Sendo assim, em uma pessoa em deficiência nutricional – principalmente por deficiência de proteínas, com baixos níveis no sangue de glicose, eletrólitos e vitaminas – quando recebem carboidratos (principalmente glicose em até 72 horas), ocorre um aumento da insulina (CARUSO; SOUSA, 2014), que inibe a degradação das proteínas (proteólise), impedindo sua utilização para produção de albumina, causando baixa dos níveis séricos.

A degradação de carboidratos, adicionado a produção de energia induzida pela insulina, implica em maiores exigências de fosfato (precursor do fósforo) e tiamina, causando declínio dos níveis séricos, que já estavam deficientes (OLTHOF *et al.*, 2018).

Na SR, a mobilização energética resulta em perda de massa muscular e perda intracelular dos eletrólitos, que em pessoas desnutridas, pode estar esgotada (VIANA; BURGOS; SILVA, 2012). A hipofosfatemia (menor que um mmol/L) surge em média próximo ao segundo dia da realimentação (CARUSO; SOUSA, 2014), o que podemos considerar como um sinal de alerta precoce para SR. Os sintomas clínicos, da SR, dependem do eletrólito mais deficiente, mesmo tendo recebido correção (CALDAS; ALVES, 2015).

Os dados sobre prevalência da SR são incertos e escassos, especialmente em função da dificuldade de detecção dos casos de risco de SR, o que nos faz refletir que os atuais métodos diagnósticos não são suficientemente definidos e efetivos nos serviços de saúde.

Diante do exposto, a identificação de pacientes em risco de SR se faz necessária, como nos critérios apresentados do Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Critérios para identificação de condições de risco para desenvolvimento da síndrome de realimentação

Alterações	Condição A (um ou mais critérios)	Condição B (dois ou mais critérios)
IMC = peso (kg)/altura (m ²)	< 16 kg/m ²	< 18 kg/m ²
Perda de peso involuntária entre 3 a 6 meses anteriores	> 15%	>10%
Número de dias com restrição de nutrientes (alimentação)	> 10	> 5
Outros fatores	Diminuição dos níveis sanguíneos de potássio, fósforo, magnésio	Histórico de abuso de álcool e outras drogas

Legenda: **Condição A** – o indivíduo apresenta um ou mais critérios para identificação.

Condição B – o indivíduo apresenta duas ou mais critérios para identificação.

Fonte: Rio *et al.* (2013).

O diagnóstico para SR também pode ser feito com apenas três parâmetros de risco, com as seguintes alterações:

- Potássio sérico abaixo de 2.5 mmol/L;
- Fósforo sérico abaixo de 0,32 mmol/L;
- Magnésio menor que 0,5 mmol/L;
- Edema periférico ou aumento de líquidos no corpo;
- Disfunção de órgãos e sistemas, principalmente respiratórios (CALDAS; ALVES, 2015).

Os sinais e sintomas da SR estão diretamente relacionados com as alterações dos eletrólitos no sangue, e conseqüentemente, das manifestações clínicas destas alterações, como: rebaixamento do nível de consciência, convulsões, dificuldade na respiração, edema, alteração da glicemia, diarreia ou obstipação, arritmia cardíaca, contrações musculares involuntárias, insuficiência respiratória, falência cardíaca e morte (SILVA, 2013).

O ideal é que após a identificação de risco de depleção nutricional, por qualquer profissional de saúde, a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), deve ser comunicada. No local onde foi realizada a pesquisa que deu origem a este capítulo, a EMTN realiza a identificação e usa como ferramenta de triagem para risco nutricional o *Nutritional Risk Screening 2002 – NRS, 2002* em pacientes adultos e internados (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012; BRASIL, 2016; BRASPEN/SBNPE, 2018).

Sendo assim, o cuidado interdisciplinar se faz necessário na identificação, assim como o acompanhamento, de todos os pacientes em jejum por mais de 48 horas. A verificação e acompanhamento do peso corporal é imprescindível a fim classificar o IMC, assim como detectar precocemente a perda de peso, auxiliar os cálculos das necessidades nutricionais e realizar o planejamento do plano terapêutico (TOLEDO *et al.*, 2018a). A administração de nutrientes, em especial os carboidratos, deve conter quantidades moderadas, e a restrição de gordura e proteína é desnecessária (NEALIS; BUCHMAN, 2013).

No geral os pacientes em quadros de magreza extrema causam comoção nos profissionais de saúde que realizam o atendimento. O desconhecimento sobre a SR, acrescido a dificuldade em diagnosticar pessoas quadros de desnutrição. Opostamente, pessoas com peso normal ou edemaciados, acrescido com a dificuldade de reconhecer quadros de desnutrição e o desconhecimento sobre a SR, podem levar a condutas que trazem maior risco – como a adoção de ingesta intensa de calorias em uma tentativa compensatória – que podem, inclusive, levar a óbito.

As UTI são, reconhecidamente, locais das unidades de saúde onde estão pacientes mais graves, no qual o cuidado e intervenções costumam ser mais agressivos e técnicos. Sabe-se que esse contexto costuma gerar grande tensão e angústia, tanto para pacientes, familiares e profissionais de saúde (VILA; ROSSI, 2002). Tais aspectos precisam ser identificados e trabalhados de forma interdisciplinar, contribuindo, não apenas para a humanização do trabalho nesses contextos, mas, também, para permitir a construção de conhecimentos para a tomada de condutas preventivas e intervenções adequadas a fim de minimizar ou evitar a SR (CARVALHO *et al.*, 2010).

Diante disso, a Terapia Nutricional (TN) que é um procedimento terapêutico, de alta complexidade, visando a identificação, recuperação e acompanhamento dos pacientes em risco ou em desnutrição, realiza a programação nutricional e faz intervenção, quando o paciente não atinge 75% das suas necessidades nutricionais com a alimentação convencional (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2012; BRASIL, 1999; BRASIL, 2000).

Cabe, também destacar que a EMTN deverá atuar na TN e, além disso, promover ações de educação permanente (EP), prestando assistência aos pacientes internados em conjunto com demais profissionais de saúde (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – SP, 2000).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa qualitativa obtida por meio da estratégia do grupo focal (entrevista aberta grupal), cujo objetivo consiste em captar percepções, angústias, ansiedades e ideias, fazendo emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado (GATTI, 2005) com o propósito de valorização do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos, no seu ambiente

natural, cuja proposta permite entender, interpretar sentidos e significações que uma pessoa dá aos fenômenos (TURATO, 2011).

O local onde foi realizada a pesquisa foi uma Unidade de Terapia Intensiva de um Pronto Socorro municipal, localizado na cidade de Santos, São Paulo, onde são atendidos pacientes adultos e não cirúrgicos pelo SUS. Tal local foi estabelecido a partir da exigência do Mestrado Profissional, na qual a pesquisa de mestrado deveria ser desenvolvida onde o mestrando pesquisador exerce atividades profissionais. A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde que atuam neste setor. Nesta unidade de saúde, a principal pesquisadora, médica nutróloga e especialista na área, administra e coordena a Terapia Nutricional (TN) desde 2010, ocasião que a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) foi construída no Departamento de Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar (DAPHOS) da Secretaria de Saúde de Santos.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da UNIFESP sob o nº CAAE 64690117.2.0000.5505, parecer nº 1.976.053. Foi analisado e aprovado pela Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos. A realização dos grupos focais ocorreu nos meses de abril e dezembro de 2017.

O convite foi dirigido a 13 profissionais do local que atuavam diretamente na assistência aos pacientes da UTI, de diversas áreas, podendo fazer parte da EMTN ou não. No momento dos grupos focais, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizados, dois grupos focais que tiveram a duração de aproximadamente uma hora. Participaram dos grupos: duas médicas, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas fisioterapeutas, dois nutricionistas, um psicólogo, dois ajudantes de cozinha. O tempo médio de experiência profissional dos participantes foi de 13,3 anos (mínimo de 4 anos e máximo de 29 anos). Quatro participantes eram membros da EMTN.

Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora principal que foi a moderadora dos encontros, além de observadora que tinha a função de ajudar no registro das falas, observações gerais, bem como ajuda logística. Os grupos foram gravados com a concordância explícita dos participantes. Foi seguido um roteiro composto por três etapas com temáticas norteadoras: conhecimentos e dúvidas prévias dos participantes sobre desnutrição em adultos e SR; influência de fatores emocionais da equipe de saúde quanto a percepção, avaliação e conduta diante de um paciente em risco de desenvolver a SR.; críticas e sugestões sobre o trabalho da EMTN e sugestões para um processo de capacitação em EP.

Para aprofundar e explorar melhor a primeira temática, foi aplicada uma atividade estruturada utilizando cinco imagens em papel fotográfico, disponíveis na internet (Google imagens), de pessoas com vários tipos de desnutrição. As imagens foram identificadas apenas com números de um a cinco. Para cada imagem apresentada a moderadora solicitou que os participantes do grupo refletissem e registrassem silenciosamente e de forma anônima, em uma folha de papel em branco, a respeito de sua percepção do estado nutricional da pessoa apresentada na figura, se representava uma pessoa em desnutrição e se essa pessoa tinha risco de desenvolver SR.

A seguir, apresentamos um quadro com as figuras usadas, bem como uma breve descrição das mesmas.

Quadro 2 – Quadro descritivo das imagens utilizadas na atividade de grupo focal

Figura	Imagem*	Informações sobre a imagem**
1		<p>Imagem de adulto com desnutrição tipo Marasmo (CID 10: E41):</p> <ul style="list-style-type: none"> – magreza extrema; – perda acentuada de gordura; – perda acentuada de massa muscular.
2		<p>Imagem de adulto com desnutrição tipo Kwashiorkor (CID 10: E40):</p> <ul style="list-style-type: none"> – perda da coloração de pelos; – perda de coloração da pele; – cabelos finos, ralos e opacos; – peso normal ou aumentado devido ao edema.
3		<p>Imagem de adulto com desnutrição tipo mista (CID 10: E42):</p> <ul style="list-style-type: none"> – diminuição de musculatura na região das coxas; – edema de extremidades nas pernas e pés; – aumento da pigmentação das áreas expostas ao sol; – edema de face; – edema de abdômen.
4		<p>Imagem de adulto (idoso) com desnutrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> – perda de gordura; – perda de massa muscular; – pelos finos, com perda da coloração.
5		<p>Imagem de adulto com desnutrição tipo Kwashiorkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> – edema em face; – descoloração da pele e lábios; – rarefação e despigmentação dos pelos, principalmente sobrancelha.

**Informações não apresentadas inicialmente aos participantes dos grupos focais, apenas nas discussões sobre os casos.

Fonte: *imagens disponíveis na internet (Google imagens)

Após o registro das impressões dos participantes e discussão sobre as imagens, foi revelado que todos os indivíduos das fotos são desnutridos e que as fotos de número dois e cinco são, na realidade, do mesmo indivíduo, cuja imagem está apresentada na Figura 1, a seguir, após três meses de tratamento, causando mais surpresa a todos os participantes.

Figura 1 – Imagem do indivíduo das figuras dois e cinco (apresentados para os participantes dos grupos focais), após três meses de tratamento, na qual observa-se recuperação da pigmentação da pele, cabelos e lábios, bem como presença de pelos da sobrancelha



Fonte: imagem disponível na internet (Google imagens).

As gravações foram transcritas de forma literal e os dados foram analisados e categorizados segundo a técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática (BARDIN, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia do grupo focal foi muito rica, pois permitiu a troca de experiência entre os participantes de modo espontâneo, pois todos participaram ativamente e se colocaram de forma efetiva, evidenciando, inclusive, dúvidas, receios e relatando situações emocionantes vividas no atendimento de pacientes com quadros graves de desnutrição.

Foram construídas várias categorias de análise de conteúdo, porém neste capítulo destacamos apenas os aspectos ligados ao desconhecimento sobre SR e em relação às diferentes áreas profissionais que participaram da pesquisa.

Alguns participantes revelaram que houve capacitação prévia sobre desnutrição e SR no serviço, mas, ainda assim, não tinham clareza que a prática concedeu para identificar pacientes com quadro de risco. Além disso, no geral, independente da experiência e área de saber, muitos afirmaram que desconheciam sobre a SR. Observado por Viana, Burgos e Silva (2012) o desconhecimento generalizado sobre a temática.

A atividade das imagens mostrou-se interessante, pois se observou dificuldade em reconhecer adultos desnutridos, mesmo entre os profissionais, independente da vivência profissional. Tal achado apontou, não apenas uma lacuna nos processos de formação dos profissionais sobre o aspecto nutricional, como também permitiu evidenciar que os processos de formação continuada têm que ser repensados.

Nos dois grupos focais, os participantes recordaram casos ocorridos no serviço, levando a discussões emocionadas no grupo, revelando sensações e sentimentos dos profissionais de saúde, o que parece ter sido mais relevante do que qualquer tipo de discussão teórica sobre SR, pois mobilizou a todos de modo a levantar questionamentos e busca de informações para lidar com a situação vivida.

Estas emoções foram trazidas espontaneamente nos grupos focais, a partir de casos atendidos no serviço que despertaram vivências que precisavam de espaço para ser compartilhadas, como vemos nas falas a seguir.

É muito triste. (falando com a voz embargada – choro) A gente, se doa mesmo na hora de comer [...]. O paciente fica: “Eu não quero!” [...] E a gente fica do lado, sabe? Tem que ter carinho. Não é só ir lá e fazer o serviço (L., téc. enf., 5a. exp. prof., falando sobre o caso J.).

Outro aspecto interessante foi que alguns participantes declararam que a desnutrição é, muitas vezes, associada somente à infância e, ainda, que a desnutrição em adultos é mais identificada quando associada com algumas doenças como o câncer ou em idosos adoecidos. Tais elementos nos levam a refletir sobre as dificuldades encontradas entre os profissionais para a identificação de um paciente em condição de risco para desenvolver a SR no contexto de uma UTI.

A seguir, apresentamos o ponto de vista de cada classe profissional sobre o cuidado ao paciente desnutrido ou em risco de SR.

Os profissionais médicos referiram que a desnutrição foi indicativa de mau prognóstico, e que, na prescrição médica – que é uma ferramenta de comunicação do médico com os demais profissionais de saúde – reconheceram que há carência de domínio da prescrição dietética. Tal aspecto foi relacionado a uma provável falha na formação médica, como veremos no diálogo, a seguir:

[...] infelizmente é que o item um de vocês (indicação do tipo de dieta), geralmente, tem muito erro. Justamente porque vocês não têm este domínio. Porque na faculdade não ensina (P., nutric., 4a. exp. prof.). “É verdade!” (O., méd., 29a., exp. prof.).*

Os nutricionistas indicaram, bem como Litchford, Dorner e Posthauer (2014), dizem respeito à influência do edema como fator que interfere na mensuração do peso e medidas, além de atrapalhar no diagnóstico de desnutrição – algo frequente mesmo para profissionais experientes que realizam triagem e avaliação nutricional – e, conseqüentemente, o diagnóstico da SR,

Os enfermeiros sugeriram a inclusão da informação sobre o peso diário dos pacientes nos impressos utilizados pela enfermagem, como forma de detectar precocemente a perda de peso e individualizar os cuidados. O sentimento de frustração, impotência e sensibilização também foram abordados por esses profissionais.

Então, quando fala que é FOME? É algo externo. NÃO É UMA DOENÇA [...] é um estímulo externo, que é a COMIDA [...] Eu acho que a equipe fica mais sensibilizada [...] MESMO aquelas pessoas que não têm muito isso, não são sensíveis, se sensibilizam mais (H., enferm., 6a., exp. prof.).

Os técnicos de enfermagem destacaram a diminuição da ingesta por provável jejum prolongado a que os pacientes são submetidos entre a última refeição diária e a refeição da manhã seguinte e episódios de diarreia como possíveis causas para diminuição de peso e massa muscular durante a internação, o que configura uma vulnerabilidade programática do serviço de saúde que deve ser enfrentada, especialmente nos casos de diminuição do apetite involuntária. Na atividade com imagens, dúvidas surgiram quanto ao diagnóstico de desnutrição e classificação de risco para a SR assim, como os outros profissionais principalmente nos pacientes edemaciados.

Eu, se visse um paciente assim, não saberia dizer, porque para mim ele está edemaciado. Não saberia dizer se ele está desnutrido ou não (A., téc. enf., 20a. exp. Prof.).

Quanto aos fisioterapeutas, houve a percepção sobre a perda de peso e massa muscular dos pacientes, principalmente os que estão na ventilação mecânica. Mas, no geral, a SR era uma questão desconhecida.

Uma participação muito interessante na pesquisa foi a dos ajudantes de cozinha que abordaram sobre inapetência, perda de peso e atenção aos pacientes desnutridos e idosos, criticando situações rotineiras no serviço que podem contribuir para a perda de peso dos pacientes:

Olha, a gente deixa a alimentação num certo horário [...] Quando você vai no outro horário, com outra alimentação, a anterior está ali, no mesmo lugar e as vezes você vê que são pacientes que não tem acompanhante [...] (E., aj. coz., 16a., exp. prof.).

A participação de um psicólogo na pesquisa trouxe contribuições interessantes, pois não são temáticas típicas dessa área de saber, com reflexões sobre o jejum prolongado, a magreza extrema e, ainda, as discussões sobre as imagens apresentadas que geraram comoção e angústia que puderam ser trabalhadas. Esse profissional contribuiu indicando que há compartilhamento de afetos e mecanismos de autopreservação entre os profissionais, buscando um distanciamento para lidar com indivíduos com extrema magreza. Além disso, relataram que nem sempre o cuidador consegue manter uma postura profissional “neutra” e acaba se colocando como pessoa, em toda sua perplexidade, como sua fala revela a seguir:

Pensando no paciente que está na UTI, o D, né? [...] É uma coisa impressionante. Eu nunca vi ninguém tão magro assim [...] Esses [...] Esses (referindo às imagens da temática 2), que a gente está vendo, acho que não chega perto. Aliás, eu não sei como é possível vida em alguém tão magro. E como esta condição de magreza junto com a deformidade que ele tem, como afasta as pessoas dele. Acho que as pessoas têm dificuldade, de cuidar, acho, talvez. Que a reinternação tenha a ver um pouco com estas questões, a nutricional [...] Como que é POSSÍVEL esse rapaz estar vivo nesta condição? [...] Me falaram que ele pesa dezoito quilos [...] É isso? (F., psic., 27a. ex. prof.).

Cabe também destacar que todos os participantes avaliaram que a pesquisa realizada trouxe benefícios e reflexões importantes e demandaram novos processos de formação de forma continuada no serviço, abordando não apenas sobre desnutrição e SR, mas aprofundando questões de interesse do cotidiano deste trabalho tão complexo. Tal demanda está em consonância com um dos propósitos da pesquisa, que é elaborar e propor um processo de Educação Permanente (EP) sobre SR no âmbito de atendimento em alta complexidade no contexto local. Tal proposta se mostrou necessária e tem sido efetivada, na medida em que os participantes dos equipamentos de saúde são envolvidos em atividades programadas nas quais podem participar de forma ativa, promovendo uma relação dialógica que visa a construção de uma ação de cooperação e uma rede de cuidados efetiva.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos dos participantes foram suficientemente enfáticos para indicar que há dúvidas de reconhecimento e falha no diagnóstico, tanto da desnutrição, como de pacientes em risco para desenvolver SR, o que nos leva a afirmar que a SR pode ser considerada uma condição negligenciada, o que também pode ser observado na literatura sobre o assunto.

Também se evidenciou a necessidade de instrumentos e protocolos de avaliação apropriados, que precisam ser implantados em um contexto de formação contínua, o que permite destacar a importância da Educação Permanente, como ferramenta potente. Sendo assim, a partir da pesquisa de mestrado foi construído um protocolo interdisciplinar de assistência (Figura 2), inovador no âmbito para diagnóstico e cuidado interdisciplinar. Considerando-se que há um movimento nacional no combate à desnutrição hospitalar (TOLEDO *et al.*, 2018a), tal protocolo pretende trazer contribuições com dados e ações efetivas para o cuidado integral dos pacientes.

Figura 2 – Protocolo resumido interdisciplinar de avaliação e conduta para risco de Síndrome de Realimentação (SR)



PROTOCOLO RESUMIDO INTERDISCIPLINAR DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA RISCO DE SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO (SR)

Citação: CARVALHO MS, ZIHLMANN KF. Protocolo resumido interdisciplinar de avaliação e conduta para risco de Síndrome da Realimentação (SR). [Produto Técnico Educacional]. Santos: Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – UNIFESP-BS; 2018.

Todos os direitos deste protocolo são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os interessados poderão fazer contato com os autores, com intuito de aplicação em atividades clínicas e de pesquisa.

DEFINIÇÃO	A SR é o conjunto de alterações clínicas e eletrolíticas que se inicia após reintroduzir alimentos (principalmente glicose) por via endovenosa, enteral ou oral (carboidratos) em uma pessoa em privação de alimentos ou desnutrição, que pode levar o paciente ao óbito em poucos dias	
Sinais de alerta para identificação dos pacientes em risco de SR (comunicar a EMTN)	➤ Paciente com sinais de desnutrição (mesmo em pacientes acima do peso) e/ou privação alimentar por mais de 15 dias	
	➤ Arritmia cardíaca ➤ Desconforto respiratório ➤ Hipo ou hiperglicemia	➤ Eletrólitos baixos (principalmente fósforo) ➤ Edema ou anasarca

Fonte: Caldas (2015)

Quadro 1 - Critérios para identificar indivíduos em risco para desenvolver SR

Alterações	Condição A	Condição B
IMC = Peso(kg) / altura(m²)	< 16 (kg/m ²)	< 18 (kg/m ²)
Condições		
Perda de peso involuntária em 3 a 6 meses anteriores	> 15%	> 10%
Número de dias com ausência ou restrição de nutrientes (alimentos)	> 10	> 5
Outros fatores antes da alimentação	diminuição dos níveis de potássio, fósforo, magnésio no sangue	história de abuso de drogas e álcool

Fonte: Rio (2013)

Legenda: **Condição A** - O indivíduo apresenta um ou mais critérios para identificação
Condição B - O indivíduo apresenta dois ou mais critérios para identificação

Quadro 2 – CONDUTA: Metas para início e evolução nutricional*

Metas diárias	IMC < 14 kg/m ² ou jejum > 15 dias	IMC < 18 kg/m ²
Meta calórica (nos primeiros 2 dias: 50 % das NC)	5 kcal/kg/dia aumentando lentamente: 5 kcal/kg/dia em até 7 dias	10 kcal/kg/dia aumentando lentamente: 5 kcal/kg/dia em até 7 dias
Meta proteica	1,2 a 1,5 g/kg/dia	1,2 a 1,5 g/kg/dia
Meta de glicose	100 a 200 g/dia	100 a 200 g/dia
Meta de lipídio	20 a 30% das calorias não proteicas	20 a 30% das calorias não proteicas
Eletrólitos (antes e após realimentação)	Monitorar por 4 dias	Monitorar por 4 dias

Fonte: NICE (2006)

*com monitorização cardíaca, devido ao risco de arritmia cardíaca -principal causa de óbito

MEDIDAS PREVENTIVAS E TERAPÊUTICAS	
Enfermeiro	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar os critérios de risco para SR 2) Controle de peso diário de todos pacientes, se possível 3) Aquecimento do corpo, principalmente das extremidades, evitar lesões por pressão e esforço físico (ativo)
Médico	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dosar glicose, sódio, potássio, magnésio, fósforo, cálcio antes de iniciar a alimentação (oral, enteral ou glicose endovenosa) (NÃO REALIZAR INFUSÃO DE GLICOSE ENDOVENOSA EM PACIENTE IDENTIFICADO DE RISCO PARA DESENVOLVER SR) 2) Hidratação adequada, tendo cuidado com a tendência a retenção de sódio e água apresentada por esses pacientes (Não é necessário normalizar as alterações eletrolíticas antes do início da terapia nutricional (TN)) 3) Em caso de alterações graves, como fósforo < 1mg/dL, magnésio < 1mg/ dL, potássio: corrigir as alterações antes de iniciar a TN (Se níveis séricos baixos, porém superiores aos descritos acima, iniciar correção concomitante ao início do suporte nutricional;) 4) Suplementação venosa de vitaminas e oligoelementos: iniciar antes de começar a TN e manter até atingir o 7º dia
Nutricionista	<ol style="list-style-type: none"> 1) Triagem nutricional de todos os pacientes, no caso em que outro profissional com treinamento específico não a realiza 2) Circunferência da panturrilha e avaliação nutricional frequente dos pacientes 3) Iniciar terapia nutricional criteriosa e gradual
Fisioterapeuta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estimular fisioterapia respiratória leve e muscular passiva.
Profissionais do serviço de nutrição e dietética	<ol style="list-style-type: none"> 1) EVITAR: alimentação com açúcares, biscoitos, farinhas brancas, massas, batata, mandioca, mandiocinha (carboidratos) 2) DAR PREFERÊNCIA por alimentação hiperproteica e com gorduras saudáveis
Psicologia	<p>Atuar junto aos profissionais de saúde, paciente e familiares, a fim identificar situações que possam vir a interferir negativamente aos processos de cuidado aos pacientes. Observar e avaliar situações de estresse e sobrecarga emocional da equipe de saúde no que concerne ao atendimento de pacientes em situação de desnutrição grave, orientando quanto à importância do cuidado em saúde mental</p>

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria N° 272. Regulamento técnico para Terapia Nutricional Parenteral. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 2, 15 abr. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 63, de 06 de julho de 2000. Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, p. 2, jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializada.pdf.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASPEN/SBNPE. **Os 11 passos importantes para combater a Desnutrição**. Material de apoio – Campanha Diga não à Desnutrição. São Paulo, 2018. Disponível em: www.braspen.org/11passos-diga-nao-a-desnutricao. Acesso em: 29 maio 2018.

BUTTERWORTH, C. E. The skeleton in the hospital closet. **Nutrition Today**, v. 9, issue 2, p. 94-98, March-April 1974. Disponível em: https://journals.lww.com/nutritiontodayonline/Citation/1974/03000/The_Skeleton_in_the_Hospital_Closet.1.aspx.

CALDAS, A. C.; ALVES, J. T. M. Síndrome de realimentação em pacientes hospitalizados: série de casos e revisão da literatura. **Intern. J. Nutrology**, v. 8, n. 2, p. 22-29, maio 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/20321979-Sindrome-de-realimentacao-em-pacientes-hospitalizados-serie-de-casos-e-revisao-da-literatura.html>.

CARUSO, L.; SOUSA, A. B. (org.). **Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN)** – São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; São Carlos: Editora Cubo, 2014. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46775/ebook%20EMTN%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 nov. 2019.

CARVALHO, A. P. O. *et al.* D. Anorexia nervosa e a síndrome de realimentação em adolescente: relato de um caso. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 128-130, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=545256&indexSearch=ID>.

CARVALHO M. S. **Síndrome da realimentação: um olhar interdisciplinar sobre um quadro negligenciado e fatal**. 2018 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, 2018. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/088_bx_dissertacao_marcia_carvalho.pdf.

- CASTRO, M. A. C.; MARTINEZ, C. V. El síndrome de realimentación. Importancia del fósforo. **Medicina Clínica**, v. 150, n. 12, p. 472-478, jun. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.12.008>. Acesso em: 06 nov. 2019.
- CASTRO, M. G. *et al.* Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no paciente grave. 1º Suplemento Diretrizes Brasileiras de Nutrição Parenteral e Enteral. **BRASPEN Journal**, v. 33, p. 2-36, 2018.
- CASTRO, R. C. B. **O que é e como identificar a síndrome de realimentação?** 05 out. 2012. Disponível em: <https://nutritotal.com.br/pro/o-que-a-e-como-identificar-a-sa-ndrome-de-realimentaa-a-o/>. Acesso em: 23 jun. 2016.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (São Paulo). **Parecer nº 14.494/00**. Médico responsável pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional intervir na prescrição. Aprovado na 2502ª Revisão Plenária, em 22/09/2000. Homologada na 2505ª Revisão Plenária em 26/09/2000. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4929. Acesso em: 23 jun. 2016.
- CORREIA, M. I. T. D.; PERMAN, M. I.; WAITZBERG, D. L. Hospital malnutrition in Latin América: A systematic review. **Clin. Nutr.**, v. 36, n. 4, p. 958-967, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27499391>. Acesso em 23 jun. 2017.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.
- LITCHFORD, M. D.; DORNER, B.; POSTHAUER, M. E. Malnutrition as a Precursor of Pressure Ulcers. **Adv. Wound Care** (New Rochelle), v. 3, n. 1, p. 54-63, 1 jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3899999/>.
- KIRKLAND, L. L. *et al.* Nutrition in the hospital patient. **J. Hosp. Med.**, Minnesota, v. 8, n. 1, p. 52-58, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23065968>.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. K. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- DO NASCIMENTO, N. *et al.* Comparison of methods for detection of malnutrition in hospital environment. **Nutr. Clín. Diet. Hosp.**, v. 37, n. 1, p. 34-40, 2017. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/cavassim.pdf>.
- NEALIS, T. B.; BUCHMAN, A. Nutrição enteral e parenteral. **MedicinaNET**. Última revisão: 12 dez. 2013. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5644/nutricao_ental_e_parenteral_%E2%80%93_thomas_b_nealis_alan_buchman.htm. Acesso em: 19 abr. 2017.

OLTHOF, L. E. *et al.* Impact of caloric intake in critically ill patients with, and without, refeeding syndrome: A retrospective study. **Clin Nutr.**, v. 37, n. 5, p. 1609-1617, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28866139>. Acesso em: 06 nov. 2019.

PUTHUCHEARY, Z. A. *et al.* Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness. **JAMA**, v. 310, n. 15, p. 1591-1600, out. 2013. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1879857>. Acesso em: 06 nov. 2019.

RIO, A. *et al.* Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study. **BMJ Open**, v. 3, n. e002173, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002173>. Acesso em: 06 nov. 2019.

TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **BRASPEN J.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018a. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>.

SILVA, J. W. M. Síndrome de Realimentação. **Int. J. Nutrology**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 28-35, jan. 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed, Petrópolis: Vozes, 2011. 688 p.

VIANA, L. A.; BURGOS, M. G. P. A.; SILVA, R. A. Qual é a importância clínica e nutricional da síndrome de realimentação? **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 56-59, jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000100013.

VILA, V. S. C., ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latin-am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, Mar./Abr., 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506>.

WAITZERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Hospital malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. **Nutrition**, v. 17, n. 7-8, p. 573-580, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448575>.

CONTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL E NUTRIÇÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS

Gabriela Pereira da Costa Oliveira
Grupo de Nutrição Humana – GANEP
São Paulo – SP

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Dan Linetzky Waitzberg
Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo
Grupo de Nutrição Humana – GANEP
São Paulo – SP

RESUMO

O diagnóstico precoce e preciso dos distúrbios nutricionais através da triagem e da avaliação nutricional é essencial para o sucesso do tratamento clínico e nutricional. A qualificação dos profissionais da saúde é premente. O objetivo desta pesquisa, de natureza exploratória e abordagem quali-quantitativa, foi avaliar a contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para o desenvolvimento/aprimoramento da competência para avaliar o estado nutricional, na perspectiva de nutricionistas egressos. O percurso metodológico envolveu a pesquisa bibliográfica, o levantamento documental técnico-científico, a pesquisa documental e a coleta e análise dos dados empíricos. O instrumento de coleta de dados foi o questionário semi-estruturado, respondido por 109 nutricionistas atuantes na área clínica. A análise dos dados incluiu o tratamento estatístico e a técnica de análise de conteúdo. O Curso contribuiu para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática da avaliação nutricional. A expressão da competência foi compreendida através do desempenho profissional. Os egressos relataram maior segurança e precisão para a realização precisa e precoce do diagnóstico nutricional após o Curso.

Palavras-chave: Nutricionista. Especialização. Avaliação nutricional. Competências profissionais. Educação de adultos.

1 INTRODUÇÃO

Oferecer condições para que o profissional se aproprie de elementos que favoreçam a ampliação da qualificação profissional nos planos técnico e ético é um grande desafio que pertence aos espaços de formação profissional.

A realidade que se apresenta ao profissional nutricionista, no contexto desta pesquisa, não pode prescindir da atuação competente e comprometida com a transformação da realidade: quase metade dos pacientes hospitalizados padece de desnutrição, de acordo com o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI). Esta alta prevalência está relacionada à falta de preparo dos profissionais de saúde sobre a importância do estado nutricional para a evolução clínica do paciente (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001). A desnutrição em pacientes hospitalizados está, normalmente, associada ao aumento de complicações infecciosas, mortalidade e custos (CORREIA; WAITZBERG, 2003). Para Baxter e Waitzberg (2004, p. 499) essa situação poderia ser revertida com a utilização precoce de “[...] ferramentas e recursos que estão disponíveis hoje, dentro dos próprios hospitais: uma avaliação nutricional (AN) adequada e o uso da Terapia Nutricional (TN).”

Compete ao profissional nutricionista a avaliação do estado nutricional. Esta competência demanda o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que, quando articulados e mobilizados coerentemente frente às situações de trabalho, permitem a elaboração precisa do diagnóstico nutricional. O diagnóstico preciso e precoce dá subsídios para a intervenção precoce, com vistas a minimizar as complicações decorrentes da desnutrição que comprometem a evolução clínica do paciente. O desenvolvimento desta competência pode ser alcançado no âmbito da especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Com a finalidade de atender à necessidade de reconhecimento e tratamento da desnutrição hospitalar de acordo com as boas práticas na legislação vigente, o GANEP – Nutrição Humana, criou o Curso de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, multiprofissional, destinado a médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos.

O GANEP Nutrição Humana, uma das mais antigas instituições especializadas em Terapia Nutricional no Brasil e na América Latina, foi fundado, oficialmente, em 1981 como Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral. Presta assistência nutricional a doentes hospitalizados, em ambulatorios e em casa. Na área da educação, a partir de 2000, passa a oferta cursos de especialização, reconhecidos pelo MEC, nas modalidades presencial e à distância (GANEP, 2009; 2020).

O objetivo deste capítulo é compartilhar os resultados de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Ciências da Saúde – CEDESS da Universidade Federal

de São Paulo – UNIFESP (OLIVEIRA, 2012). Esta pesquisa analisou a contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para o desenvolvimento e/ou aprimoramento da competência para avaliar o estado nutricional, na perspectiva dos nutricionistas egressos.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa realizada foi de natureza exploratória, de abordagem quali-quantitativa. O percurso metodológico envolveu a pesquisa bibliográfica, o levantamento documental técnico-científico, a pesquisa documental e a coleta e análise dos dados empíricos. A pesquisa bibliográfica implicou na aproximação aos temas competência, aprendizagem de adultos e avaliação nutricional, envolveu o levantamento e análise de artigos de periódicos indexados pelo Medline, Lilacs, ERIC e Portal de Periódicos da CAPES, no período de 2000 a 2012, além de dissertações e teses. Paralelamente, foi realizado um levantamento documental técnico-científico para o estabelecimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) necessários para a prática da AN. Foram consultados os *guidelines* em Terapia Nutricional, artigos científicos e capítulos de livros sobre AN. Esta estratégia metodológica permitiu também a coleta de dados secundários sobre o Curso nos registros do GANEP: Projeto Pedagógico do Curso e o Plano de Ensino da Disciplina de Avaliação Nutricional. Por fim, foi desenvolvida a pesquisa empírica, que compreendeu o levantamento de dados sobre as contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de CHA e sua expressão na prática da AN pelo nutricionista.

O critério de seleção da amostra foi a realização do Trabalho de Campo (TC) no GANEP, no período de 2004 a 2011. Foram selecionados 258 nutricionistas egressos e todo contato foi feito por e-mail. A coleta de dados foi feita por meio eletrônico, através de um questionário semiestruturado e autoaplicável, organizado a partir dos seguintes eixos temáticos: perfil do egresso; conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidos e/ou aprimorados durante o Curso para a prática da AN; atividades desenvolvidas que contribuíram para o desenvolvimento/aprimoramento dos CHA para a prática da AN, o significado do desenvolvimento dos CHA e suas repercussões no trabalho, sugestões para a melhoria da disciplina de Avaliação Nutricional no tocante à contribuição para a prática profissional.

O processo de análise dos dados incluiu o tratamento estatístico das respostas às questões fechadas através da *análise paramétrica de dados ordinais com medidas repetidas* (BRUNER; LANGER, 2000; ROSA, 2001); o *teste de igualdade de proporções* e o *teste de McNemar* (AGRESTI, 2002); e a análise de conteúdo temático/categorial das respostas às questões abertas do questionário. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo e todos os participantes concordaram em participar, subscrevendo o termo de consentimento livre e esclarecido.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Olhar para o objeto desta pesquisa implicou em reconhecer duas dimensões no referencial teórico: educacional e técnica. Na primeira, tomamos como eixos estruturantes os temas competência profissional, aprendizagem de adultos e aprendizagem significativa crítica. Na segunda, o campo de atuação do nutricionista com destaque para a Nutrição Clínica onde a prática da avaliação nutricional constitui-se na competência que, uma vez mobilizada poderá resultar na intervenção nutricional precoce e, em última análise, na melhora da evolução clínica do paciente.

3.1 Da perspectiva educacional

A noção de competência tem sido amplamente discutida no meio acadêmico e no mundo do trabalho desde a década de 1970. É um termo complexo e polissêmico que pode ser conceituado sob distintas abordagens.

Na área da Educação, Perrenoud (1999, p. 7) define competência como sendo “[...] uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.” Tal capacidade brota de processos formativos intensivos na prática, ou seja, da aprendizagem em situações concretas de trabalho como o meio através do qual se adquire a competência (IRIGOIN; VARGAS, 2002).

Dessa ótica, a competência profissional é compreendida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações do seu cotidiano (DELUIZ, 2001; DEFFUNE; DEPRESBITERIS, 2002).

Do ponto de vista legal, competência profissional é definida como “[...] a capacidade de mobilizar, articular e colocarem ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999, artigo 6º).

Tomar o desenvolvimento de competências como concepção orientadora do processo de construção curricular na área da saúde implica em inserir precocemente os estudantes nos cenários de prática profissional visando promover a integração teoria e prática; restaurar a visão global e integradora dos campos científicos; desenvolver a perspectiva interdisciplinar, ação cooperativa, solidária e ética; estimular uma postura ativa, crítica e reflexiva; desenvolver a

capacidade de aprender a aprender; auxiliar o indivíduo a identificar os próprios valores e superar os limites e constrictões (LIMA, 2005).

A aprendizagem é o processo favorecedor de desenvolvimento de competências podendo levar a um desempenho competente que agregue valor para o indivíduo e para o meio em que vive. Assim, compreender como o adulto aprende é fundamental para o êxito dos programas de formação profissional.

A aprendizagem de adulto (andragogia) tem como premissa o indivíduo e suas circunstâncias no centro do processo de ensino-aprendizagem (CARVALHO *et al.*, 2010; NOFFS; RODRIGUES, 2011). Esse referencial teórico, construído por Malcom Knowles (2011), tem os seguintes pressupostos: a necessidade do adulto de saber o porquê aprender algo; sua participação na construção do currículo; valorização das suas experiências prévias; e, a construção de conhecimentos que o ajudem a solucionar problemas da vida cotidiana. A imperatividade da experiência no processo educacional foi descrita anteriormente por Dewey (1938), ao colocar a experiência sempre como ponto de partida de um processo educacional; e por Lindeman (1926) que defendeu que nós aprendemos aquilo que nós fazemos; a experiência é o livro texto vivo do adulto aprendiz (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2011). David Kolb (1984) e David Schön (1983) descreveram o processo de aprendizagem como um “ciclo de *feedback*”, envolvendo experiência, a reflexão sobre a experiência, e a aplicação do entendimento alcançado na direção de novas experiências. Portanto, a experiência por si só não necessariamente resultará em aprendizagem, mas sim a apropriação dos conhecimentos por ela gerados através de uma postura reflexiva (PIMENTEL, 2007).

A prática reflexiva tem sido proposta como uma alternativa viável nos espaços de formação profissional. Entretanto, sua aplicação permanece problemática considerando o domínio do paradigma técnico racional sobre o pensamento educacional, que valoriza a resolução de problemas, mas “[...] ignora o contexto do problema, o processo pelo qual nós definimos a decisão a ser tomada, os resultados a serem alcançados, os meios pelos quais podem ser escolhidos” (BAUER, 1992, p. 9).

Para superar a visão tradicional da educação, Moreira (2000) nos indica os fundamentos da aprendizagem significativa crítica como uma estratégia de sobrevivência na sociedade contemporânea em que mudanças rápidas e drásticas se impõem constantemente e exigem do indivíduo uma nova postura pessoal e profissional frente às transformações. Esta aprendizagem caracteriza-se pela interação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio; quando o aprendiz integra o significado já internalizado com o novo, ele constrói seu conhecimento. Entretanto, para este autor, adquirir novos conhecimentos de maneira significativa não é suficiente; é preciso que eles sejam adquiridos criticamente. Cabe assumir os seguintes

princípios: considerar o conhecimento prévio, que é a essência da aprendizagem significativa; promover a interação entre professor e aluno; diversificar o uso de materiais educativos, descentralizando o livro texto; considerar o aluno como construtor e não receptor dos conteúdos; reconhecer que em todo o conhecimento está implícita uma maneira de ver o mundo; aceitar que o erro é natural, que o ser humano erra e que ele aprende pela superação, pela correção do erro; aprender a desaprender, não permitindo que o conhecimento prévio impeça o aprendiz de captar os significados do novo conhecimento; perceber a incerteza do conhecimento e, portanto, não ensinar dogmaticamente; utilizar estratégias educativas que estimulem a participação ativa dos alunos e a atividade mediadora do professor.

3.2 Da perspectiva técnica

A Nutrição Clínica (NC) destaca-se como a área de atuação mais procurada pelos egressos da graduação em Nutrição (ANDRADE *et al.*, 2010; LETRO; JORGE, 2010; GOMES; SALADO, 2008). Dentre as atividades que obrigatoriamente devem ser realizadas pelo profissional que atua nesta área, está a avaliação do estado nutricional, e é esperado que o egresso da graduação saiba: “Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos” (BRASIL, 2001, p. 2).

Entretanto, esta não é a realidade de grande parte dos profissionais que vêm buscar qualificação na área da NC no GANEP. As dificuldades, especialmente na interpretação dos resultados dos diferentes métodos de AN e na elaboração do diagnóstico revelam uma lacuna a ser preenchida. A importância de avaliar o estado nutricional e fazer o diagnóstico correto precocemente reside na identificação de oportunidades para a intervenção nutricional também precoce, reduzindo a prevalência da desnutrição e as complicações a ela relacionadas.

Em nosso país, o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar – IBRANUTRI, estudo multicêntrico realizado com 4000 doentes internados nos hospitais da rede pública, revelou que quase metade dos doentes (48,1%) apresentava algum grau de desnutrição; apenas 18,8% tinham algum tipo de anotação referente ao seu estado nutricional no prontuário e que a TN foi prescrita para apenas 10,1% dos pacientes desnutridos (WAITZBERG, 2001). O estudo ainda apontou que a desnutrição aumenta em 50% a morbidade e em duas vezes e meia a mortalidade hospitalar acarretando graves prejuízos para o indivíduo, família e comunidade.

Esta situação poderia ser revertida com a utilização precoce de ferramentas e recursos que estão disponíveis hoje, dentro dos próprios hospitais: a AN e o uso da TN (BAXTER; WAITZBERG, 2004). Os resultados alarmantes do IBRANUTRI desvendaram a necessidade de criar mecanismos de implantação das ações em TN, incluindo a AN. A prática da TN foi então

regulamentada no Brasil, e a constituição formal de uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN, constituída pelo profissional médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, com treinamento específico para atuar nas atividades relacionadas à TN, passou a ser uma exigência legal. Cada um destes profissionais tem suas atribuições bem definidas pela legislação, sendo o nutricionista responsável por “realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo preestabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional”, que deve preceder a prescrição da TN, pois a conduta nutricional a ser tomada depende do diagnóstico nutricional (BRASIL, 2000).

Apesar da realidade da implantação destas normas em território nacional, muitos hospitais ainda não dispõem de uma EMTN (MURAGUCHI; RAMOS JUNIOR; CAMPOS, 2002; BOTTONI, 2005; DE SETA *et al.*, 2010). A necessidade de formação profissional para combater a precariedade da dimensão multiprofissional do cuidado nutricional é evidente.

A educação nutricional está relacionada, paradoxalmente, ao aumento e à diminuição da prevalência de desnutrição. Se por um lado, sua ausência é o principal fator responsável pela alta prevalência, por outro, ela é a chave para a conscientização da equipe de saúde a respeito da importância do estado nutricional (GALLAGHER-ALLRED *et al.*, 1996; WAITZBERG *et al.*, 2001).

4 A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA

No cenário mundial data de 1902 o primeiro curso universitário de Dietista, criado pela Universidade de Toronto no Canadá. No Brasil, a profissão emergiu entre 1930 e 1940. O primeiro Curso de Nutrição, de nível técnico, foi criado em 1939, e oferecido pelo então Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). O reconhecimento da profissão como de nível superior ocorreu quase três décadas depois, em 1962 (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

De acordo com o Conselho Federal de Nutrição (CFN), no período que esta pesquisa foi realizada, no 3º. trimestre de 2011, no país eram 79.092 profissionais (CFN, 2011) e, no final de 2019, 150.892 profissionais, atuando em sete grandes áreas: Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica, Saúde Coletiva, Docência, Indústria de Alimentos, Nutrição em Esporte e Marketing na área de Alimentação e Nutrição (CFN, 2020).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Nutrição apresentam o perfil do nutricionista e estabelecem as competências gerais e específicas necessárias para a adequada atuação profissional. As três dimensões da competência – *saber*, *saber fazer* e *saber ser* – evidenciam-se na descrição. No conjunto das competências e habilidades específicas

encontramos duas competências que guardam relação com nosso objeto de estudo: a realização da AN pelo profissional e sua atuação em equipes multiprofissionais de TN (BRASIL, 2001, p. 2).

Para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de inúmeras competências clínicas do nutricionista, a pós-graduação *lato sensu* tem se configurado como um importante espaço de formação, de natureza eminentemente prático-profissional. Pesquisas revelam que, aproximadamente 50% dos nutricionistas buscam instrumentalizar-se para o exercício profissional através de cursos de especialização, com preferência pela especialização na área da Nutrição Clínica e da Terapia Nutricional (CFN, 2006; GOMES; SALADO, 2008; LETRO; JORGE, 2010).

5 CURSO GANEP DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL E NUTRIÇÃO CLÍNICA E A DISCIPLINA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

O Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (Curso) foi criado em 2000 pelo GANEP – Nutrição Humana Ltda., com o objetivo de capacitar o profissional nutricionista, médico, farmacêutico e enfermeiro para o exercício da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, incentivando a atuação multiprofissional.

A proposta metodológica do Curso tem como base estruturante a integração teoria e prática. A partir desta perspectiva, algumas estratégias de ensino são priorizadas e procuram valorizar o conhecimento prévio e o contexto de atuação profissional dos alunos. Merece destaque o Trabalho de Campo (TC) com carga horária de 200 horas, onde os alunos têm a oportunidade de aplicar no âmbito hospitalar os ensinamentos ministrados durante o Curso e também conviver com a EMTN. Os alunos são orientados e supervisionados por um tutor e um coordenador específicos. As atividades realizadas durante o TC incluem: apresentação das rotinas aplicadas pela EMTN no acompanhamento dos pacientes hospitalizados; visita diária aos pacientes; aulas práticas à beira do leito incluindo a AN; participação na discussão de casos clínicos; apresentação de um artigo científico pelo aluno, previamente selecionado pelo tutor e também de um caso clínico acompanhado no hospital; visitas programadas a sala de preparo de nutrição enteral, farmácia de manipulação de nutrição parenteral e aos pacientes assistidos em domicílio (GANEP, 2009).

As disciplinas do Curso são ministradas sob a perspectiva médico-nutricional, remetendo os alunos ao seu cotidiano profissional, provocando discussão e interação entre os diferentes profissionais da saúde. Estão distribuídas em cinco grandes blocos: Bases da Nutrição Clínica, Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, Nutrição Clínica nos Distúrbios por Perda e Excesso, Nutrição em Estados Inflamatórios, Trauma e Cirurgia e Nutrição em Situações Diversas. Discussão de casos clínicos, seminários em grupo e aula expositiva dialogada são as estratégias

utilizadas. A disciplina de Avaliação Nutricional está inserida no bloco da Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Seus objetivos são: motivar o discente a aumentar seus conhecimentos sobre o diagnóstico nutricional do paciente adulto; apresentar as ferramentas necessárias para o conhecimento e diagnóstico do estado nutricional do paciente adulto; subsidiar ao discente informação sobre as vantagens e limitações dos métodos de avaliação nutricional e metabólica; proporcionar condições para que o discente consiga determinar a magnitude do déficit ou do excesso de peso corpóreo; propiciar ao estudante subsídios para analisar o prognóstico de risco nutricional (GANEP, 2009). Esta disciplina é desenvolvida em dois momentos durante o Curso: o primeiro, em sala de aula e o segundo durante o TC. Em sala de aula, as estratégias de ensino utilizadas são: aula expositiva dialogada, onde deve haver espaço para discussão sobre o tema proposto e para os questionamentos dos estudantes, para que a articulação entre a experiência de vida e as novas informações resulte em construção de conhecimento; e o estudo de caso onde os alunos em grupo ou individualmente analisam o caso, propõem soluções e argumentam em favor destas. As atividades desenvolvidas durante o TC já foram descritas previamente e todas incluem, sem exceção, a AN.

6 RESULTADOS

6.1 Perfil dos egressos

Dos 109 nutricionistas que responderam ao questionário *on-line*, a maioria era do gênero feminino (94%), adultos jovens (59%), provenientes da região sudeste do país (52,7%) e graduados há, no máximo, 5 anos (89,5%). A maior parte deles (81%) estava empregada no momento da pesquisa, atuando na área da Nutrição Clínica (70%). A AN foi a principal atividade desenvolvida no trabalho (43,1%).

6.2 Contribuições do Curso do GANEP– dimensões da aprendizagem

Em relação a dimensão cognitiva (saber), foram focalizados os saberes técnico-científicos para o embasamento da prática da avaliação clínica nutricional. Os temas/subtemas, para os quais houve maior contribuição do Curso, são apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Conhecimentos para os quais houve maior contribuição do Curso para o seu desenvolvimento/ aprimoramento

CONHECIMENTOS	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
Dimensão cognitiva						
Tema/Subtema	Compartimentos corpóreos, suas alterações e necessidades nutricionais					
Reconhecimento das necessidades nutricionais (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais) dos indivíduos nas diversas condições clínicas($p=0,0001$)*	N %	48 54,5	33 37,5	7 8,0	0 0	88 100
	Definição da desnutrição e repercussões clínicas					
Marasmo($p<0,222$)*	N %	27 31	45 51,7	13 14,9	2 2,3	87 100
Hospitalização prolongada($p<0,001$)*	N %	59 67,0	23 26,1	5 5,7	1 1,1	88 100
	Identificação das ferramentas utilizadas para o rastreamento nutricional					
NRS 2002 (<i>Nutritional Risk Screening 2002</i> – Triagem de Risco Nutricional 2002)($p<0,001$)*	N %	30 34,5	32 36,8	22 25,3	3 3,4	87 100
	Métodos de avaliação nutricional					
Inquérito alimentar($p<0,001$)*	N %	52 61,2	24 28,2	8 9,4	1 1,2	85 100

*Teste de Wald

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Quanto à dimensão psicomotora (saber fazer), consistindo nas habilidades, tarefas, capacidade profissional para mobilizar os saberes técnicos da AN, os principais resultados encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Habilidades para as quais houve maior contribuição do Curso para o seu desenvolvimento/aprimoramento

HABILIDADES	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
Dimensão cognitiva						
Tema/Subtema	Triagem nutricional e cálculo das necessidades nutricionais					
Cálculo das necessidades nutricionais do indivíduo nas diferentes condições clínicas	N %	48 58,5	26 31,7	8 9,8	0 0	82 100
	Aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional					
Medidas antropométricas	N %	48 57,8	25 30,1	10 12	0 0	83 100
	Interpretação dos resultados oriundos da aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional					
Medidas antropométricas	N %	48 59,3	25 30,9	8 9,9	0 0	81 100
	Classificação do estado nutricional de acordo com os resultados de cada método					
Medidas antropométricas	N %	45 54,2	29 34,9	8 9,6	1 1,2	83 100
	Diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional					
Diagnóstico do estado nutricional	N %	51 63	26 32,1	3 3,7	1 1,2	81 100
Acompanhamento da evolução do estado nutricional	N %	49 58,3	31 36,9	3 3,6	1 1,2	84 100

Valor de *p* do teste de Wald: <0,001

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Cabe ressaltar que a AN é uma prática complexa, que requer uma sequência de ações, interdependentes, que, quando combinadas levam o profissional a estabelecer o diagnóstico nutricional. Exige um conjunto de “esquemas de mobilização” que, embora apoiados na teoria, são adquiridos na prática por meio de situações reais ou simuladas (PERRENOUD, 1999, p. 24).

O comentário de egressos revelou as principais contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades:

O curso me acrescentou uma facilidade na realização da avaliação nutricional no meu antigo emprego, que era um hospital.

Melhor efetividade para o diagnóstico nutricional.

Na dimensão afetiva (saber ser) foram destacadas as competências necessárias para o trabalho multiprofissional na área da saúde: pluralidade de visão, flexibilidade, tolerância e saber ouvir e falar. O nutricionista da área clínica deve interagir com os profissionais também engajados no tratamento do paciente como o médico, o enfermeiro, o farmacêutico, o psicólogo e outros. Esta interação pode ser ainda mais intensa se o nutricionista estiver inserido em uma EMTN. Saber ouvir e falar e pluralidade de visão foram as atitudes para as quais o Curso mais contribuiu de acordo com a perspectiva de 62,5% e 59,8% dos egressos, respectivamente.

Saupe *et al.* (2005) construíram um diagrama com os desdobramentos da competência para a interdisciplinaridade que ancoram o estabelecimento da dimensão afetiva nesta pesquisa. Esses autores destacam a importância do “outro” no âmbito da atuação interprofissional. O ouvir constitui-se no pressuposto básico da comunicação, possibilitando entender a opinião do outro e questionar as próprias convicções. A diversidade de profissionais na equipe assegura a pluralidade de visão com respeito aos métodos, teorias, maneiras de enxergar uma mesma situação. Esta pluralidade pode se manifestar no encontro de diferenças, na tolerância mútua. Tolerar aqui, no sentido de colocar-se no lugar do outro entendendo que ele pode estar com a razão, procurando compreender a sua verdade na perspectiva do coletivo; implica ainda em pactuar, buscar consensos. As reflexões a respeito deste tema são intensificadas no atual contexto do trabalho, onde este se reveste de uma complexidade que torna o “outro” imprescindível. Desse modo, “[...] o desempenho competente dependerá largamente da capacidade de comunicação e cooperação” (DEPRESBITERIS, 2005, p. 10).

Além das contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento dos CHA, foi de nosso interesse saber quais as atividades e estratégias de ensino adotadas em sala de aula e no TC que mais favoreceram este desenvolvimento.

Em sala de aula, o estudo de caso foi a atividade que mais contribuiu (82%), seguida pelas aulas expositivas (75%) e pelas discussões em grupo (61%). As avaliações foram as que menos contribuíram ($p < 0,05$). Em relação às atividades desenvolvidas durante o TC, a prática da AN nos pacientes hospitalizados e as reuniões de discussão de casos clínicos foram as atividades que mais contribuíram.

Dentre as atividades propostas pelo Curso, na ótica dos egressos, o TC foi aquela que mais contribuiu para o desenvolvimento das habilidades para a prática da AN. Nela, os pós-graduandos, sob supervisão, efetivamente acompanham os pacientes hospitalizados: fazem AN, cálculo das necessidades nutricionais e monitorização da TN.

Embora no TC a ênfase esteja sobre o saber fazer sobre o domínio prático de uma determinada tarefa na AN, esse trabalho só pode ser desenvolvido na medida em que há compreensão dos conteúdos que explicam, suportam o referido domínio (PERRENOUD, 1999).

A integração teoria-prática é descrita como a base da aprendizagem que almeja ser significativa. É na teorização das ações da prática profissional e na reflexão sobre elas nos cenários de trabalho que as capacidades do docente e do aluno são construídas (LIMA, 2005). Nesse sentido, podemos observar a contribuição do Curso no depoimento de um dos egressos:

O curso ser teórico-prático onde os alunos realmente avaliam e acompanham os pacientes sempre discutindo os casos com tutores e participando de aulas teóricas contribuiu para maior segurança após o término do curso tanto no diagnóstico nutricional como nas tomadas de decisões e condutas individualizadas frente aos pacientes.

6.3 A prática da avaliação nutricional

Além das contribuições do Curso para o desenvolvimento dos CHA em AN, buscou-se conhecer os resultados decorrentes de sua aplicação na prática profissional através da análise da produção de resultados da perspectiva do diagnóstico nutricional, quer seja, da sua realização precisa e precoce na prática clínica.

Relacionamos a precisão à segurança, partindo do pressuposto que o domínio dos CHA relacionados à elaboração do diagnóstico nutricional leva a uma maior segurança e autoconfiança, gerando também uma maior precisão na realização da tarefa (VAGULA, 2005).

O critério de precocidade adotado foi aquele proposto pela European Society of Parenteral and Enteral Nutrition – ESPEN em 2002, no qual a triagem nutricional ou a primeira AN, incluindo a elaboração do diagnóstico, deve ser realizada em até 72 horas da admissão hospitalar (KONDRUP, 2003).

Em relação à segurança na elaboração do diagnóstico nutricional, para 62% dos egressos a disciplina de AN e o TC contribuíram muito; para 29% contribuíram consideravelmente, para 8% a contribuição foi pouca e para 1% ela não ocorreu ($p<0,05$). A grande contribuição do Curso para a segurança também foi identificada na fala dos egressos:

Destaco a segurança ao realizar a avaliação, maior conhecimento quanto a importância da mesma para o prognóstico do paciente e aplicação dos métodos utilizados no trabalho de campo na prática do dia a dia.

Além da segurança, a precisão também foi diretamente apontada como uma das contribuições do Curso para o desenvolvimento de habilidades:

Uma precisão no diagnóstico e interpretação clínico/nutricional e a consequência é uma melhor seleção no tipo de dieta.

No que se refere à realização precoce da avaliação e do diagnóstico nutricional, antes do Curso 62% realizavam a triagem ou a primeira AN precocemente. Após o Curso, este número aumentou para 79%. Devido ao pequeno número de respostas conjuntas, ou seja, para os dois momentos (antes e depois do Curso), esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,931$), embora os dados apresentem frequências sugestivas de que houve contribuição do Curso para a realização precoce da triagem/avaliação nutricional. A consciência dos nutricionistas sobre a importância e a necessidade de agir precocemente foi o fator que mais influenciou a realização precoce da triagem e da AN no trabalho, conforme depoimentos dos egressos:

Quanto antes você diagnosticar e avaliar o estado nutricional do paciente, melhores serão as chances de recuperá-lo ou mantê-lo.

O rastreamento nutricional em até 72 horas após a internação do doente é de extrema importância para que possamos identificar, o antes possível, os pacientes em risco nutricional, segundo os guidelines atuais.

O aprendizado construído no Curso também foi destacado pelos egressos como fator motivador da realização de mudanças no ambiente de trabalho:

Eu trabalhava em um hospital público (pronto socorro) com poucos recursos (adipômetros, balança portátil e etc.) além de contar com uma equipe um pouco desmotivada. Porém durante o curso fui me sentindo mais motivada a fazer algumas melhorias e repassar algum dos conhecimentos as minhas colegas de trabalho. Então começamos a fazer avaliação primeiramente dos pacientes internados na UTI, sempre no momento da internação e semanalmente. Nos pacientes nas enfermarias iniciamos com aqueles com maior risco ou em risco nutricional, fazendo avaliação e anexando em prontuário médico.

Por vezes, as mudanças são impedidas ou desencorajadas por fatores que independem do indivíduo, e que comprometem o desempenho profissional (BRANDÃO, 2007). Fatores relacionados à equipe e à estrutura organizacional da instituição de trabalho foram elencados pelos egressos: falta de recursos humanos e materiais, avaliação realizada mediante a solicitação da chefia, que nem sempre atendia aos critérios de precocidade e por fim, falta de motivação da equipe.

É importante ressaltar na finalização da análise e discussão dos dados, o desafio de trabalhar com a abordagem quanti-qualitativa. Ao longo desta pesquisa, experimentamos as possibilidades e enfrentamos os limites de ambos os métodos. O grande desafio foi compreender que, aquilo que poderia constituir-se em uma fragilidade do estudo, da perspectiva de apenas um dos métodos, na abordagem quanti-qualitativa, favoreceu a compreensão da realidade e potencializou o processo de construção do conhecimento.

Assim, podemos concluir que o processo de aprendizagem gerou mudanças, reveladas pela comparação do desempenho profissional dos egressos antes e depois do Curso. Todavia, tomamos como objeto de reflexão as críticas, o ponto de vista dos egressos que não se sentiram contemplados, para que ao refletir sobre eles se tornem importante subsídio para a constante atualização e o aperfeiçoamento do projeto pedagógico do Curso.

7 PRODUTO DA PESQUISA

O caminho percorrido nesta pesquisa, desde a revisão bibliográfica até a análise dos dados empíricos, deu subsídios para a elaboração de um conjunto de competências para a prática da AN.

Esta proposta se assenta na literatura científica nacional e internacional, no plano de ensino da disciplina Avaliação Nutricional do curso de especialização do GANEP e nos dados empíricos coletados. Contempla as competências gerais e específicas para a realização da AN. As primeiras, necessárias para o exercício competente de qualquer profissão, foram identificadas na literatura sobre competências profissionais e nos depoimentos dos egressos. As segundas são frutos da consulta às obras de maior relevância na área da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (WAITZBERG, 2001; RUSSEL; MUELLER, 2007), incluindo artigos publicados em periódicos científicos (RASLAN *et al.*, 2010; JENSEN *et al.*, 2010; SOETERS *et al.*, 2008), e ao plano de desenvolvimento da disciplina Avaliação Nutricional.

Estas informações propiciaram, inicialmente, a elaboração do questionário para a coleta de dados junto a nutricionista egressos, o qual, enriquecido no percurso da pesquisa, deu origem ao conjunto de competências (Quadro 3).

Quadro 3 – Competências para avaliar o estado nutricional

COMPETÊNCIAS
Gerais
<p>Capacidade de aprender e atualizar-se continuamente</p> <p>Capacidade para identificar e resolver problemas</p> <p>Capacidade de abstração, análise e síntese</p> <p>Capacidade de comunicação oral e escrita</p> <p>Capacidade de aplicar os conhecimentos na prática</p> <p>Habilidade para buscar, processar e analisar informação procedente de diferentes fontes</p> <p>Capacidade para atuar em novas situações</p> <p>Compromisso ético</p> <p>Capacidade para tomar decisões</p> <p>Capacidade de trabalhar em equipe</p> <p>Capacidade para trabalhar de forma autônoma</p> <p>Capacidade de assumir responsabilidade</p> <p>Capacidade de tomar iniciativa</p> <p>Capacidade de refletir sobre a prática profissional</p>
Específicas
Conhecimentos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer os compartimentos corpóreos e suas alterações na doença 2. Definir desnutrição, considerando a presença ou não de inflamação: <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição relacionada ao jejum • Desnutrição relacionada à doença crônica • Desnutrição relacionada à doença aguda 3. Compreender as repercussões clínicas da desnutrição: <ul style="list-style-type: none"> • Maior tendência a infecções • Redução na cicatrização de feridas • Menor força tênsil nas suturas • Hipoproteïnemia – edema • Redução da motilidade intestinal • Fraqueza muscular • Convalescença prolongada • Hospitalização prolongada • Aumento da morbimortalidade 4. Conhecer o impacto econômico da desnutrição 5. Identificar as ferramentas utilizadas para a triagem nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • NRS 2002 (<i>Nutritional Risk Screening 2002</i> - Triagem de Risco Nutricional 2002) • MNA - SF (<i>Mini Nutritional Assessment Short Form</i> - Mini Avaliação Nutricional Reduzida) • MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> - Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição) • MST (<i>Malnutrition Screening Tool</i> - Ferramenta de Triagem de Desnutrição) • HH - NAT (<i>Hickson & Hill Tool - Nutritional Assessment Tool</i> - Ferramenta de Avaliação Nutricional) • URS (<i>Undernutrition Risk Score</i> - Escore de Risco de Desnutrição) 6. Conhecer os métodos de avaliação nutricional, incluindo técnica, usos e limitações: <ul style="list-style-type: none"> • Inquérito alimentar • Exame físico • Avaliação subjetiva global • Medidas antropométricas • Exames bioquímicos • Impedância bioelétrica • Avaliação funcional 7. Reconhecer as necessidades nutricionais (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais) dos indivíduos nas diversas condições clínicas

Habilidades

1. Aplicar as fichas de triagem nutricional:
 - NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening 2002* - Triagem de Risco Nutricional 2002)
 - MNA - SF (*Mini Nutritional Assessment Short Form* - Mini Avaliação Nutricional Reduzida)
 - MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool* - Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição)
 - MST (*Malnutrition Screening Tool* - Ferramenta de Triagem de Desnutrição)
 - HH - NAT (*Hickson & Hill Tool - Nutritional Assessment Tool* - Ferramenta de Avaliação Nutricional)
 - URS (*Undernutrition Risk Score* - Escore de Risco de Desnutrição)
2. Aplicar os métodos de avaliação nutricional:
 - Inquérito alimentar
 - Exame físico
 - Avaliação subjetiva global
 - Medidas antropométricas
 - Exames bioquímicos
 - Impedância bioelétrica
 - Avaliação funcional
3. Interpretar os resultados da aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional:
 - Inquérito alimentar
 - Exame físico
 - Avaliação subjetiva global
 - Medidas antropométricas
 - Exames bioquímicos
 - Impedância bioelétrica
 - Avaliação funcional
4. Classificar o estado nutricional de acordo com os resultados de cada método:
 - Inquérito alimentar
 - Exame físico
 - Avaliação subjetiva global
 - Medidas antropométricas
 - Exames bioquímicos
 - Impedância bioelétrica
 - Avaliação funcional
5. Elaborar o diagnóstico nutricional
6. Acompanhar a evolução do estado nutricional
7. Calcular as necessidades nutricionais do indivíduo nas diferentes condições clínicas

Atitudes

1. Capacidade de atuar em Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:
 - Pluralidade de visão
 - Flexibilidade
 - Tolerância
 - Saber ouvir e falar

Fonte: Oliveira (2012).

Ressaltamos que este produto pode ser utilizado, ainda, para avaliar competências gerais e específicas necessárias para avaliar o estado nutricional. Para tanto, torna-se necessário acrescentar uma escala, que, da perspectiva qualitativa, pode ser a mesma utilizada nesta pesquisa, onde o indivíduo responde de acordo com o seu repertório; e da perspectiva quantitativa, pode-se utilizar uma escala numérica, desde que claramente especificada a qualificação do numérico.

De posse do entendimento da importância e da necessidade de padronizar procedimentos para alcançar resultados bem definidos, esperamos, com a construção desta ferramenta, contribuir para a realização acurada e precisa da AN.

REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis**. 2. ed., New York: John Wiley and Sons, 2002. 710 p.

BAUER, N. J. **Dewey and Schon**: An analysis of reflective thinking. *In*: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN EDUCATIONAL STUDIES ASSOCIATION, Kansas City, MO, October 23-26, 1992. 31 p.

BAXTER, Y.; WAITZBERG, D. L. Custo do doente em Terapia Nutricional em Oncologia. *In*: WAITZBERG, D. L. **Dieta, Nutrição e Câncer**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 497-509.

BOTTONI, A. **Perfil dos hospitais da grande São Paulo quanto a terapia nutricional**: impacto da equipe multiprofissional de terapia nutricional. 2005. 144 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRANDÃO, H. P. Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. **Estud. Psicol.**, v. 12, n. 2, p. 149-158, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a07v12n2.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CEB nº. 4, de 8 de dez. 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial da União** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 22 de dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº. 5, de 7 de nov. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Nutrição. **Diário Oficial da União** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 9 de nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº. 63, de 06 de jul. 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. **Diário Oficial da União** [da República Federativa do Brasil], de 07 de julho de 2000. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm. Acesso em: 30 abr. 2010.

BRUNER, E.; LANGER, F. Nonparametric analysis of ordered categorical data in designs with longitudinal observations and small sample sizes. **Biometrical Journal**, v. 42, p. 663-675, dez. 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1521-4036%28200010%2942%3A6%3C663%3A%3AAID-BIMJ663%3E3.0.CO%3B2-7>.

CARVALHO, J. A. *et al.* Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **REMPEC – Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 3, n. 1, p. 78-90, abr. 2010. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/21105>.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília, DF, 2006. 88p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **Quadro estatístico do 3º trimestre de 2011.** Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-br/site.php?secao=estatisticas>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **Quadro estatístico do 4º trimestre de 2019.** Disponível em: <https://www.cfn.org.br>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CORREIA, M. I. T. D.; WAITZBERG, D. L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 3, p. 235–239, 2003. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(02\)00215-7/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(02)00215-7/fulltext).

DE SETA, M. H. *et al.* Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3413-3422, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900016&script=sci_abstract&lng=pt.

DEFFUNE, D.; DEPRESBITERIS, L. **Competências, habilidades e currículos de educação profissional: crônicas e reflexões.** 2. ed. São Paulo: SENAC, 2002. 102 p.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2001a.

DEPRESBITERIS, L. Competências na educação profissional – É possível avaliá-las? **Boletim Técnico do SENAC**, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2005. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/BTS/312/boltec312a.htm>. Acesso em: 10 jan. 2011.

GALLAGHER-ALLRED, C. R. *et al.* Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 96, n. 4, p. 361-366, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8598437/>.

GANEP NUTRIÇÃO HUMANA. **Plano de Desenvolvimento Institucional:** 2009. São Paulo, 2009.

GANEP NUTRIÇÃO HUMANA. **GANEP Nutrição Humana.** 2020. Disponível em: <http://www.ganep.com.br/Site2016/quemsomos/> Acesso em: 5 maio 2020.

GOMES, G. M. N. P. A.; SALADO, G. A. Atuação profissional dos egressos do curso de Nutrição de uma instituição de ensino superior do Paraná. **Rev. Saúde Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 45-50, jan./abr., 2008.

IRIGOIN, M.; VARGAS, Z. Competencia laboral: manual de conceptos, metodos y aplicaciones en el sector salud. **Montevideo: CINTERFOR/OIT.** 2002.

JENSEN, G. L. *et al.* Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. **J. Parenter. Enteral. Nutr.**, v. 34, n. 2, p. 156-159, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20375423/>.

KNOWLES, M. S.; HOLTON, E. F.; SWANSON, R. A. **The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development.** 7. ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann, 2011. 406p.

KONDRUP, J. *et al.* ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) guidelines for nutrition screening 2002. **Clin. Nutr.**, v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12880610/>.

LETRO, L. C. M. A. O.; JORGE, M. N. Inserção Profissional dos Nutricionistas Egressos do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Unileste/MG. **Nutrir Gerais**, Ipatinga, v. 4, n. 7, p. 668-680, ago./dez. 2010.

LIMA V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface** (Botucatu) [online], Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200012&script=sci_abstract&tlng=pt.

ANDRADE, D. E. G., *et al.* O perfil de atuação dos ex-alunos do curso de nutrição de uma universidade do interior paulista. **Investigação**, v. 10, p. 54-59, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/307>.

MOREIRA, M. A. Aprendizagem significativa crítica. *In*: III ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA, 2000. Lisboa (Peniche). **Anais...** Lisboa (Peniche) 2000.

MURAGUCHI, E. M. O; RAMOS JÚNIOR, O; CAMPOS, A. C. L. Situação das equipes multiprofissionais de terapia nutricional no Estado do Paraná. **Rev. Bras. Nutrição Clínica**, v. 17, n. 14, p. 111-116, 2002.

NOFFS, N. A.; RODRIGUES, C. M. R. Andragogia na psicopedagogia: a atuação com adultos. **Rev. Psicopedagog.**, v. 28, n. 87, p. 283-292, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000300009

OLIVEIRA, G. P. C. **Contribuição da especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a prática profissional do nutricionista: percepção de egressos.** 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: tese_99_contibuicao_da_especializacao_em_terapia_nutricional_e_nutricao_clinica_para_a_pratica_profissional_do_nutricionista_percepcao.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 90 p.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Est. Psicolog.**, v. 12, n. 2, p. 159-168, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000200008&script=sci_abstract&tIng=pt.

RASLAN, M. *et al.* Comparison of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients. **Nutrition**, v. 26, p. 721–726, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19963352/>.

ROSA, P. **Análise não-paramétrica de dados ordinais com medidas repetidas**. 2001. Dissertação de Mestrado. IME-USP, 2001.

RUSSELL, M. K.; MUELLER, C. Nutrition screening and assessment. *In*: GOTTSCHLICH, Michele M. **The A.S.P.E.N. Nutrition Support Core Curriculum: A Case-Based Approach – The Adult Patient**. [s.n], 2007. p. 163-186.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-536, set/dez 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=pt&tIng=pt.

SOETERS, P. B. *et al.* A rational approach to nutritional assessment. **Clin. Nutr.**, n. 27, v. 5, p. 706-716, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18783855/>.

VAGULA, E. O Professor, seus Saberes e sua Identidade. **Rev. Científica Faculdade Lourenço Filho**, v. 4, n. 1, p. 103-116, 2005.

VASCONCELOS, F. A. G.; CALADO, C. L. A. Profissão Nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, n. 24, v. 4, p. 605-617, jul./ago. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000400009.

WAITZBERG, D. L. Planejamento da terapia nutricional. *In*: WAITZBERG, D.L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 375-381.

WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients. **Nutrition**, v. 17, n. 7/8, p. 573–580, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900701005731?via%3Dihub>

DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS EM SANTOS

Natália Cyrillo Wagner
Prefeitura Municipal de Santos
CAPS Centro – Secretaria de Saúde
Santos – SP

Fernando Sfair Kinker
Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Clínica e Instituições
Santos – SP

RESUMO

A cidade de Santos – SP foi pioneira na criação de uma rede de serviços territoriais de saúde mental em substituição aos manicômios no Brasil. No processo de mudança paradigmática, o cotidiano apresenta dificuldades e potencialidades na implantação do modelo de atenção psicossocial. O objetivo desta pesquisa foi investigar a compreensão, construção e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado. Foi realizado o estudo de caso de um Centro de Atenção Psicossocial, aplicando entrevistas semiestruturadas. Os dados obtidos foram explorados na perspectiva da análise de conteúdo temática. Encontrou-se na experiência um processo dinâmico composto por múltiplas compreensões e formas de lidar na prática com a questão dos PTS. Verificou-se a importância da capacitação dos trabalhadores de saúde como estratégia de fortalecimento, na tentativa de produzir transformações dentro dos serviços e também em todos os contextos sociais onde se produz e vive o sofrimento psíquico.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Centros de Atenção Psicossocial; Prática Profissional; Desinstitucionalização

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto da dissertação de Mestrado Profissional – Ensino em Ciências da Saúde, linha “Educação Permanente em Saúde”, para obtenção do título no ano de 2017. O objetivo foi investigar a percepção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial III de Santos acerca de sua prática, organizada pela compreensão, construção e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado. Optou-se pela abordagem qualitativa, privilegiando o estudo de caso como forma de explorar as características do processo, utilizando o diário de campo para registrar dados e percepções. Foram entrevistados cinco profissionais com formação de nível superior e cinco de nível médio ou técnico envolvidos no cuidado. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas e o roteiro envolveu: a) formação; b) rotina e ações de trabalho; c) relação com PTS; d) relações institucionais; e) sugestões. O conjunto de dados foi discutido na perspectiva da análise de conteúdo temática. Este capítulo está organizado da seguinte forma: introdução acerca da Reforma psiquiátrica brasileira; caracterização do CAPS enquanto campo da pesquisa; apresentação da ideia de PTS; resultados e discussão; considerações finais e referências bibliográficas.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nos anos 1970, a partir das contribuições da experiência italiana de reforma psiquiátrica, passou-se a discutir a desinstitucionalização como invenção de novas práticas no cuidado em saúde, como uma proposta radical de mudança paradigmática. Trata-se de um processo social complexo, transformando as relações de poder entre usuários, trabalhadores e instituições, na busca pela substituição do manicômio, antes visto como única resposta ao sofrimento psíquico, por serviços territoriais capazes de produzir cuidado.

As denúncias de violência e abandono de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos despertaram uma mobilização que resultou em 1979 no Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) denunciava a violência e a ineficácia do sistema assistencial centrado no hospital, com acesso limitado, que transformava a loucura em mercadoria e estigmatizava o sofrimento mental.

Em 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) no Rio de Janeiro e o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru/SP, pela formulação coletiva das diretrizes estratégicas para o processo de Reforma Psiquiátrica, adotando o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. É instituído o 18 de maio como Dia Nacional da Luta

Antimanicomial e seguiram-se as primeiras experiências alternativas ao modelo asilar em São Paulo, Santos e Belo Horizonte (BRASIL, 2013).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080 de 1990, permitiu o desenvolvimento da proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico. Em 1992, a II CNSM teve participação expressiva de usuários e familiares em apoio ao movimento.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216 de 2001, redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o cuidado territorial e a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. No mesmo ano acontece a III CNSM e em 2010 a IV CNSM, que reconheceu os avanços e apontou novos desafios, especialmente na construção e fortalecimento de parcerias com as políticas de assistência social, educação, cultura e lazer.

A Portaria nº 3.088 de 2011 veio definir os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizando o sistema de atendimento a nível federal, estadual e municipal (BRASIL, 2011a). Apesar da ampliação da RAPS no país, vivemos mudanças políticas, capazes de influenciar os rumos da atenção em saúde em sua construção conceitual e prática. O movimento é de enfrentamento dos desafios pela consolidação do modelo territorial, a fim de assegurar os direitos de cidadania para os usuários. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem demonstrado sua possibilidade, efetividade e potência para contribuir na construção de um melhor projeto de sociedade.

2.1 A experiência do município de Santos e o CAPS III – Centro

Em 1989, Santos foi pioneira ao iniciar um processo de substituição do manicômio por uma rede de serviços territoriais, com a intervenção do poder público no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, devido a denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos. O hospital foi dividido em enfermarias que correspondiam às regiões da cidade, que foram sendo fechadas à medida em que se implantava um novo Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS). O primeiro NAPS foi inaugurado em 1989 e depois foram outros quatro, culminando no fechamento definitivo do hospital em 1994. Esse período foi marcado pela mobilização política dos trabalhadores e a questão da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico ganhou espaço, ampliando as discussões para além do campo teórico-técnico (NICÁCIO, 1994).

Os cinco NAPS são classificados hoje como Centros de Atenção Psicossocial III. Neste capítulo é dado enfoque ao CAPS III – CENTRO, que de acordo com a Portaria nº 3.088, atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, proporciona atenção contínua (24 horas), ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Os bairros de abrangência concentram uma população marcada pela vulnerabilidade social e econômica. A unidade atende

pessoas encaminhadas por outros serviços e demandas espontâneas. Há mais de 5.000 usuários matriculados, sendo aproximadamente metade deles ativos.

O contrato de atendimento é reajustado quando necessário, adequando-se às particularidades do processo de cuidado e a equipe desenvolve ações como: a) Acolhimento/ orientação/ encaminhamento das demandas de pessoas em sofrimento psíquico/ familiares sobre saúde/ autocuidado/ direitos/ programas sociais; b) Oficinas/ grupos terapêuticos; c) Avaliação/ prescrição/ orientação sobre uso de medicação; d) Visitas domiciliares; e) Encaminhamento/ acompanhamento à serviços/ eventos relacionados à questões de saúde/ judiciais/ trabalho/ lazer/ ensino/ moradia; f) acompanhamento de situações de crise; g) Desenvolvimento de relações afetivas e de sociabilidade nas áreas de convivência; h) Discussão em equipe sobre casos e demandas institucionais; i) Reuniões/ matriciamento com a rede; j) Atividades comemorativas; k) Outras ações em resposta às demandas, com planejamento e acompanhamento das práticas de cuidado e projetos de organização de vida para todos envolvidos neste processo. Todas essas ações e estratégias são ferramentas da atenção psicossocial que contribuem para a construção de projetos terapêuticos singulares, que são os projetos de vida construídos junto às pessoas em sofrimento psíquico em seu território de existência.

Na verdade, muitos usuários do serviço, inclusive oriundos da experiência do Anchieta, contam com o CAPS como um importante local de apoio nas suas relações com o território. Muitos moram em quartos alugados em pensões, e desenvolvem sua rede de sociabilidades nos territórios de existência tendo o CAPS como uma referência. Apesar das intensas tentativas de ampliar as parcerias com grupos sociais e instituições do território central de Santos, muitos são os desafios e barreiras que a equipe enfrenta cotidianamente. Mesmo assim, a mesma persiste abrindo portas e acompanhando os usuários em momentos significativos para eles, como quando necessitam adquirir algum documento, buscar um curso ou trabalho de interesse, entre outras ações que dizem respeito à construção dos projetos de vida dos usuários.

2.2 Projeto Terapêutico Singular

O novo modo de acompanhar o sofrimento psíquico aponta para a construção de projetos de organização de vida como uma proposta para organizar o trabalho em saúde mental, chamados de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Para Kinoshita (2014), se o adoecimento está relacionado a uma série de fatores combinados de certo modo na vida de cada pessoa, exige uma resposta igualmente complexa de cuidado. Projeto Terapêutico significa um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que participa de sua construção. Singular, porque cada

pessoa, família ou comunidade é produto das interações que teve durante a sua história e como cada uma dessas histórias é única, é necessário um plano pensado de modo especial.

O PTS visa aumentar a contratualidade social, cultural e econômica do usuário, possibilitando exercer os direitos de cidadania e, para isso, deve dialogar com sua realidade concreta e suas relações nos territórios de existência, de forma a transformar as relações de poder e de saber que reproduzem a anulação dos sujeitos. É possível assim, refletir sobre a complexidade da experiência do sofrimento psíquico, gerando transformações nas cenas que o produzem. O desafio colocado está em participar da vida social, do contexto comunitário, pois apropriado do território, o profissional adquire um repertório que pode favorecer a criação de estratégias inovadoras.

Oliveira (2010) se refere à potência do PTS de provocar processos de reflexão e ação nos trabalhadores, criando possibilidades de repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos. O uso do PTS também estabelece o trabalho interdisciplinar, podendo funcionar como um método para a educação permanente de trabalhadores. Em suma, o PTS se configura como um conjunto de relações e de experiências que envolvem vários atores e tem como objetivo a construção de projetos de vida, modificando as formas de vivenciar e também os valores culturais associados ao sofrimento psíquico, produzindo novas sociabilidades, saberes e práticas de cuidado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 10 entrevistas para esta análise e, levando em conta os objetivos do estudo, foram definidos temas significativos para categorização do material. As especificidades dessa experiência devem ser consideradas, dada a diversidade de fatores pessoais, sociais e históricos, que em sua interação resultam neste recorte, no contexto desta unidade, durante este período. A tabela a seguir traz dados dos profissionais entrevistados.

Tabela 1 – Identificação dos profissionais entrevistados

	FUNÇÃO	ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	ATUAÇÃO NO CAPS	FORMAÇÃO
E1	Téc. Enfermagem	25 anos	25 anos	Téc. Enfermagem
E2	Téc. Enfermagem	5 anos	5 anos	Téc. Enfermagem
E3	Psicóloga	21 anos	10 anos	Psicologia
E4	Assistente social	2 anos e meio	2 anos	Serviço Social
E5	Téc. Enfermagem	4 anos	4 anos	Téc. Enfermagem
E6	Téc. Enfermagem	5 anos	5 anos	Téc. Enfermagem
E7	Acompanhante Terapêutico	18 anos	3 anos	Psicologia
E8	Enfermeira	13 anos	13 anos	Enfermagem
E9	Psicóloga	38 anos	10 anos	Psicologia
E10	Médico	5 anos	5 anos	Medicina

Fonte: Elaborada pela autora.

A seguir, apresentaremos os temas construídos durante análise do material.

3.1 Atuação em saúde mental e as relações de equipe

O trabalho em saúde é um processo coletivo, do qual emergem interesses, conflitos e negociações, estabelecendo determinadas tendências na produção do cuidado. Desse modo, precisa haver uma responsabilização coletiva, pela divisão pactuada e articulada de tarefas, afinal, presume-se que uma equipe responda pelos atos de qualquer um de seus membros, que precisam caminhar juntos em um processo de cuidado recíproco.

Dentre os entrevistados, seis relataram que não tiveram oportunidade de escolha de área ou local de atuação ao serem convocados para assumir os cargos conquistados no concurso. Não foi levado em consideração o perfil ou formação. Identificou-se que a impossibilidade de escolha, sem capacitação prévia, despertou insegurança, possivelmente fruto das experiências de vida, formação ou dos preconceitos sociais construídos ao longo da história em relação à loucura:

[...] não é alguém com perfil que é encaminhado pra cá [...] eu já imaginei que ia entrar aqui e ser agredida, que iam pegar meus cabelos, me xingar [...] (E6).

Os profissionais que tiveram oportunidade de escolha já demonstravam interesse pela área de saúde desde seu período de formação:

Então eu escolhi a psiquiatria, porque pra mim era um desafio conhecer. Pra falar a verdade eu tinha muito medo (E1).

Todos os entrevistados apontam que os conhecimentos sobre o cuidado em saúde mental exigem busca pessoal em grande parte de sua história profissional. Esse processo de ingresso e não capacitação pode refletir diretamente na qualidade das ações oferecidas por esses profissionais:

Talvez não escolhesse aqui, mas já que eu vim pra cá, eu acho que deveria ter uma capacitação. Eu não tive, eu não tinha nenhuma noção [...] então já comecei atendendo, só que eu não sabia nem o que eu tava fazendo (E4).

Com o movimento antimanicomial, foram desenvolvidos fluxos e estratégias para que o trabalho em equipe ocorra de modo interdisciplinar, e até mesmo transdisciplinar. Tende-se a privilegiar a comunicação, discussão, decisão conjunta e ações compartilhadas entre profissionais e usuários do serviço.

A dinâmica da equipe pela divisão do trabalho e as dificuldades na interação entre os setores são expostas nas entrevistas. Intensifica-se um distanciamento entre os profissionais, o que vem acentuando a falta de comunicação entre eles. Dada a grande demanda de casos atendidos em ambulatório, as equipes técnica e médica acabam diminuindo sua aproximação e participação no cotidiano dos usuários que passam o dia na unidade (Hospitalidade dia ou Acolhimento integral), que permanecem aos cuidados mais gerais da equipe de enfermagem.

O diálogo é elemento central no manejo do adoecimento e nesta equipe, pode-se selecionar a reunião geral como momento favorecedor. Elas ocorrem semanalmente e são percebidas positivamente pela maior parte da equipe:

[...] é o tempo que você tem pra pensar a respeito do caso, pra trocar com o colega, até pra aprender às vezes, se alguém sugerir alguma coisa (E3).

As reuniões promovem a angústia, porque a gente revê a nossa prática, mas a gente colhe bons frutos. É angustiante porque são vários tipos de saberes, então você tem que conciliar o teu saber com o do outro (E7).

As reuniões gerais nem sempre contam com a presença dos técnicos de enfermagem, pela demanda de trabalho e o reduzido número de funcionários. Também não participam profissionais do período noturno, componentes também do corpo de enfermagem. Há dificuldades também na participação dos médicos e da equipe administrativa/recepção. Essa ausência favorece o distanciamento e pode comprometer a produção de ações coletivas na prática do cuidado:

Como eu fico mais tempo com eles, se tem algum problema eu posso falar na reunião. O fato de não ser muito ouvido eu acho que às vezes acontece (E2).

Acho que os técnicos de enfermagem deveriam participar e o pessoal do administrativo também. A gente não tem conseguido isso, às vezes por falta de equipe e às vezes porque eles também não são motivados e incentivados a participar. Quando participam, se comprometem mais com o trabalho (E3).

[...] eu poderia estar desenvolvendo alguma outra atividade com os pacientes que ainda não é realizada, poderia estar fazendo visita domiciliar, poderia participar mais das reuniões. É isso. Eu considero essencial sim o ato médico da consulta, da prescrição, mas essa é a única coisa que eu consigo fazer de fato e é frustrante (E10).

Além da reunião geral, há momentos diários entre a troca das equipes, chamados de “passagens de plantão”. Acontecem de forma mais objetiva e resolutiva, referindo-se às situações ocorridas naquele dia ou que mereçam atuação imediata. As deficiências desses encontros em relação à ausência de funcionários de todas as áreas e o potencial reflexivo sobreposto pela resolução pragmática de problemas dificultam a reflexão construtiva. Parecem assumir-se relações de hierarquia em relação às condutas oferecidas ao usuário do serviço.

A reflexão do trabalho em saúde modifica padrões pré-estabelecidos e reforça a impossibilidade de predeterminar ou prever os resultados do processo, causando certo desconforto entre os trabalhadores, sobretudo quando não estão acostumados a refletir sobre si e seu trabalho. A implicação destes profissionais no desenvolvimento de suas ações parece prejudicada pela sensação de perda de potência, dada a baixa disponibilização de recursos:

Os desafios são o investimento mínimo, ou quase nenhum [...] Eu percebo muito resultado da minha prática profissional com os usuários, mas essa prática é uma prática suada, forçada, pela boa vontade da equipe e do profissional (E9).

[...] é uma equipe reduzida e essa carência de material de trabalho e pouco apoio das instâncias superiores a nós (E10).

Uma questão trazida pelos profissionais está relacionada ao possível adoecimento causado pela atuação profissional, frente às frustrações relacionadas às condições de trabalho:

Já ouvi funcionário falar que aqui se não é, fica louco [...] (E1).

Tem pessoas que estão adoecendo na rotina do dia a dia e isso me deixa muito triste e eu também já estou adoecendo (E4).

Apesar de ressaltarem as deficiências, os profissionais também valorizam e reconhecem momentos em que se discute e se compartilha:

[...] a gente teve alguns ganhos, a soma das nossas ações, das atividades que a gente propôs acho que causou uma transformação, então quando eu olho pra um tempo recente atrás, eu vejo os próprios usuários que estão com a gente todos os dias, que eles melhoraram, que estão melhores em vários sentidos, assim, não de sintomas, mas com outras questões, nas relações afetivas, na expressão, na dinâmica do relacionamento interpessoal [...] (E3).

[...] acho que a equipe trabalha bem coletivamente sim, uns setores mais próximos que outros, é muito segmentado, a enfermagem é mais unida com a enfermagem, os técnicos com os técnicos, administrativo com administrativo, mas mesmo entre as equipes tem troca (E7).

As equipes que têm maior clareza sobre as práticas colaborativas estão mais preparadas para atuar também no trabalho em rede, fundamental para a política da integralidade preconizada pelo SUS. Os fluxos assistenciais precisam estar centrados no usuário, facilitando seu percurso e acesso, sendo o PTS o fio condutor desse cuidado integral.

A escassez de capacitações é tema frequente, pois os profissionais consideram insuficiente o oferecimento de momentos de ensino/aprendizagem e ressaltam que não é oferecida, até o momento, supervisão institucional para a equipe:

Estão exigindo o PTS, mas ninguém sentou pra ensinar isso, tem gente que não tem a mínima noção porque não teve capacitação (E7).

[...] é uma equipe muito boa, muito capaz, mas ela se perde por estar desgastada e por não ter nenhum incentivo da coordenação (E9).

3.2 O cuidar e os projetos de vida

Para os entrevistados, a concepção de cuidado envolve: acolhimento, promoção de autonomia e inserção social, promoção e garantia de direitos de cidadania, higiene/ alimentação/ uso correto de medicação, promoção de bem-estar e apoio emocional. O cuidar é atribuído como objetivo do CAPS, portanto, esses componentes norteiam as ações de trabalho no dia a dia dessa unidade.

No que diz respeito à equipe de enfermagem (nível técnico e superior), consideram como ações essenciais de cuidado, principalmente as relacionadas à medicação, alimentação e higiene, aliados à observação e escuta. É um cuidar próximo, que envolve questões práticas do dia a dia, principalmente relacionadas ao autocuidado e aos relacionamentos interpessoais. Apesar da importância de suas ações, identificam-se como atores secundários no processo de cuidado:

[...] o trabalho efetivo é do psicólogo, é dos técnicos, esse negócio de trabalhar e pensar em como a pessoa vai se virar lá fora daqui (E6).

Para o restante da equipe, o cuidar parece envolver um planejamento “relativamente mais complexo”, abrangendo esferas que exigem mais interação com o território. Essas diferenças podem estar relacionadas com a formação, mas principalmente com a divisão de trabalho na equipe dessa unidade:

Eu acho que o objetivo do CAPS é esse: o cuidado no território, aberto, que não fique fechado dentro da instituição, que recupere os poderes das pessoas, nas suas relações sociais, afetivas ou sobre os direitos das pessoas (E3).

Todas as ações desenvolvidas por todos os profissionais da equipe são complementares e interdependentes na elaboração e desenvolvimento do cuidado, pois sem atenção a situações que podem ser interpretadas como mais “simples”, não seria possível desenvolver ações relativamente mais “complexas”. Todas as ações desenvolvidas têm importante papel no desenvolvimento do cuidado à saúde integral e na produção de autonomia e inserção social. Além disso, há que se refletir se o cuidado do corpo, feito corpo a corpo, como este realizado pela enfermagem, não seria algo tão complexo como aquele que se dedica a construir um projeto

de vida. Talvez o que pode tornar o trabalho mais simples ou mais complexo seja a fragmentação e cristalização dos papéis, inibindo a produção dos processos compartilhados e a valorização de cada ação desenvolvida no cuidado.

Nessa unidade, quem realiza o acolhimento inicial são os técnicos de nível superior e também os acompanhantes terapêuticos (AT). O técnico que acolheu o usuário servirá como referência para traçar e acompanhar as ações de cuidado iniciadas neste encontro. Para Oliveira (2010), a concepção de PTS está vinculada à noção de profissional de referência, como aquele que assume a gestão do cuidado. Cabe a ele traçar junto aos usuários e familiares, as condutas quanto ao cuidado à saúde:

[...] se tem alguma demanda ou algum problema é a referência que entra pra poder solucionar, porque ela e usuário têm um vínculo maior do que com os outros técnicos [...] e isso é construído com o tempo (E8).

Se os profissionais de referência não desenvolverem um trabalho compartilhado, podem sentir-se sobrecarregados com o número de casos que devem acompanhar. Há condutas que podem desequilibrar a demanda de atendimentos para certos profissionais, como a indicação para psicologia ou avaliação médica. Esses encaminhamentos podem estar associados à ideia de que o outro profissional está melhor capacitado para tal, porém, é imprescindível que todos da equipe possam estar envolvidos no planejamento de ações de cuidado, participando ativamente da construção dos PTS.

As mudanças das realidades prejudiciais e a construção de novas realidades estão relacionadas à construção de práticas inovadoras, novos saberes e valores, ou seja, compreendem essencialmente modificações nos fluxos de poder, na mudança de papéis, nas formas de conceber o sofrimento e viver a vida. O PTS é o próprio fazer junto aos usuários e não se confunde com o conjunto de procedimentos que as unidades oferecem, embora possam fazer uso disso. As atividades sugeridas podem compor processos potentes de transformação, se acontecerem em conexão com o contexto real e concreto de vida dos usuários. Desconectadas desta realidade dos territórios de existência, podem representar formas de controle, sem potencialidade para transformar a experiência de vida e a forma como se vive o sofrimento.

Parte da equipe identifica o PTS como o contrato, composto pelas atividades a serem realizadas na unidade e parte dos profissionais parecem apresentar uma visão relativamente mais ampliada, que envolve outras esferas do cotidiano:

[...] tem uma formação de um compromisso ali quando você conversa com ele (usuário) e vai propondo as ações e vai partindo do que ele propõe também. Não visa cura, visa projetos de vida [...] (E3).

[...] eu entendi como um cronograma do que vai fazer aqui (E6).

A forma como é elaborado o PTS não é padronizada nessa unidade, geralmente sendo construído entre usuário, familiares e referência ou referência e equipe. Alguns profissionais defendem a utilização de fichas, para facilitar o acompanhamento e avaliação das ações. Outros defendem que a instrumentalização desse processo pode burocratizar seu desenvolvimento. A equipe da unidade elaborou uma ficha para preenchimento dos PTS para ser anexada em prontuário. A mesma não é utilizada e cada profissional realiza essa construção e registro numa maneira de organização própria:

Às vezes me incomoda ter uma ficha como a gente fez no CAPS que fica meio burocrático, engessado né, ter que pensar ali naquelas categoriazinhas (E3).

[...] organização formal, no papel, ajuda a gente a manter o compromisso com a gente mesmo no caso dos pacientes, e ajuda o técnico a não se esquecer do planejado e ajuda a visualizar [...] (E7).

Há que se pensar se a utilização de instrumentos previamente estruturados pode empobrecer o processo, apresentando um mapa de cuidado cristalizado.

Os entrevistados consideram o processo de construção e desenvolvimento do PTS como dinâmico, precisando ser rediscutido de acordo com alterações de fatores externos e internos, exigindo reavaliação constante, mas que não ocorre com tanta frequência, devido ao próprio cotidiano de trabalho:

[...] se a gente avaliasse com mais frequência, ganharia mais com isso. A gente alcançaria mais os objetivos ou se aproximaria mais dos objetivos (E3).

Questionamentos são feitos em relação aos momentos em que o técnico de referência assume papel condutor em relação ao PTS, de certa forma não ouvindo outras pessoas que participam do processo de cuidado, nem mesmo o próprio usuário. Esse aspecto pode estar relacionado à dificuldade de se construir um planejamento de vida tão complexo, repleto de singularidades e causando divergências de opinião e prioridades:

O profissional de referência não é dono do paciente. Acho que algumas vezes nas equipes aparecem pessoas que são mais controladoras e outras não, mas acho que se a gente problematiza na reunião a gente acaba regulando um pouco isso: um dá conta do outro, acaba cuidando disso (E3).

É importante prestar atenção para que, na intenção de construir estratégias de cuidado, não acabemos produzindo intervenções controladoras e de disciplinarização da vida. Por vezes, pode ocorrer ao trabalhador desejar que o usuário mude aspectos da vida em função de seus valores pessoais, os quais podem não estar em sintonia com a autonomia dos usuários e, para lidar com isso, é preciso trabalhar em equipe (BRASIL, 2013).

3.2.1 Os momentos de crise

O CAPS é um dos componentes da RAPS que deve acolher as pessoas em momentos onde podem encontrar-se em maior desorganização para a gestão de seu processo de cuidado. Para Dell'Acqua e Mezzina (1991), o primeiro atendimento à crise não precisa ocorrer na unidade de saúde, mas também nos espaços de vida do usuário, pois a disponibilidade de "ir ao encontro" consegue evitar situações traumáticas.

A agressividade reativa às circunstâncias da vida pode estar presente nos momentos de intensificação do sofrimento e os profissionais envolvidos no socorro dessas situações podem acabar emitindo respostas impensadas ou inadequadas. É preciso observar a história do sujeito e sua forma de vivenciar o sofrimento, onde as manifestações ou sintomas não necessariamente precisam ser suprimidos, mas suportados. Os conflitos que se manifestam com a crise podem ser assumidos como estímulo à transformação da situação vivida, perdendo o seu caráter de ruptura e assumindo um valor dinâmico.

A crise não deve ser compreendida como *condição pessoal*, já que é produzida nas relações e contextos de vida. Trata-se de um fenômeno constituído *entre* os sujeitos, ao longo das relações nos cenários existenciais, que podem apresentar conflitos e formas de comunicação ineficazes. A intervenção terapêutica deve dirigir-se ao usuário, mas também estar voltada a produzir *consensos possíveis* entre os envolvidos. Deve-se investir na mediação entre usuário e seu conjunto de relações, visando inclusão, legitimação e corresponsabilização na produção de novos combinados, ainda que provisórios (BRASIL, 2013).

A equipe de enfermagem, em seus relatos, visualiza a crise como momento de agitação psicomotora, falas desconectadas da realidade ou risco de auto/heteroagressividade. Seguros das ações a serem adotadas, encaram a crise com aparente tranquilidade. Outros profissionais referem maior dificuldade para lidar com a crise, visto que encaram como parte deste momento,

não só períodos de desorganização mental, mas também uma piora em alguma das esferas de vida, um desafeto, ou alguma mudança significativa de contexto. Nesses momentos, observa-se que os profissionais acabam assumindo um papel mais ativo em relação às escolhas do usuário:

[...] infelizmente tem que segurar o paciente e medica-lo com medicamento injetável. Isso é chato porque é ruim você fazer uma coisa forçada né, ninguém gosta, a gente também tem que se por no lugar do paciente. Mas a gente também quer ver a melhora dele, se não intervir desse jeito, ele pode até atentar contra a própria vida [...] (E4).

Na crise a gente se preocupa muito, porque não somos um hospital de portas fechadas e o que preocupa mais é a fuga desses pacientes. Pode acontecer alguma coisa, atropelamento ou algum acidente em caso de fuga (E8).

Para Venturini (2016), as várias modalidades de contenção, como forma de limitação do espaço físico e de movimento, são estratégias do tratamento manicomial, podendo ser encaradas como um mecanismo inconsciente, baseado na vontade de punir um comportamento inaceitável para as normas sociais. Essa submissão acaba demonstrando as relações de poder, não mais entre equipe, mas entre profissional de saúde, que é detentor de um saber valorizado, e o paciente.

O uso dos psicofármacos é utilizado como forma de contenção, assim como o fechamento sistemático da porta, com o objetivo de limitar a liberdade e evitar a fuga. Para Venturini (2016), a internação tira a pessoa de seu contexto e a subordina às regras, evidenciando a institucionalização também como forma de violência, dada a perda da contratualidade social. As medidas de contenção não aliviam o sofrimento, frequentemente podendo causar danos emocionais ao usuário e à equipe, podendo promover ressentimento e resistência frente às próximas propostas de cuidado. Para o autor, a contenção é o ato de rendição da capacidade de manejo dos profissionais e pode representar a perda de confiança em sua capacidade de resolução.

É preciso reconhecer a subjetividade, os direitos e as necessidades do indivíduo em crise psiquiátrica que sofre a contenção, que deve ser temporária, como uma premissa para o desenvolvimento sucessivo das intervenções e ações de cuidado, num projeto de vida organizado de maneira singular. Espera-se encontrar na rede, perfis de profissionais que apostem na comunicação e em suas competências ao se confrontarem com situações de difícil resolução. Cuidar de alguém em crise requer tempo, número adequado de profissionais e preparação, pois a capacidade de um trabalhador da saúde mental também está em persuadir

sujeitos que rejeitam os cuidados, na tentativa de conquistar confiança e criar um vínculo terapêutico, possibilitando ações construídas em conjunto que não sejam traumáticas para nenhum dos envolvidos.

3.3 Processos de desinstitucionalização: a relação com o território

Segundo Nicácio (1994), as abordagens psicossociais atravessam os conceitos de saúde-doença, traçando uma profunda ruptura com os modelos clínicos hegemônicos ou outras formas de codificação do sofrimento, confrontando aspectos culturais que atribuem desvalor à diversidade, à diferença. Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários e que possibilitem a formação de parcerias com outras políticas públicas. O desafio é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios sociais. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar, implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade.

Apesar dos esforços e avanços da reforma psiquiátrica, o modelo de atenção centrado em procedimentos médicos ainda é predominante, sendo a medicalização social um fator importante, fazendo aumentar a demanda por serviços de saúde, gerando ações fragmentadas e PTS empobrecidos:

[...] às vezes a pessoa tá angustiada com a situação que ela tá vivendo, não é exatamente depressão, daí acha que pode tratar tudo com medicação [...] (E6).

[...] eu vejo que a maior demanda é de pessoas com dificuldades socioeconômicas e acaba repercutindo obviamente na questão do humor principalmente. Muita gente deprimida, ansiosa (E10).

Estão sendo realizados investimentos no matriciamento, com encaminhamento das pessoas com quadros considerados leves e estabilizados à atenção básica, que recebe apoio dos profissionais do CAPS para proporcionar ações de cuidado, na construção compartilhada de PTS.

[...] tem a ver com desinstitucionalização, ou mesmo intersetorialidade e da superação da lógica manicomial. Durante um tempo, eu tava me achando ainda muito presa à essa lógica manicomial: reclamando de tudo, esperando uma solução que nunca chegava, reclamando da falta de equipe ou falta de recursos

e não conseguia fazer nada e aí eu ficava muito mal, assim, ficava muito desmotivada com o trabalho e eu enxerguei isso como uma saída (E3).

A estratégia de matriciamento proporciona um suporte técnico-pedagógico, o vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de PTS (BRASIL, 2011b). Apesar dos investimentos, a relação com os outros serviços da rede de saúde ainda parece necessitar de maiores esforços pessoais e em nível de gestão:

[...] a impressão que dá é que não há nada sendo feito nesse sentido de costurar ações, pelo menos no nível da gestão [...] isso acaba logicamente interferindo nos PTS que a gente propõe pros usuários (E3).

[...] no CAPS eu faço parte do conselho gestor local, vinculado ao conselho de saúde, um espaço de promoção e reflexão sobre a dinâmica da unidade (E7).

A unidade abrange um território onde se observa alta vulnerabilidade social e econômica. Grande parte das pessoas mora em cortiços e os contextos de vida são caracterizados pela pobreza material e de relações:

A gente tem uma demanda bem vulnerável, que tem uma situação social bastante acoplada com o sofrimento psíquico, que a gente nunca dissocia (E3).

Também nós estamos numa região pobre de redes de serviços ou lazer para os usuários. Eu acho que a gente tá meio desprivilegiado desse ponto (E4).

A forma de produzir cuidado deve priorizar ações extrainstitucionais, potencializando recursos presentes no contexto dos sujeitos em seus territórios existenciais, como espaços de circulação de subjetividades. São territórios que se configuram, desconfiguram e reconfiguram a partir das relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. Incorporar a concepção de territórios existenciais implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, mas também a subjetividade dos trabalhadores de saúde. Trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a relação (BRASIL, 2013).

A perspectiva da desinstitucionalização trabalha com a ideia de serviços que, compondo determinado território, onde se dão os valores culturais, relações de poder e o desenvolvimento

dos papéis sociais, possam produzir transformações nas cenas que reproduzem a exclusão. A prática do cuidado, é composta por um intenso diálogo e construção coletiva com os recursos e os atores do território, já que as mudanças nessas relações é que podem produzir modificações na vivência do sofrimento, a produção de novos lugares sociais a serem ocupados pelos usuários e a construção de novos projetos de vida.

Os profissionais apontam que não possuem um veículo para realizar ações no território onde estão inseridos e as atividades externas englobam principalmente a esfera do lazer:

Antes tinha muita atividade tanto fora como dentro da unidade. Hoje tem pouco, pouca gente, pouco trabalho, porque não tem mão de obra (E1).

[...] só que a gente não tem equipe pra realizar as VD, não tem carro, não tem transporte, não tem passe, não tem nada [...] só tem a boa vontade do técnico. Para se fazer uma VD precisa de pelo menos 2 pessoas, porque uma pessoa sozinha não é aconselhável fazer visita pra ninguém. Primeiro que vão ter 2 visões para discutir o caso e segundo pra pessoa não correr risco (E9).

Existe uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que vêm aumentando as possibilidades de trocas com o território, proporcionando atividades contextualizadas. A presença de estagiários na unidade possibilita à equipe participar da formação de novos profissionais de saúde, bem como ampliar a reflexão da prática trazida pelo olhar crítico dos estudantes:

[...] eu também sempre fui preceptora de estágio, eu considero isso uma parte importante do meu trabalho, levo isso super a sério [...] (E3).

Mesmo tendo sido palco de importantes mudanças por meio da reforma psiquiátrica, o município ainda demonstra preconceito em relação à loucura e às pessoas que fazem tratamento. Os profissionais reforçam a ideia de que o CAPS é responsável pela conscientização e divulgação de aspectos relacionados à saúde mental para a comunidade:

[...] a gente encontra muito preconceito, [...], apesar de tanto tempo depois da intervenção no Anchieta, uma cidade que viveu todo esse processo histórico, ainda tem fala preconceituosa, um pensamento institucionalizante que quer que ainda as pessoas que estão dando algum tipo de trabalho e estão incomodando alguém vão ser internadas e trancafiadas nos CAPS (E3).

Às vezes eu acho que o CAPS trabalha pra sociedade, pra deixar os pacientes aqui dentro e não dando muito trabalho pra sociedade, então às vezes o CAPS não cuida, ele potencializa a exclusão [...] O CAPS tem uma das funções que é ser responsável pela divulgação, entendimento dos conceitos de saúde mental no seu território, seja a própria sociedade e seja os outros equipamentos de saúde (E7).

É de grande responsabilidade dos profissionais, através de iniciativas pessoais e de equipe, a reorganização de seus processos de trabalho para direcionar ações no território. Porém, deve-se atentar para a necessidade identificada por eles, de uma articulação mais forte, que seja realizada pela própria gestão para aproximação desses serviços, construindo e consolidando assim a RAPS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desinstitucionalização traz uma mudança de paradigma, ao propor mudar o foco de atenção da doença para a existência em sofrimento das pessoas e a sua relação com o corpo social. Os serviços de saúde mental não se caracterizam mais como o único lugar possível para viver o sofrimento psíquico, mas um componente de uma rede a ser acessada, que tem como papel agenciar novos espaços e relações, modificando as cenas que geram a exclusão. Esta pesquisa reforça que na construção de Projetos Terapêuticos Singulares como estratégia para direcionar o cuidado haja uma participação efetiva do usuário em todo o processo. Trata-se de algo a ser moldado e sustentado nos encontros, onde as reflexões geradas pela valorização e produção de saberes tem potencial para construir reais projetos de vida.

Observamos questões estruturais como entraves e também um distanciamento ao nível das relações. Apesar disso, a importância do diálogo é consenso entre os trabalhadores, portanto, os momentos de compartilhamento precisam ser priorizados e terem uma participação garantida. Também é imprescindível a efetivação de espaços de troca entre os serviços, instituições e grupos sociais na construção de uma rede mais integrada, que estabeleça ações no território de circulação dos usuários em sofrimento mental.

A falta de recursos humanos e materiais parece desmotivar os profissionais, que passam a enxergar na falta, a desvalorização do seu trabalho e se sentem desestimulados a pensar em alternativas reais. O imaginário institucional sobre o CAPS está pautado na precariedade e esta impressão pode estar amortecendo a capacidade criativa dos profissionais, aumentando a sensação de imobilização de todos envolvidos.

Muitos problemas poderiam ser superados com as capacitações, mas há que se valorizar também os conhecimentos adquiridos na prática cotidiana. Essa reflexão pode fortalecer transformações dentro dos serviços e também em todos os contextos sociais onde se produz e se vive o sofrimento psíquico. Aponta-se para a importância da realização de estudos como este, que partem da reflexão do cotidiano, propondo novas possibilidades de encarar os serviços de saúde, de forma que estes possam se reinventar a cada desafio encontrado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Legis** – Sistema de Legislação da Saúde, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. *In*: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79

KINOSHITA, R. T. Projeto Terapêutico Singular. Módulo 6: Recursos e Estratégias de Cuidado. Curso: **Álcool e outras drogas – da coerção à coesão**. Florianópolis. UFSC. 2014. Disponível em: <https://unamus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/4015>.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 204 p.

VENTURINI, E. Saúde Mental e Direito: a contenção em psiquiatria. *In*: VELÔSO, T. M. G.; EULÁLIO, M. C. (Org). **Saúde Mental: saberes e fazeres**. Campina Grande: Eduepb, 2016. p. 23-65.

CONCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A TERAPIA COMUNITÁRIA

Rosane Cristine dos Santos
Assistente Social
Secretaria Municipal de Saúde
Santos – SP

Cristina Dos Santos Cardoso de Sá
Universidade Federal de São Paulo
Departamento Ciências do Movimento Humano
Santos – SP

Andréa Perosa Saigh Jurdi
Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

Terapia Comunitária (TC) promove saúde e contribui para o fortalecimento da Atenção Básica e dos princípios do Sistema Único de Saúde, valorizando o modelo de atenção humanizada. Implantada no município de Santos/SP, tem sido gradativamente abandonada sua prática, pelos terapeutas comunitários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O presente capítulo tem por objetivo apresentar um recorte da pesquisa de mestrado que procurou compreender a concepção de gestores e profissionais da SMS acerca da TC. Foram selecionados por sorteio três gestores, três terapeutas comunitários na ativa e três servidores formados em TC, mas não atuantes nas rodas de TC. Foi utilizado um roteiro de quatro perguntas abertas cuja temática central foi a TC, estabelecendo conexões com eixo temático de políticas ou elementos norteadores do SUS, cujos objetivos convergem à TC. Cuidado e promoção da saúde, integralidade e educação permanente, práticas integrativas complementares permitiram a interlocução com a temática central e reflexão sobre concepções e repercussões das ações de saúde. Para análise dos dados usou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontam que a fragilidade da TC no município é decorrente da concepção que promoção de saúde está vinculada ao não adoecimento e ao atendimento médico, sendo a TC complementar a este; dificuldade em estabelecer relações entre a TC e as práticas integrativas complementares; falta de apoio institucional à prática da TC. Na análise que o entrevistado faz sobre sua participação junto à TC, há evidências de pouco contato com as rodas e, conseqüentemente, desconhecimento sobre as possibilidades oferecidas como ação de saúde.

Palavras-chaves: Terapia Comunitária; Integralidade; Prática Integrativa Complementar.

1 INTRODUÇÃO

O capítulo apresentado é um recorte da dissertação de mestrado realizada no Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde – modalidade profissional intitulada *Terapia Comunitária: um olhar crítico sobre sua trajetória na Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP*, defendida em 25 de setembro de 2015¹. Serão apresentados e discutidos os dados obtidos junto aos participantes da pesquisa, profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a respeito de suas concepções sobre Terapia Comunitária (TC) e seu percurso no município de Santos/SP.

A Terapia Comunitária foi criada, no Brasil, na década de 1980, por Dr. Adalberto de Paula Barreto (2008). Insere-se no Sistema Único de Saúde (SUS) como Prática Integrativa Complementar – PIC (BRASIL, 2008), em consonância ao modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família, vinculada à Atenção Básica, cujo objetivo é desenvolver competências para promover redes de apoio social, capacitando profissionais para lidar com demandas psicossociais e ampliando a resolutividade do nível primário.

Gomes e Merhy (2011) concordam que a TC é uma técnica de trabalho com grupos que oportuniza falar sobre problemáticas do cotidiano, valorizando as histórias de vida e possibilitando a expressão e ressignificação das emoções. Eles consideram que a TC integra as ações de prevenção e promoção de saúde que tomam como foco o sujeito e não a doença. Contudo, ressaltam que a aplicação dessa técnica não deve estar desarticulada de outras formas de luta social para que se evite resignação ou culpabilização das pessoas.

Morais (2010) refere que a TC apresenta como característica básica a realização de um trabalho em saúde mental preventivo e de base comunitária. O foco da TC é o trabalho em grupo como instrumento de agregação social e, para atingir tal objetivo, o trabalho é desenvolvido por meio das rodas de TC nas comunidades. As rodas podem ser aplicadas em qualquer local comunitário ou mesmo ao ar livre e a comunidade pode participar desta escolha, bem como na definição do dia e horário. É uma metodologia composta por seis etapas denominadas de acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e apreciação, segundo o estabelecido pelo próprio criador desta metodologia (BARRETO, 2008).

Estudos recentes tem procurado compreender a contribuição da TC tanto para usuários como para os profissionais que atuam nas rodas de TC, demonstrando a importância da TC para prevenção e promoção de saúde mental (MORAIS, 2010; SOUZA *et al.*, 2011; REIS; GRANDESSO, 2014; NOGUEIRA; SOUZA, 2017).

¹ Santos (2015). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/mest_prod_teses_bsantista.htm.

As PIC propõem o atendimento ao usuário em sua integralidade, no entanto compreende-se que há dificuldades encontradas pelos serviços de saúde para que tal prática aconteça. Segundo Paim *et al.* (2011) um dos desafios do SUS é a transformação do modelo de atenção à saúde centrada na atribuição médica e na doença para o modelo que foca na promoção da saúde e na integralidade do sujeito. Cecílio e Lima (2000) argumentam que a fragmentação da pessoa e a desarticulação de ações de cuidado não pode ser eficaz porque não permite reconhecer os vínculos que o usuário estabelece com diferentes profissionais, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença. É preciso mudar este foco e estar atento à potencialidade de agregar outros saberes disponíveis na equipe e fora dela para que seja desenvolvido o cuidado ampliado e eficaz.

É possível observar dificuldades para a legitimação da TC como ferramenta de cuidado em saúde, o que é reiterado por Padilha e Oliveira (2012) ao considerar alguns elementos que dificultam a inserção da TC na rede de cuidados do SUS, dentre eles a falta de incentivos por parte de gestores locais, o processo de organização do trabalho, questões que envolvem estrutura física, a resistência de usuários a trabalhos grupais e o formato metodológico da TC, que não permitem ao terapeuta comunitário oferecer soluções para os problemas. Essa afirmação corrobora com o processo de desvitalização da TC que ocorre no município de Santos/SP. Após duas grandes formações de TC no município, a primeira em 2006 e a segunda em 2009, observa-se uma diminuição gradativa de terapeutas comunitários em exercício.

No município de Santos/SP, a TC foi iniciada em 2006 por iniciativa da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEAS), que financiou o Curso Terapia Comunitária Integrativa em parceria com o Conselho Municipal de Assistência Social para profissionais desta pasta e de organizações não governamentais (ONG).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi contemplada com 24 vagas, e encaminhou profissionais de nível universitário entre assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos, de acordo com adequação do perfil apropriado ao trabalho comunitário, tipo de atuação desempenhada, local de trabalho e a interlocução mantida com os demais serviços em consonância com a ideia de rede de saúde.

Após o curso, em nove meses de implantação, havia 75 profissionais praticando a TC no município, com 44 grupos atuantes, sendo 16 na SMS, em unidades básicas e de especialidade, 17 na SEAS e 11 em ONG.

Em 2009, foi realizado um segundo curso de formação com recursos financeiros da SMS. Foram 72 vagas para profissionais da Saúde, Assistência Social e Educação, ficando a Saúde com o maior número delas, pois se vislumbrava a ampliação da TC para toda a rede da Atenção Básica (SÃO PAULO, 2008).

A aplicação de investimento público nessa formação teve como objetivo a cobertura de rodas comunitárias em Unidade Básica de Saúde (UBS) e em Unidades da Saúde da Família (USF), como estímulo de ações de prevenção e promoção de saúde, resgate da autonomia, crescimento pessoal, consolidação de vínculos solidários e o desenvolvimento familiar e comunitário. Estabeleceu-se avançar no processo de integração entre rede básica e serviços de especialidade, qualificando o trabalho de promoção da saúde e estabelecendo nexos de referência no cuidado com a saúde. Efetivou-se a integralidade do atendimento à população com o fortalecimento do trabalho em rede, envolvendo SMS-SEAS-ONGs e contribuiu para a identificação das necessidades da comunidade local por meio do estudo das temáticas evidenciadas nas rodas, auxiliando no processo de planejamento e avaliação das políticas públicas (SÃO PAULO, 2009).

De acordo com o Livro de Registros de Reunião, utilizado pela Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC) observa-se que o número de rodas vem diminuindo. Na SMS foi possível constatar que a maioria dos terapeutas comunitários em suas múltiplas formações de graduação foi, paulatina e progressivamente, abandonando a execução das rodas no município, apresentando como motivos impedimentos pessoais e familiares, incompatibilidade de tempo, aumento de demandas relacionadas às atribuições originais da função ou devido a ocorrências próprias do âmbito do trabalho como término do tempo contratual, afastamentos, aposentadorias, mudanças de local de lotação, dentre outros. Se no início das formações havia cerca de 75 profissionais praticando a TC no município, com cerca de 44 grupos atuantes, em 2014 o número de terapeutas comunitários ativos era composto por 18 profissionais que realizavam 11 rodas. Este ocorrido possibilita reconhecer que a diminuição das rodas de TC está relacionada a questões que envolvem o contexto institucional e a política de gestão do município.

A partir das mudanças ocorridas em relação à TC no município, a pesquisa realizada teve como objetivo investigar a concepção da TC para servidores da Secretaria Municipal de Saúde, visando analisar e compreender a diminuição de terapeutas comunitários em sua função. Nesse capítulo serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com funcionários e gestores da SMS que atuaram na TC no município.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foram definidos 12 participantes que representariam os diferentes níveis de atuação em relação à TC: três gestores de departamento da SMS, seis terapeutas comunitários que passaram por formação oferecida pela SMS nos anos de 2006 e 2009, sendo três atuantes e três que pararam de executar as rodas, e três chefias de seção de unidade básica ou da saúde da família. A definição dos nomes surgiu por intermédio de sorteio, utilizando-se como referência

a relação de profissionais formados pela SMS e o organograma institucional das seções. Os gestores foram escolhidos de três departamentos ligados à prestação de assistência, os quais tiveram ou ainda mantêm rodas comunitárias em seus serviços.

Foi utilizado como instrumento de coleta um roteiro composto por quatro questões abertas, que indagou sobre a existência de alguma relação entre a TC e a promoção de saúde; a possível relação entre a TC e as Prática integrativa Complementar (PIC); os possíveis caminhos para a TC na SMS e, por último, uma análise do entrevistado sobre sua participação junto à TC durante seu percurso na SMS².

Para análise do material foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que analisa o conteúdo coletado na perspectiva qualitativa e quantitativa (LEFEVRE; LEFREVE, 2012). O conteúdo dos depoimentos apresentados pelos 12 participantes levou à identificação de ideias centrais (IC) relacionadas a cada pergunta, as quais deram origem às categorias. Cada categoria viabilizou a construção de um discurso coletivo e permitiu identificar a representação quantitativa de tendências, predominâncias e divergências acerca de cada tema.

Posteriormente, foram extraídos os trechos em que se via representada a IC, sendo denominados expressões-chave (ECH), que personificam concretamente, e com as próprias palavras utilizadas pelo entrevistado, a ideia central absorvida inicialmente.

De posse de todas as IC, nomeou-se as categorias, sendo estas específicas para cada questão. Ideias centrais semelhantes foram agrupadas de modo que, no máximo, fossem formuladas cinco para cada pergunta. Essas categorias, após serem elencadas, alimentaram o *software* digital Qualiquantisoft.

Por fim, o programa devolveu todas as ECH encontradas dentro da mesma categoria, de modo que foi possível visualizar os depoimentos de todos os participantes agrupados por IC.

Esse material viabilizou a construção do DSC, trabalhando-se manualmente categoria por categoria, utilizando-se a própria fala dos participantes e construindo um discurso lógico, único, descrito na primeira pessoa do singular, possibilitando a expressão das representações sociais detectada.

O discurso criado manualmente foi inserido novamente no *software* de modo a possibilitar nova devolutiva, demonstrando similaridades e diversidades de ideias derivadas de cada pergunta associadas a uma representação percentual, favorecendo a leitura qualitativa e quantitativa sobre as opiniões manifestas.

² O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o parecer nº 816.994 em 08/10/2014.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados por questão feita a cada participante.

Tabela 1 – Distribuição de frequência absoluta e percentil das categorias das respostas apresentadas na questão “Em sua opinião há alguma relação entre a TC e ações de promoção de saúde. Sim ou não, por quê?”

		n	%
A	Sim, porque possibilita autonomia.	2	16,67
B	Sim, porque complementa a consulta médica.	1	8,33
C	Sim, porque evita o adoecer.	5	41,67
D	Sim, porque possibilita falar de si.	4	33,33
Total de respostas		12	

Fonte: Elaborada pela autora.

Todos responderam afirmativamente, concordando que há uma relação entre a TC e as ações de promoção de saúde. Contudo, a compreensão desta relação ocorreu a partir de diferentes olhares. Assim, foram salientadas quatro categorias por meio das quais: cinco participantes apoiaram-se na ideia de que a TC **evita adoecer**, quatro reconheceram esta relação, pois a TC **possibilita falar de si**, dois perceberam esta relação pelo fato da TC **possibilitar autonomia** e um participante compreendeu que a TC está relacionada à promoção da saúde apoiando-se na ideia de que **complementa a consulta médica**.

Iglesias e Araújo (2011) afirmam que a concepção de promoção da saúde, compreendida como ausência de doença, pode estar presente ainda hoje na sociedade e está associada a essa concepção a responsabilidade individual ou familiar e à adoção de hábitos saudáveis.

Heidmann (2006) refere que muitos profissionais desconhecem ou se confundem ao dar significado à promoção da saúde, quando a relacionam a atitudes comportamentais e à ausência de doenças. A promoção de saúde envolve incorporação de estratégias que visem à superação das iniquidades, valorizando o posicionamento crítico, o diálogo e a autonomia dos sujeitos. Estes aspectos são referendados na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que estabelece compromisso com ações dirigidas à qualidade de vida, redução de riscos e vulnerabilidades e convergência ao exercício de cidadania, aspectos estes não demarcados pelos entrevistados nos depoimentos (BRASIL, 2007).

Os depoimentos mostram certa divergência na compreensão da TC como ação de promoção de saúde. As ideias apresentadas revelam que os entrevistados atribuem importância

às ações de promoção focando-as basicamente em dois eixos distintos. Um sob o prisma de que promover saúde significa evitar adoecer e outro entendendo promoção como favorecimento à qualidade de vida, contudo, de uma maneira pouco aprofundada.

A promoção de saúde de uma maneira geral aparece como resultado do não adoecimento, estabelecendo forte vinculação com a consulta médica e com a medicalização e a TC é relatada como ação de promoção de saúde coadjuvante ou complementar ao atendimento médico.

Constata-se que os benefícios e transformações provocadas pela TC nos usuários se apresenta configurado no Projeto Terapia Comunitária na Atenção Básica através de seus objetivos (BARRETO, 2008; SÃO PAULO, 2009). O quinto objetivo, por exemplo, demarca como finalidade resgatar a autonomia e o crescimento pessoal das pessoas, no entanto, o mesmo projeto não aponta instrumentos que viabilizem constatar a ocorrência dessas transformações, nem as relaciona como parâmetro ou indicador de saúde.

Os participantes da pesquisa não demonstraram constructos teóricos capazes de analisar as ações da prática, bem como não referendaram conhecimento sobre a PNPS, sendo possível admitir, tal como apontado por Heidmann (2006), significativo desconhecimento e mesmo confusão quanto ao significado da promoção de saúde como sinônimo de prevenção de doença (BRASIL, 2007).

Tabela 2 – Distribuição de frequência absoluta e percentil das categorias das respostas apresentadas na questão 2. “Você vê alguma relação entre TC e práticas complementares de saúde no SUS? Sim ou não, por quê?”

	n	%
A Sim, porque facilita a adesão ao SUS.	3	25,00
B Sem resposta.	1	8,33
C Sim, porque não é psicoterapia e complementa o atendimento médico.	4	33,33
D Sim, mas necessita adesão e participação voluntária.	1	8,33
E Sim, porque promove a saúde.	3	25,00
Total de respostas	12	

Fonte: Elaborada pela autora.

Frente a este questionamento, a grande maioria dos entrevistados (11 participantes) estabeleceu relação entre a TC e as práticas integrativas. Esta questão deu origem a cinco categorias, onde quatro participantes acreditam que esta relação se dá porque **a TC complementa o atendimento médico**, três participantes consideram que **facilita a adesão ao**

SUS, outros três entendem que esta relação ocorre porque **a TC promove a saúde**, um participante acredita que há relação, mas evidencia que a **adesão e a participação precisa ser voluntária** e um participante não soube o que dizer sobre o tema e **não respondeu a questão** (Tabela 2).

Andrade e Costa (2010) esclarecem que a denominação PIC surgiu a partir da criação do SUS para designar o campo de múltiplos saberes e cuidados terapêuticos alternativos ou complementares à medicina tradicional, sinalizando uma visão integral e sistêmica de homem e permitindo compreender o processo *saúde-doença* a partir da interação de conhecimentos interdisciplinares, concepção presente no discurso da categoria C. Considerando a predominância da ideia de que a TC configura como ação complementar ao atendimento médico e que este fato, em um dos discursos, respalda o reconhecimento da TC como PIC percebe-se, ainda que não expresso, desconhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Observa-se que o desconhecimento ou o não reconhecimento de ações de cuidado não convencionais é comum ainda nos dias atuais. Para Tesser (2009) o predomínio da supremacia científica, a falta de tradição com experiências de cura convergentes aos princípios do SUS e a mercantilização de saberes dificultam o reconhecimento e a legitimação de práticas não convencionais focadas na promoção da saúde.

Segundo De Simoni, Benevides e Barros (2008) o estudo realizado pelo MS no território nacional durante a elaboração da PNPIC mostrou modestas iniciativas dessas práticas, apontando predominância no desconhecimento deste trabalho. Considerando a omissão dos participantes sobre as PIC enquanto política federal observa-se, conforme apontado pelos autores, indícios desse desconhecimento. Além disso, tanto pela afirmação categórica apresentada pela categoria B, quanto pela resposta evasiva salientada na categoria D, constata-se a dificuldade dos participantes em discorrer sobre o assunto.

No documento da PNPIC valorizam-se ações que contribuem com a interação dos serviços do SUS associados ao princípio da integralidade, atenção humanizada, fortalecimento da atenção básica, multiplicidade de técnicas de cuidado e consolidação da cidadania (BRASIL, 2009). Esta concepção, ainda que não muito elaborada, encontra-se presente nas respostas das categorias A e, mostrando que a metade dos participantes percebe alguma relação entre a TC e o SUS.

Tesser (2009) entende que a legitimação das PIC no SUS envolve articulação a um processo de discussão na sociedade, bem como o estabelecimento de diretrizes governamentais, estudos, pesquisa e capacitações convergentes à política de promoção da saúde. Com exceção da categoria A, as demais categorias representadas por nove participantes,

apontam a necessidade de aprofundar discussões sobre as PIC, conforme salientado pelo autor. O discurso apresentado na categoria E, apesar de considerar a TC como instrumento de promoção de saúde, não expressa conhecimento sobre as PIC e deixa dúvidas sobre a compreensão da TC no âmbito dessas práticas.

Luz (2005) aponta como caminho para o avanço das práticas não convencionais de cuidado, desvinculadas da área médica, a consolidação de estudos embasados em teorias psicossociais, os quais explicam o processo de adoecimento a partir da inter-relação *corpo-mente-emoções*.

Essa compreensão de cuidado, como atribuição não médica, possibilitado por intervenções que visem harmonização e a integralidade do ser humano fora do foco da doença, não foi registrada nos discursos, mostrando que é preciso difundir debates e ações que provoquem a circulação de ideias sobre cuidado ampliado no SUS.

Tabela 3 – Distribuição de frequência absoluta e percentil das categorias das respostas apresentadas na questão 3 “Para você, quais os caminhos possíveis para a TC na SMS?”

	n	%
A Investir em sua ampliação na Atenção Básica.	8	53,33
B Contar com respaldo e reconhecimento institucional.	3	20,00
C Ser reconhecida como um programa de saúde.	3	20,00
D Garantir que todos os funcionários possam participar da TC.	1	6,67
Total de respostas	15	

Fonte: Elaborada pela autora.

Vale destacar que três participantes apresentaram duas ideias em seus depoimentos, compartilhando as categorias A-C, B-C e A-B concomitantemente, originando o total de 15 IC.

Esta questão possibilitou a elaboração de quatro categorias, evidenciando que, para todos os participantes, a TC deve permanecer e ampliar sua ação no âmbito da SMS. Para oito participantes é preciso **investir em sua ampliação na Atenção Básica**, três acreditam que a TC precisa **contar com respaldo e reconhecimento institucional**, três pensam que ela deve **ser reconhecida como um programa de saúde** e um cita como importante **garantir que todos os funcionários possam participar da TC** (Tabela 3).

Segundo o MS, a TC contribui para o fortalecimento da atenção básica e dos princípios do SUS (BRASIL, 2008). A Política de Atenção Básica (PAB) destaca como princípios: acessibilidade, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, participação social,

valorização do sujeito na sua integralidade, premissas as quais também são valorizadas na TC (BRASIL, 2007; BARRETO, 2008). Embora nenhum dos participantes tenha mencionado a TC como estratégia de intervenção apontada pelo MS articulada aos princípios do SUS, as categorias A, B e C mostram 14 IC argumentando sobre a permanência e ampliação deste trabalho na SMS.

Na categoria A, pode-se observar que oito participantes partilham a ideia de investir na ampliação do projeto TC na rede básica, contudo, permanece a compreensão de complementariedade à consulta médica. As possibilidades pensadas para a TC mostram-se enquanto visões pessoais, desarticuladas de fundamentos teóricos e de políticas de saúde já existentes.

Padilha e Oliveira (2012) constata que há dificuldades para a legitimação da TC como ferramenta de cuidado devido a aspectos relacionados ao âmbito institucional, físico, humano e metodológico. Tomando as conclusões da autora como referencial de análise, é possível considerar que as respostas apresentadas pelos entrevistados nas quatro categorias se complementam e fazem referência à falta de incentivo da gestão e ao processo de desorganização do trabalho.

Cecílio e Lima (2000) evidenciam que há tendência na desarticulação das ações de cuidado, quando estas são desenvolvidas por profissionais de forma desassociada e fragmentada, o que observamos estar relacionado ao fato de que, apesar de os entrevistados argumentarem a favor da TC, não a percebem como dispositivo de cuidado integrado às políticas de saúde vigentes, como as preconizações da PAB e PNPIC (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008). Estas evidências inviabilizaram perceber a representação e o significado da TC além da opinião pessoal baseada no histórico local, perdendo, assim, a dimensão do universo do SUS e das potencialidades existentes no município para fortalecimento desse mesmo sistema. A ideia manifesta é que a TC pode favorecer as relações pessoais e não a política pública.

Ceccim (2005) destaca a problematização da prática e a interlocução entre esta e os conceitos de atenção integral, humanização, equidade e qualidade como incentivos à produção de mudanças na atenção e na gestão. Esse repertório de discussão, não referendado pelos participantes, direciona pensar a educação permanente como possibilidade de atentar novas perspectivas e compreensões da TC no âmbito das políticas públicas.

A educação permanente, assim como referendada pelo MS, permite compreender o processo de trabalho, refletir a prática e constituir malhas de cuidado ininterrupto e, para que seja institucionalizada, precisa estar incorporada ao cotidiano e compreendida como ferramenta e estratégia no gerenciamento dos serviços (BRASIL, 2005).

Tabela 4 – Distribuição de frequência absoluta e percentil das categorias das respostas apresentadas na questão 4 “Durante seu percurso na SMS, como você analisa sua participação junto à Terapia Comunitários?”

		n	%
A	Boa participação. A TC faz parte da minha vida.	3	25,00
B	Tive participação tímida.	3	25,00
C	Nunca participei de perto, mas vejo como um suporte importante.	4	33,33
D	Não respondeu à questão.	2	16,67
Total de respostas		12	

Fonte: Elaborada pela autora.

Esta questão possibilitou a elaboração de quatro categorias que representam as seguintes ideias: quatro participantes admitem que **nunca participaram de perto** da TC, três consideram ter tido **participação tímida**, três reconhecem ter **boa participação** e dois **não responderam** ao que foi perguntado (Tabela 4).

Lopes *et al.* (2007) evidenciam a fragmentação da formação e do saber, conduzindo naturalmente à divisão do trabalho, repartição das tarefas e hierarquização dos profissionais. Os autores consideram esses elementos como facilitadores para o distanciamento de práticas dirigidas à integralidade e aponta a educação permanente como uma alternativa para a reversão desse quadro. Essas compreensões auxiliam a reconhecer nos discursos de nove participantes (categorias B, C e D) pouca informação sobre a TC.

Holanda, Dias e Ferreira Filha (2007) consideram a TC uma prática de educação em saúde capaz de produzir mudanças na vida das pessoas, a partir da reflexão sobre os problemas cotidianos. Esta ideia é difundida por Barreto (2008), que relaciona o perfil de educador do terapeuta comunitário à fundamentação originária da metodologia de educação popular, contrastando com os demais discursos, encontra-se presente na categoria A, na qual três participantes identificam a TC como um recurso favorável ao fortalecimento e empoderamento pessoal e à potencialização da coletividade.

Esta questão possibilitou analisar o que o participante, trabalhador da saúde, entende como trabalho e como se relaciona com ele. Percebe-se que as categorias “tive participação tímida” e “nunca participei de perto” revelam envolvimento com outras ações de assistência e não com a terapia comunitária. Partindo-se do princípio que o funcionário de nível universitário tem certa autonomia sobre a forma como comanda seu processo de trabalho, sendo a ele facultadas intervenções que impliquem na valorização de atitudes acolhedoras de cuidado ou,

do contrário, em procedimentos burocráticos, é possível reconhecer, em suas opções cotidianas, o envolvimento com certo tipo de práticas ligadas a este universo micropolítico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse capítulo teve por objetivo apresentar os resultados da pesquisa que investigou a representação da TC na SMS de Santos na perspectiva de gestores, terapeutas comunitários e de equipes de saúde. Constatou-se que a concepção de promoção de saúde está atrelada ao não adoecimento. Apesar dos participantes apontarem que há relação entre as ações de promoção de saúde e a TC, as práticas de promoção de saúde foram vinculadas à responsabilidade individual e familiar.

A PNPS não foi citada e as respostas pautaram-se em descrever alguma característica humanizada da TC ou em ressaltar sua importância na prevenção de doenças.

Na relação estabelecida entre a TC e as PIC, salienta-se a dificuldade dos participantes em responderem a questão, aparentando desconhecimento sobre o assunto. Importante ressaltar que houve dificuldade em construir os discursos, visto que as respostas não tiveram amplitude e condensaram aspectos da rotina do serviço e percepções pontuais sobre o SUS, reduzindo, assim, a explanação qualitativa. A ocorrência de silêncio e reflexão, pela maioria dos participantes, logo após a elaboração da questão, evidenciando pouca familiaridade com o assunto. Não foram citados os fundamentos teóricos da TC, e a PNPIC não foi mencionada por nenhum dos participantes, prevalecendo uma concepção superficial e a visão pessoal sobre a TC, mostrando esta como complementar ao atendimento médico.

Na análise que o participante faz sobre sua atuação junto à TC, há evidências de pouco contato com as rodas e, conseqüentemente, desconhecimento sobre as possibilidades oferecidas como ação de saúde. O pensamento predominante é o que valoriza, embora reconheça como desgastante, o trabalho maçante, funcional e mecânico e a TC, em geral, é vista como algo além das atribuições do trabalho, mesmo entre os terapeutas comunitários.

Ao mesmo tempo em que o conteúdo coletado pelas entrevistas ajudam a compreender a diminuição na oferta da TC na SMS, também é possível observar a potência que mantém os profissionais resistentes e atuantes até o momento, superando a falta de incentivos e a perda constante de parceiros nas rodas. Constata-se que este movimento de resistência está relacionado à credibilidade, identificação e ao sentimento de pertencimento a esta atividade profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008, 408 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed., Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CECÍLIO, L. C. O; LIMA, M. H. J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo a integração e a humanização do atendimento na rede básica. *In*: LINHARES, A L. **Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó**. São Paulo: Hucitec, p. 159-182, 2000.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev. Bras. Saúde Família**. Ministério da Saúde, Brasília, ano IX, edição especial, 2008. p. 70-76

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Rev. Eletr. Enfermag.** [serial online], v. 9, n. 1, p. 79-92, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>.

IGLESIAS, A.; ARAÚJO, M. D. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 291-298, 2011. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo**. 2. ed., Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciênc. Saúde**; v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-484725>

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Colet.**, v. 15, p. 145-176, 2005. Supl. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>.

MORAIS, F. L. S. L. **Rodas de Terapia Comunitária: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família**. 2010, 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5181/1/arquivototal.pdf>.

NOGUEIRA, A. C.; SOUZA, I. M. G. P. Terapia Comunitária: relato de uma experiência. **Temas Educ. Saúde**, Araraquara, v. 8, p. 85-104, 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9570/6331>.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W.F. Terapia Comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brusuk. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 43, p. 1069-1083, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4912.pdf>.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil 1**, Salvador: UFBA, 11-28, 2011.

REIS, M. L. A.; GRANDESSO, M. O significado da capacitação em terapia comunitária integrativa na vida dos terapeutas comunitários. **Temas Educ. e Saúde**, Araraquara, v. 10, p. 89-115, 2014. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9617/6359>.

SANTOS, R. C. **Terapia Comunitária: um olhar crítico sobre sua trajetória na Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP**. 2015, 107 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, 2015. http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/mest_prod_tesesp_bsantista.htm.

SÃO PAULO (Estado). Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Terapia Comunitária na Atenção Básica – SMS/SEAS**. Santos: 2008.

SÃO PAULO (Estado). Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde. **Contratação de prestação de serviços para realização de curso de capacitação em Terapia Comunitária para técnicos da SMS**. Processo 11996/2009-91, abertura 02/02/2009. Santos: DEAB, 2009.

SOUZA, G. M. L. *et al.* A Constituição da Terapia Comunitária no Processo Saúde-Doença. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 682-688, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23030/17059>.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: GARANTIA E ACESSO AOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO

Ana Paula Almeida de Aragão
Assistente Social
Prefeitura Municipal de São Sebastião
São Sebastião – SP

Ana Rojas Acosta
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

Este trabalho apresenta reflexões acerca da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e a relação da atuação dos serviços de saúde com a garantia de direitos das crianças e adolescentes com deficiência da Região do Distrito de Maresias do município de São Sebastião-SP. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa orientada pelo método dialético-crítico, demonstrando os possíveis avanços e conquistas para um grupo social que historicamente sofre preconceitos e violações no meio social, A pesquisa traça o conceito de deficiência desde tempos longínquos até nossos dias, os avanços e conquistas importantes para esses indivíduos junto à política de saúde nacional, a rede de atendimento municipal e qual o olhar dos usuários em relação à política de saúde para crianças e adolescentes com deficiência em São Sebastião-SP.

Palavras-chave: pessoa com deficiência; saúde da pessoa com deficiência; serviços de saúde; direito à saúde.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta reflexões acerca da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a relação da atuação dos serviços de saúde com a garantia de direitos das crianças e adolescentes com deficiência da Região do Distrito de Maresias do município de São Sebastião-SP. O texto apresenta um recorte da dissertação **Sistema Único de Saúde: garantia e acesso aos direitos de crianças e adolescentes com deficiência no município de São Sebastião** (ARAGÃO, 2018)¹ defendida no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde-Mestrado Profissional, campus Baixada Santista.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2012), mais de um bilhão de pessoas em todo mundo vivem a experiência da deficiência e sua incidência é crescente, estas pessoas apresentam as piores condições de acesso à saúde, educação, à participação econômica, ao transporte e à informação, o que se agrava em comunidades mais pobres. No Brasil, segundo dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 45.606.048 de pessoas com deficiência, ou seja, cerca de 23,9% da população total do país. Desse número, analisando os dados censitários, verificamos que 5.260.563 são crianças e adolescentes vivendo com alguma deficiência.

O interesse pela temática advém da atuação profissional no Centro de Reabilitação José Teixeira no bairro de Boiçucanga – São Sebastião, litoral do estado de São Paulo. Trata-se de uma das unidades que compõe a rede de saúde municipal especializada, que atende em sua maioria, pessoas com deficiência. A prática profissional, nesse serviço, proporciona cotidianamente, a exposição às vulnerabilidades e situações de violação sofridas pelas pessoas com deficiência e permite perceber que, juntamente com outros segmentos de nossa sociedade, apresentam dificuldade para garantir acesso aos seus direitos. Diante dessas dificuldades, as pessoas com deficiência recorrem, muitas vezes, a outras políticas públicas para serem informadas e terem acesso a seus direitos.

O termo vulnerabilidade é compreendido como a herança histórica da estrutura social capitalista: “Nesse sentido, a vulnerabilidade social se constitui como construção social, enquanto produto das transformações societárias, assumindo diferentes formas de acordo com os condicionantes históricos” (MONTEIRO, 2011, p. 34).

¹ Aragão (2018). Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/066_bx_dissertacao_ana_paula.pdf.

No período de realização do estudo, a rede de saúde municipal de São Sebastião, estava composta por 22 Unidades de Saúde da Família, quatro Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, dois Centros de Saúde, um Pronto Socorro, um Pronto Atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS a.d.), dois Centros de Reabilitação, um Centro de Infectologia, um Centro de Especialização Odontológico, um Centro de Saúde II, um Laboratório Regional de Prótese Dentária, um Hospital e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

O objetivo principal deste trabalho foi analisar a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de São Sebastião em relação à garantia de direitos de crianças e adolescentes com deficiência.

O percurso metodológico se compôs do levantamento bibliográfico, por meio de livros, artigos e documentos legais para apropriação da temática dos direitos das pessoas com deficiência, as mudanças conceituais e na forma como a questão foi tratada em cada momento histórico, as influências deixadas por cada período e que permanecem interferindo na forma como a deficiência é tratada no contexto atual.

A realização da pesquisa de campo constitui-se de duas fases, uma primeira fase, de caráter exploratório para levantamento de informações referentes às pessoas com deficiência, em seguida, especificamente, das crianças e adolescentes com deficiência, a fim identificar o quantitativo e elementos do perfil desses sujeitos no município de São Sebastião.

A segunda fase foi pautada pela análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas, a fim de investigar como se dá a garantia e alcance aos direitos por meio do acesso aos serviços de saúde da rede municipal. Dessa forma, as duas fases da pesquisa, buscaram compor os dados necessários ao alcance do objetivo.

A pesquisa foi orientada pelo método dialético-crítico, por se tratar de um referencial que busca a essência dos fenômenos inscritos em determinado contexto sócio histórico, preocupando-se em desvendar como eles se manifestam para além da aparência. A partir da compreensão de que os fenômenos anotados são parte integrante, a trajetória analítica buscou-se partir das determinações singulares às genéricas, a fim de relacionar as partes, onde cada qual já se compõe de totalidades, para chegar à totalidade dos fenômenos sociais que se influenciam mutuamente.

O tipo de pesquisa utilizada foi de caráter qualitativo, uma vez que, a realização da pesquisa considera a possibilidade de interação entre os sujeitos da pesquisa em todo o processo, por meio de uma construção coletiva.

A análise dos resultados obtidos na etapa das entrevistas, lançou mão dos dados de fontes primárias que sustentam o corpo categorial transcrito no decorrer da pesquisa, que lidam

com a história do ser social, com a produção e reprodução da vida. Utilizamos os depoimentos, pois as entrevistas realçam e dão corpo às discussões levantadas durante o percurso da investigação conceitual.

No contexto acadêmico, o conceito de deficiência tem a predominância de dois modelos, de um lado o modelo biomédico da deficiência, centrado no corpo, na ideia classificatória das lesões e impedimentos corporais considerados indesejados se comparados a um ideal de normalidade e de outro lado, as mudanças construídas pelos teóricos do chamado modelo social da deficiência, que propõe uma ampliação do olhar, não centrada no sujeito, com uma lesão que causa uma limitação, mas que discute a partir das diversas barreiras sociais impostas a este grupo de pessoas (DINIZ, 2007, PICCOLO, 2015).

O modelo social da deficiência proposto pelos “teóricos do modelo social”, grupo formado por professores de sociologia, todos com deficiência física, em Londres no início dos anos 1980 no Departamento de Sociologia e Política da *Leeds University* teve como objetivo promover mudanças sobre como a deficiência, compreendida até aquele momento da história como anormalidade, incapacidade, limitação, tragédia pessoal, castigo divino, como aquele capaz de “ressaltar a deficiência como um produto histórico gestado pela opressão secular alavancada nos ditames capitalistas” (PICCOLO, 2015, p. 25).

Nesse sentido, o modelo social passa a influenciar o conceito de deficiência, atualmente adotado para a construção de documentos legais e de políticas públicas nos níveis nacionais e internacionais. Possibilita mudanças importantes, como por exemplo, a revisão realizada pela Organização Mundial da Saúde – OMS da Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Desvantagem de 1980, que foi substituída pela legislação vigente Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) de 2001. A CIF representa, portando, um avanço em comparação ao instrumento de classificação anteriormente adotado nas avaliações de funcionalidades das pessoas com deficiência (DINIZ, 2007).

A Lei Brasileira de inclusão define pessoa com deficiência, semelhante ao conceito presente na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas – ONU, em seu artigo 2º, como:

Aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A definição expressa a participação “em igualdade de condições”, o que pressupõe a garantia do respeito a todas as diferenças e o atendimento às necessidades específicas apresentadas por cada sujeito em nossa sociedade. Tal garantia não pode ser ofertada em uma

sociedade que tem a desigualdade como pressuposto e um dos elementos responsáveis pela manutenção da ordem capitalista, o Estado suprime as desigualdades somente no plano abstrato: “Muito longe de suprimir essas diferenças fáticas, ele só existe antes no pressuposto delas” (MARX, 2009, p. 50).

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM RELAÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No início da Revolução Burguesa, por volta do séc. XVII, no campo da saúde, a deficiência se consolidou como uma área de atuação. Embora alguns povos, em períodos anteriores da história, já tivessem construído formas de “tratamento” para questões relacionadas às deficiências.

Nesse período, o modelo de tratamento era centrado no saber biomédico e realizava-se por meio da institucionalização dos sujeitos, e sempre na perspectiva individual. Apenas a partir da segunda metade do século XX, surgem estudos que promovem mudanças conceituais significativas com a construção do chamado modelo social da deficiência mencionada anteriormente.

O modelo social buscou ampliar as reivindicações das pessoas com deficiência para além do acesso aos recursos da área da saúde a fim de reabilitar e normalizar o corpo, mas por mudanças na estrutura social capazes de oferecer “equiparação de oportunidades e promoção da justiça”, denuncia a desigualdade social expressa na deficiência e o despreparo da sociedade para a diversidade humana (SANTOS, 2016).

Tais mudanças passaram, em certa medida, a influenciar os documentos legais e, conseqüentemente, foram incorporando as políticas públicas, inclusive a política de saúde voltada para as pessoas com deficiência. De forma que a questão da pessoa com deficiência que historicamente recebeu pouca atenção no campo da saúde pública e não foi por muito tempo uma prioridade para a área, ao contrário, ocupou um lugar secundário dentro da política de saúde no Brasil, passou a partir das influências teóricas do modelo social sobre os marcos legais, no que tange ao direito dessas pessoas, a receber maior atenção por parte dessa política pública no âmbito nacional (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Os movimentos realizados na segunda metade do século XX no Brasil resultaram, na criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, de forma que a saúde passou a ser considerada um direito universal. Antes, a atenção em saúde da pessoa com deficiência tinha como foco apenas a prevenção de ocorrência de deficiências decorrentes de doenças infecto contagiosas. Devido à falta de ação realizada diretamente pelo poder público, a única oferta de atendimento era voltada para a reabilitação oferecida por instituições filantrópicas e beneficentes financiadas pelo Estado. Apesar da importância que essas iniciativas tiveram, a atenção

oferecida ocorria de forma dispersa, precária e insuficiente (OTHERO; DALMASO, 2009; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Na perspectiva do SUS, passam a ocorrer iniciativas nesse campo, voltadas para a saúde da pessoa com deficiência que merecem destaque e que de certa forma, construíram o caminho para a estratégia atual, foco deste estudo. Dessa forma, na área da saúde, tais iniciativas correspondem ao Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (1991), Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde – Planejamento e Organização de Serviços (1993), a Política de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (1999) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência de 2002 (OTHERO; DALMASO, 2009).

O artigo Nº 23, inciso II da Constituição Federal – CF de 1988 destaca a importância de construção de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, onde se determina como: “competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios o trato da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia” das pessoas com deficiências.

A saúde concebida a partir da CF 1988 e regulamentada nas suas ações por meio da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 trouxe para discussão princípios importantes para a construção de uma política de saúde voltada para as pessoas com deficiência, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Nesse sentido, segundo Ayres (2009, p. 14):

A integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita.

O cuidado integral em saúde, como expresso por Figueiredo *et al.* (2015), supõe a participação ativa dos profissionais com um olhar abrangente sobre as necessidades do sujeito, inclusive àquelas não relacionadas à demanda expressa no atendimento. Dessa forma, o conceito de integralidade pressupõe a criação de uma estrutura, por meio de serviços integrados, que reconheça a interdependência entre as pessoas e serviços envolvidos (KIELMANN; SILVEIRA; SOUZA, 2011).

Com isso, o conceito de equidade defende que as desigualdades devem ser tratadas de maneira desigual para que reflitam condições de igualdade. O tratamento igual diante das situações de desigualdade vividas pelos usuários da saúde, com destaque para as pessoas com deficiência, resulta no aumento dessas desigualdades.

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2000 sobre os princípios e conquistas do SUS, a equidade reaparece como igualdade de acesso, mas sob a consideração de que a saúde no Brasil se insere num contexto de graves desigualdades, portanto, a ampla

discussão sobre este princípio e sua aplicação no desenvolvimento da política de saúde, pode favorecer para o alcance da justiça social. Dessa forma, a discussão deve abranger não apenas o acesso aos serviços e ações de saúde, mas debater a forma como ocorre e se de fato garante que não haja discriminação no cuidado em saúde, ainda que o acesso aconteça.

Reconhecemos o avanço com relação ao direito à saúde expressos na CF de 1988, com seus princípios e diretrizes, e reafirmado pelas legislações que regulamentam a saúde pública no Brasil, mas destacamos que a garantia ao acesso universal e equitativo, assim como da atenção integral representam um desafio a ser alcançado. Sobre as conquistas expressas na CF 1988, vale destacar o importante papel dos movimentos sociais, com lutas expressivas iniciadas na década anterior à sua promulgação e que foram fundamentais para o conjunto de direitos alcançados. Nesse mesmo contexto da construção de uma política de saúde voltada para as necessidades específicas das pessoas com deficiência, no âmbito das ações da OMS, ocorreu a elaboração da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades de Desvantagens (CIDID), em 1989. Essa classificação tomou como definição do conceito de deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, como a incapacidade, em decorrência da deficiência, de realizar uma atividade nos padrões considerados de normalidade, e a desvantagem decorrente dessa incapacidade, que o impede de desempenhar seu papel na sociedade (BRASIL, 2008).

Os termos utilizados por essa classificação proposta pela OMS foram alvo de duras críticas, especialmente pelos teóricos do modelo social, já mencionados anteriormente. Nas palavras de Diniz *et al.* (2007, p. 2508):

O modelo social da deficiência – principal marco teórico dos estudos sobre deficiência – subverteu a lógica da causalidade proposta pela ICIDH: não eram as lesões a principal causa das desvantagens, mas sim a opressão social aos deficientes.

Após vinte anos do primeiro documento de classificação de deficiência proposto pela OMS, foi construído um novo sistema classificatório composto por referências tanto modelo biomédico quanto do modelo social de deficiência, combinando uma linguagem que propõe um terceiro modelo de classificação, denominado modelo biopsicossocial. Dessa forma, em 2001, a OMS aprovou na Assembleia Mundial da Saúde a nova Classificação Internacional, denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que representa um avanço em termos conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos. O significado de deficiência no contexto da CIF sofre mudança de um caráter puramente biomédico e passa a considerar aspectos sociológicos e políticos (FARIAS; BUCHALLA, 2005; DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007; SANTOS, 2016).

A tradução da CIF no Brasil foi realizada pelo Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português da Universidade de São Paulo, contudo seu uso no país ainda não demonstra avanços. Oficialmente, a primeira política pública brasileira a utilizar a CIF nas avaliações para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), foi a Política de Assistência Social, desde 2007. A Previdência Social também passou a utilizar a CIF, desde 2013, para avaliação de concessão de aposentadoria às pessoas com deficiência, de acordo e função da publicação da Lei Complementar nº 142 de 8 de maio de 2013 (FARIAS; BUCHALLA, 2005; SANTOS, 2016).

Evidencia-se que a política de saúde no Brasil não utiliza a CIF de forma protocolar nas avaliações e atendimentos das pessoas com deficiência. O uso da CIF, quando ocorre, apresenta-se como uma ação pontual de um serviço ou grupo de profissionais. Em São Sebastião, na área de saúde, a utilização da CIF não foi oficialmente adotada.

Dentre as novidades expressas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, vale citar sua própria formulação, que teve a participação ampla de profissionais e usuários. Portanto, resulta de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, que envolveu diversos atores sociais e instituições. Configura-se, dessa forma, como um instrumento norteador das ações do setor da saúde, voltado para a garantia de acesso das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS.

No campo dos marcos legislativos internacionais, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU, de 2006, a primeira convenção adotada pela entidade internacional no milênio, é a atual referência aos direitos das pessoas com deficiência, do qual o Brasil é signatário desde 30 de março de 2007, ratificado em 1º de agosto de 2008, o Decreto nº 186 de 2008, que aprova o texto da Convenção, promulgados seu Protocolo Facultativo e texto por meio do Decreto Nº 6.949 de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009).

Foi proposta pela Delegação do México na Assembleia Geral da ONU em 2001, formando-se um comitê responsável por sua formulação (resultado de mais de quatro décadas de lutas de movimentos políticos das pessoas com deficiência), que defendiam uma insuficiência de garantias oferecidas pelas normativas legais anteriores. Essa Convenção foi a primeira na história da ONU a contar com a presença e participação dos representantes desses movimentos de todo o mundo, o que permitiu que sua construção de fato melhor representasse uma resposta políticas às demandas desse segmento social (PEREIRA, 2013). Dessa forma, segundo Pereira (2013, p. 15) esses movimentos acrescentaram ao debate:

Militantes políticos e acadêmicos denunciaram por décadas as violações que sofriam em todas as esferas da vida social, demandando medidas de justiça que pudessem combater efetivamente a ordem social que produzia reiteradamente as desigualdades. As necessidades das pessoas com deficiência eram desconsideradas na construção dos espaços, nas formas de comunicação coletiva, no acesso aos bens e serviços e em várias outras dimensões da sociabilidade, confinando as pessoas com deficiência às margens da vida social.

O Relatório Mundial sobre Deficiência da OMS de 2011 representa um documento recente com relevância, especialmente, para o campo da Saúde, que objetiva proporcionar a construção de políticas e programas inovadores capazes de propiciar melhoria da condição de vida e saúde das pessoas com deficiência, e promover a implementação das prerrogativas apresentadas pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU.

Esse Relatório Mundial sugere ações compartilhadas entre governos, sociedade civil, organizações das pessoas com deficiência para criação de ambientes acessíveis, desenvolvimento de serviços de suporte e reabilitação com a finalidade de garantir a devida proteção social, pela criação de políticas e programas de inclusão, pelo cumprimento das legislações já existentes. Esse documento descreve nove recomendações que favorecem o alcance dos objetivos, quais sejam: permitir o acesso das pessoas com deficiência a todos os sistemas e serviços regulares de saúde; investir em programas e serviços específicos para as pessoas com deficiências; adotar uma estratégia e planos de ação nacional sobre deficiência; envolver as pessoas com deficiência na formulação e implementação das políticas, leis e ações; melhorar a capacidade de atuação dos profissionais com relação à deficiência; oferecer investimento adequado e melhorar a acessibilidade econômica das pessoas com deficiência; ampliar as informações e compreensão sobre deficiência na sociedade; aumentar a base de dados sobre deficiência; e, fortalecer e apoiar pesquisas sobre deficiência.

O Relatório representa um avanço no sentido de propor um olhar ampliado sobre deficiência dentro do campo da saúde, uma área que historicamente favoreceu a relação entre deficiência e doença / anormalidade. Contudo, ainda, possui limitações em sua abordagem, especialmente por pautar-se na proposta de inclusão social, já discutida anteriormente neste trabalho.

A criação do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio de Decreto Nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, demonstra o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Agrega quinze ministérios, o que demonstra uma mudança na lógica adotada na construção das políticas públicas, ou seja, sua efetivação deve ocorrer pela interação entre diversos setores das políticas públicas e a sociedade. Portanto, a ideia pressupõe o compartilhamento das ações e o trabalho

em rede, em quatro eixos prioritários: Atenção à Saúde; Acesso à Educação; Inclusão Social; e Acessibilidade (PASCHE, 2014; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A atenção à saúde no âmbito do SUS ocorre pela composição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção, que são a Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012).

Os objetivos em compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são: ampliar o acesso e qualificar o atendimento; garantir a articulação e integração dos serviços de saúde em cada território; vincular usuários e familiares aos serviços de atendimento; promover e oferecer cuidados em saúde em especial dos processos de reabilitação; realizar ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências; ofertar de forma ampliada recursos de tecnologia assistiva; propiciar o acesso das pessoas com deficiência ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com a política de assistência social; produzir ações voltadas à formação permanente para profissionais de saúde; fomentar intersetorialmente ações de promoção e prevenção à saúde; propagar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção, cuidado e os serviços disponíveis na rede; realizar a regulação, organização das demandas e os fluxos assistenciais; por fim, construir indicadores com a finalidade de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços da atenção à saúde (BRASIL, 2012).

A implantação e funcionamento dessa estratégia estão em construção. Algumas etapas estão previstas para que seja efetivada, conforme construída e descrita na Portaria de criação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Pode-se considerar que sua efetivação, contribuirá para que pessoas com deficiência melhorem seu acesso aos direitos garantidos, embora, haja desafios para sua implementação. Nesse sentido destaca Mendes (2014, p. 46):

Deve garantir um princípio caríssimo: a integralidade do cuidado. Isso começa pelo fortalecimento e pela integração das ações de saúde da atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência e emergência no trato com as pessoas com deficiência. Essa população deve ganhar visibilidade em todos os pontos de atenção e, para isso, é fundamental que os campos problemáticos das pessoas com deficiência e da habilitação/reabilitação, que sempre estiveram apartados do SUS, ganhe espaço e consistência.

A saúde ocupa importante papel na articulação dos diversos setores das políticas públicas com relação à atenção voltada às pessoas com deficiência, uma vez que, é geralmente a porta de entrada aonde chegam esses sujeitos. Além disso, o acesso aos demais direitos, muitas vezes, está condicionado ao atendimento inicial dos serviços de saúde. Embora o ingresso aos serviços de saúde e suas contribuições para a garantia de acesso aos demais direitos seja o

objeto principal deste trabalho, faz-se necessário nesse processo marcar as conquistas legais alcançadas pelas pessoas com deficiência.

A Lei brasileira da Inclusão (LBI), aprovada no ano de 2015, que passou a vigorar a partir de 2016, representa um avanço dentre os direitos conquistados no Brasil para este segmento populacional.

A LBI foi construída à luz dos avanços trazidos por um olhar ampliado sobre a questão da deficiência e a consideração de que decorre das desigualdades resultantes das barreiras socialmente impostas a essas pessoas, em acordo com a CDPD da ONU. Dessa forma, expressa que a deficiência se define pela restrição à participação e apresenta diretrizes para o enfrentamento dessas barreiras (SANTOS; MOREIRA; ALVES, 2016). A referida lei, no Art. 3º define barreiras como:

Quaisquer entraves, obstáculos, atitudes ou comportamentos que limitem ou impeçam a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança (BRASIL, 2015).

O desconhecimento por parte dos profissionais das diversas políticas públicas, inclusive da saúde, sobre os direitos garantidos na legislação, reflete na desinformação dos usuários acerca de seus direitos e de como acessá-los. Por este motivo, é necessário que os profissionais que estão em exercício de suas atividades possam atender com informações seus usuários de forma a promover o acesso (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

Os baixos investimentos nas políticas públicas e a precarização apresentada em setores como a saúde, por exemplo, demonstram o descaso do poder público no cumprimento dos direitos conquistados na legislação e impedem sua efetivação. Torna-se evidente que a existência de uma legislação com ampla garantia de direitos, apesar de importante, não expressa o efetivo acesso aos direitos expressos em lei (GIRONDI; SANTOS, 2011).

Cabe destacar que essas conquistas de direitos, a emancipação política na sociedade capitalista, têm sua ideologia dominante no núcleo burguês central:

A emancipação política é, sem dúvida, um grande progresso; ela não é, decerto, a última forma da emancipação humana, em geral, mas é a última forma da emancipação política no interior da ordem mundial até aqui (MARX, 2009, p. 52).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados levantados na fase exploratória da pesquisa permitiram identificar a existência de 85.520 habitantes no município de São Sebastião e que destas 19.289 pessoas possuem algum tipo de deficiência, segundo os dados do Censo Demográfico de 2010 do IBGE. Esse quantitativo de pessoas demonstra a importância em construir, no âmbito das políticas públicas municipais, ações voltadas para esse segmento populacional, a fim de garantir o acesso ou evitar a violação dos direitos conquistados pelas pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a busca de informações acerca das crianças e adolescentes com deficiência incluídos no atendimento da política de saúde evidenciou que há relevantes dificuldades em acompanhar esse segmento específico por parte dos serviços, embora de acordo com o art. 4º do ECA, Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, seus direitos devem ser assegurados com “absoluta prioridade”.

Este estudo evidenciou que, a garantia universal do acesso à saúde das pessoas com deficiência demanda de maior intervenção, uma vez que a atenção à saúde fica restrita ao atendimento pelos serviços especializados. Expressa necessidade de mudanças na concepção dos serviços com relação à deficiência para que haja promoção do acesso ao atendimento em todos os serviços da rede de saúde.

A centralidade do saber biomédico sobre o conceito de deficiência dificulta que outros aspectos da vida do sujeito sejam considerados, inclusive por seus familiares, que veem na saúde e mais precisamente na reabilitação sua demanda mais relevante.

O preconceito e as tentativas de manter o distanciamento das pessoas com deficiência na sociedade mostra-se presente no discurso dos sujeitos, assim como na literatura apresentada. A violação de alguns direitos é justificada pela própria deficiência, contrariando o princípio da equidade, em as pessoas com deficiência e as diferenças expressas por cada sujeito deveriam ser olhadas de forma prioritária. Dessa forma, percebemos que valores construídos em longínquos momentos históricos permanecerem presentes na vida das pessoas com deficiência na contemporaneidade.

O acesso das pessoas com deficiência aos serviços e, em consequência, aos direitos garantidos, passa por vários aspectos concretos como a acessibilidade urbana, transportes adaptados, a distância dos serviços em relação ao domicílio, a obtenção de tecnologia assistiva, o apoio familiar e comunitário, entre outros. Portanto, o primeiro desafio concreto a ser enfrentado é acessar o serviço.

No entanto, o acesso aos serviços não garante a obtenção de informações sobre direitos das pessoas com deficiência, uma vez que, na fase das entrevistas, ocorreram relatos de sujeitos

que eram acompanhados nos serviços de saúde e que não receberam informações significativas acerca de direitos garantidos.

Quanto à articulação intersetorial municipal, especialmente à política de educação, é inexistente. Para responder ao Programa Viver sem Limites do governo federal faz-se necessário a construção de ações conjuntas entre os diversos setores das políticas públicas, como forma de garantir o atendimento integral das demandas das pessoas com deficiência e o acesso aos seus direitos.

Corroborasse assim que na sociedade contemporânea, como nos períodos históricos anteriores, há uma série de barreiras que sustentam uma condição de grave desigualdade das pessoas com deficiência, apesar das mudanças paradigmáticas e do conjunto de direitos conquistados. Essa condição não poderia configurar-se de forma diferente na sociedade atual, uma vez que a desigualdade é intrínseca ao processo “sócio metabólico” do capital (MÉSZAROS, 2002).

Por todo o exposto, após a realização desta pesquisa, deprede-se que as políticas públicas municipais de São Sebastião-SP demandam ações concretas, efetivas e eficazes, para que os direitos garantidos na legislação para às pessoas com deficiência, possam ser acessados. Ainda que reconheçamos que o acesso aos direitos, a emancipação política seja apenas um meio para alcançar de fato a emancipação humana.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. P. A. **Sistema Único De Saúde: garantia e acesso aos direitos de crianças e adolescentes com deficiência no município de São Sebastião**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, 2018. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/066_bx_dissertacao_na_paula.pdf.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, abr./jun., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003. Acessado em: 20/01/2018.

BRASIL. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada /** Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União** de 7.7.2015 Brasília, 2015. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0207.pdf>.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2507-2510, out 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000025&script=sci_abstract&tlng=pt.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

FIGUEIREDO, S. V. *et al.* Conhecimento das famílias de crianças e adolescentes com malformação neural acerca dos seus direitos em saúde. **Esc. Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 671-678, dez. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000400671&lng=pt&nrm=iso.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** [Online], Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 378-384, jun. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200023&script=sci_abstract&tlng=pt.

KIELMANN, S.; SILVEIRA, L. M.; SOUZA, L. F. A. As Redes de Atenção para pessoas com Deficiência na Bahia: construindo políticas públicas. *In*: LIMA, I. M. S. O.; PINTO, I. C. M.; PEREIRA, S. O. **Políticas Públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2011.

MARX, K. **Para a questão judaica**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MENDES, V. L. F. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: construindo a Rede de cuidados à Saúde da Pessoa com deficiência. 2014. p. 37-68 *In*: **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf

MÉSZAROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Soc. Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, jul./dez. 2011. Disponível em: revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/695/619.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Relatório Mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface** (Botucatu), v. 13, n. 28, p. 177-188, jan./mar., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015.

PASCHE, D. F. Políticas públicas integradas e integradoras. 2014. p. 11-36 *In*: **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf.

PEREIRA, L. B. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e justiça: novos contornos das necessidades humanas para a proteção social dos países signatários**. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13581/1/2013_L%C3%ADviaBarbosaPereira.pdf.

PICCOLO, G. M. **Por um pensar sociológico sobre a deficiência**. Curitiba: Editora Appris, 2015.

SANTOS, T. V.; MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R. Quando a participação de crianças e jovens com deficiência não se resume à atividade: estudo bibliográfico. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 10, p. 3111-3120, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003111&script=sci_abstract&tlng=pt.

SANTOS. W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.21, n.10, p. 3007-3015, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003007&script=sci_abstract&tlng=pt.

GUIA DE OFICINAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Priscilla Regina Cordeiro

Centro de Atenção Psicossocial Adulto II – Dr. Leonídio Galvão dos Santos
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS
São Paulo – SP

Flávia Liberman Caldas

Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Terapia Ocupacional
Santos – SP

RESUMO

Para uma articulação eficiente entre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma que garanta o cuidado integral em saúde e o acesso de qualidade a toda população, faz-se necessário repensar em estratégias para a saúde mental na Atenção Básica em Saúde que auxiliem os profissionais de saúde a desmitificar os paradigmas em relação à imagem que a sociedade mantém sobre o convívio com a loucura e aos pré-conceitos sobre o sofrimento psíquico. Considerando tais fatores, propôs-se elaborar um guia como produto técnico como parte do estudo “Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde”, apresentando como público alvo, os agentes comunitários de saúde (ACS). O Guia, sendo um instrumento norteador, é composto por oito oficinas, que buscam estimular práticas inovadoras e ampliar as possibilidades da atenção integral à saúde, promovendo espaços de trocas de experiências e de criação coletiva entre os ACS e usuários convidados. Conclui-se que, utilizar a Educação Permanente como estratégia pode auxiliar na transformação das práticas no cotidiano de produção em saúde e na construção coletiva de ações descentralizadoras, voltadas às necessidades de saúde da população, no sentido de vincular de maneira efetiva a Saúde Mental à Atenção Primária.

Palavras-chaves: Educação Permanente em Saúde. Oficinas. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Agentes Comunitários de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar um instrumento, através da Tese de Dissertação de Mestrado “Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde”, 2016, considerando o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois busca ampliar as possibilidades da atenção integral à saúde, promovendo espaços de trocas de experiências entre os ACS e usuários em sofrimento psíquico grave. Isso, por que o produto técnico, denominado “Guia de Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde na Rede de Atenção Psicossocial: Multiplicando Agentes de Reinserção da Loucura Na Comunidade” e desenvolvido pelas autoras nasce da aspiração de incluir estratégias eficientes para a saúde mental na Atenção Básica em Saúde que estimulem a articulação entre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma a garantir o cuidado integral em saúde e o acesso de qualidade a toda população, ampliando as possibilidades de desmitificar pré-conceitos e resultados dos estigmas da loucura na sociedade (CORDEIRO; LIBERMAN, 2016, p. 120).

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE TERRITORIAL

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles (FREIRE, 2014, p. 1).

A Reforma Psiquiátrica, que prevê a substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental, é um movimento em constante transformação no país, que necessita de investimento progressivo em ações e serviços de saúde que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 surge para assegurar a oportunidade de “[...] acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde” para o usuário em sofrimento psíquico, em conformidade com suas necessidades, assim como já ocorre com qualquer outro usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa legislação, torna-se dever do Estado facilitar o “[...] desenvolvimento da política de saúde mental [e] a assistência e a promoção de ações de saúde” destinadas àqueles sujeitos, de modo que seja possível a eles alcançar sua “[...] recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p. 1).

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como um processo social em movimento e em transformação permanente no país, sendo um processo recente no Brasil. Processo este que necessita de investimento progressivo em ações e serviços

substitutivos que compõem a RAPS (AMARANTE, 2007). Com vistas a esses avanços, a articulação entre os serviços que compõem a RAPS devem vincular-se à estratégias que se caracterizam por práticas pautadas nos princípios da territorialização das ações, da responsabilização e da ampliação das redes sociais existentes nas comunidades (SOUZA, 2015).

Aproximar as ações de saúde mental nos espaços da Atenção Básica em Saúde (ABS), como o ponto principal do cuidado integral e consoante às diretrizes da política nacional de saúde mental, é um dos propósitos que definem as ações que podem auxiliar os profissionais de saúde nesse cuidado, desmitificando os receios e estigmas em relação à imagem que sociedade mantém sobre o convívio com a loucura.

3 EXPERIÊNCIAS INOVADORAS EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP prevê o desenvolvimento de um produto técnico, buscando estimular ações educativas inovadoras, de modo a possibilitar que o mestrando interaja com o conhecimento adquirido e a prática de atuação profissional de forma criativa e crítica.

Atrelado a isso, com vistas a oferecer ferramentas para a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde instituiu uma nova estratégia política para fortalecimento do SUS, denominada Educação Permanente (EP) (BRASIL, 2009). A EP dispõe à modificação e transformação das práticas em saúde dos profissionais, constituindo, assim, uma ferramenta importante que busca superar limites tanto da educação quanto das práticas tradicionais de saúde, sendo um importante estímulo para a construção coletiva de ações descentralizadoras voltadas as necessidades de saúde da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Considerando tais fatores, como parte dos resultados da pesquisa “Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde”, propôs-se o desenvolvimento de um produto técnico, denominado “Guia de Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde na Rede de Atenção Psicossocial: Multiplicando Agentes de Reinserção da Loucura Na Comunidade” (CORDEIRO; LIBERMAN, 2016, p. 120).

Este Guia refere-se a um projeto criado, pensando ser um instrumento norteador a partir da experiência em oficinas, tendo como finalidade contribuir para a qualificação da rede e ampliar as possibilidades da atenção integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico, intensificando a articulação com os serviços pertencentes a RAPS.

Tendo como público alvo, inicialmente, de agentes comunitários de saúde (ACS), busca qualificar as ações desses, estimulando-os a serem multiplicadores do cuidado integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico, e a formar parceiras e lideranças importantes na Luta Antimanicomial no território. Através das atividades propostas, o Guia busca promover espaços de trocas de experiências e de criação coletiva, entre os ACS e usuários em sofrimento psíquico convidados, de modo a inventar propostas que contribuam para a qualificação e intensificação da articulação da RAPS, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

4 O GUIA NA PRÁTICA: A ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS

A construção do Guia deu-se a partir de vivências no cotidiano de trabalho em um território referenciado por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), em que se observava que a assistência do cuidado integral na articulação dos serviços na Rede em Saúde Mental demonstrava-se fragmentada em relação à assistência articulada em uma rede de atenção integral.

Compreendendo a necessidade de se repensar o cuidado em saúde mental através de práticas e ofertas inovadoras, o Guia apresenta como público alvo o ACS, considerando que este profissional desempenha um papel importante no cuidado em saúde, sendo essencial na assistência, em parceira com as equipes do CAPS, no território. Todavia, sugere-se que, quando possível, outros profissionais de saúde também possam usufruir e participar ativamente das atividades e discussões propostas durante as oficinas.

Apresenta-se organizado em oito encontros, sendo um para apresentação das propostas do Guia e organização dos acordos para o seu acontecimento, seis oficinas e uma roda de conversa. Para cada oficina prevê-se o total de uma hora de duração, em que as atividades foram organizadas para terem uma duração de 40 minutos, garantindo tempo para a reflexão coletiva e o encerramento do encontro do dia.

Quando manuseado pelas equipes do CAPS, o Guia poderá ser aplicado em diferentes contextos e, possivelmente, ser adaptado a diversas realidades na órbita da ABS. Este instrumento, portanto, é direcionado a todos aqueles que desejam se aproximar do cuidado do usuário em sofrimento psíquico a partir do olhar do outro, buscando tratar cada participante desse processo como uma figura fundamental na composição do grupo.

Provocado pelas relações horizontais, espera-se que este material possa ser acessado pelos trabalhadores de saúde e que estes se permitam experimentar as vivências e ações junto aos usuários em sofrimento psíquico inseridos na RAPS, favorecendo para que esses profissionais possam utilizá-lo na experiência e no aprendizado com os usuários em sofrimento

psíquico, considerando cada vivência como única e não somente tendo em vista os sintomas e doenças daqueles sujeitos.

4.1 O guia na prática: oficinas como espaços de valorização, saberes e relações

Esta seção pretende explicar as atividades e vivências na prática de cada Oficina realizada no processo de pesquisa e que, posteriormente, foi compilada, transformando-se no resultado final do “Guia de Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde na Rede de Atenção Psicossocial: Multiplicando Agentes de Reinserção da Loucura Na Comunidade”, apresentado integralmente no final deste capítulo.

Após o primeiro momento direcionado para o convite e aquecimento, em que se buscou aquecer o grupo para os acordos, ideias e propostas de intervenção pactuar contratos e horários para os encontros, foi realizada a primeira oficina denominada “Conhecendo a Rede Viva”. Este encontro tinha como objetivo inicial captar o que as ACS estavam esperando das oficinas e como elas se enxergavam na rede. A atividade proposta na oficina buscou levantar as expectativas do grupo em relação às vivências nos encontros e como estas poderiam auxiliar no processo de trabalho e na relação com o CAPS e com a rede. Buscou-se verificar, do mesmo modo, a disponibilidade e o desejo de cada participante em compor aquele espaço.

Os resultados desta atividade conduziram à observação de que as expectativas e os desejos das ACS participantes voltavam-se à abertura para mudanças de suas práticas, buscando melhorar o processo de trabalho não só delas, mas de todos os integrantes da RAPS, especialmente no que se refere às relações com as equipes do CAPS.

A oficina “Quebrando Paradigmas” foi o primeiro encontro realizado com os usuários em sofrimento psíquico convidados. Em um encontro repleto de elementos surpresas, a discussão inicial foi endossada por um documentário relacionado ao tema e a discussão seguinte, guiada pelos usuários, que narraram suas experiências, as dificuldades que enfrentaram enquanto viviam no manicômio e suas reflexões sobre a articulação das redes de saúde e o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Com a intenção de fortalecer a discussão sobre a valorização do território, a oficina “Conhecendo a RAPS: assimilando as experiências” ocorreu mediante visitas em alguns serviços da RAPS de referência daquela região. Nesta mesma ocasião, o grupo participou de uma discussão com os usuários em sofrimento psíquico presentes no CAPS, na qual foi proposta uma roda de conversa norteada pelos temas: “Como eu gostaria de ser tratado em meu território?”; “Estratégias de cuidado”; e, “Compreensão do sofrimento psíquico pela visão do usuário”.

Ao final de cada oficina, era realizada, como um movimento de ritualização em círculo, uma roda com todos os participantes do grupo, em que, de mão dadas, eles escolhiam uma ou mais palavras que pudessem representar o encontro do dia e, em seguida, a(s) repetia(m), com o desejo de torná-la(s) uma realidade. As conexões criadas a cada encontro simbolizam as conexões que podem ser articuladas na rede e na comunidade.

A oficina “Prática, Ação e Equipe” teve como intuito valorizar a troca de saberes, sendo sugerida a atividade denominada “Rede: fortalecendo as trocas em equipe”, que teve como finalidade estimular o trabalho em equipe, considerando a importância e a potência da articulação efetiva dos serviços da RAPS e buscando “[...] potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2009, p. 4). A atividade foi realizada pelas ACS, consistindo num conjunto de perguntas como: “Por que devemos realizar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) único no território? Como trabalhar em rede potencializando o cuidado em saúde mental? Por que manter parceria com os demais serviços de saúde potencializa o meu trabalho?”. Esta atividade ocorreu atrelada a três estudos de casos diferentes, sugeridos pela pesquisadora, e a participação das ACS foi rodiziada de três maneiras – individual, em dupla e em equipe – com a intenção de explorar os modos de trabalho singular, em parceria e em equipe, aludindo ao trabalho em rede.

Em meio a esta oficina, os saberes de cada ACS foram valorizados durante seu compartilhamento, evidenciando o quão importante é reconhecer as atribuições desta categoria profissional, afinal, isso pode contribuir, inclusive, para uma diferença no cuidado do usuário da saúde mental. A atividade “Rede: fortalecendo as trocas em equipe” deu ênfase justamente às narrativas das ACS, tratando-as como vozes potentes para as transformações necessárias da articulação da saúde no território.

Na oficina “Cartografia de Forças”, o grupo desenvolveu a atividade “Construção do Ecomapa: traçando caminhos”. Através de um estudo de caso, e utilizando como dispositivo o ecomapa, foi proposto traçar criativa e coletivamente trajetórias de percursos. A proposta buscava fomentar no grupo a construção de um mapa de lugares de cuidado possíveis no território, de modo a identificar todos os pontos conhecidos da rede de saúde e os equipamentos formais e informais existentes, pensando nos ganhos que o sujeito pode obter em suas redes de suporte, convívio e apoio social. Posteriormente, os participantes, individualmente, tentaram esboçar seu próprio Ecomapa abarcando seus vínculos pessoais, suas relações afetivas, seus valores e seu convívio social. A construção espontânea e narrada das ACS ocorreu face às vivências e participações em redes sociais que integram o território que elas habitam. O Ecomapa, nesse segmento, se definiu como uma ferramenta capaz de direcionar a percepção de cada indivíduo sobre si mesmo, ou seja, como um dispositivo capaz de expor como cada um

se enxerga em suas relações a partir de suas trajetórias cotidianas (SOUZA; KANTORSKI, 2009). Na construção de um PTS com o usuário em sofrimento psíquico, o Ecomapa permite intervenções mais adequadas ao contexto de vida desse sujeito, identificando o que ele traz e não somente o que o profissional identifica. Busca-se avaliar e refletir a qualidade dos vínculos, abrangendo as conexões que o usuário faz com sua rede social e de suporte, por meio da imagem concreta daquilo que é narrado. Na elaboração do PTS, é possível, junto ao usuário, identificar problemas reais e construir soluções criativas, como pontos de direcionamento e intervenções no cuidado (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

No decorrer da intervenção propondo concretizar as propostas de mudanças, foi sugerida, durante a oficina “Articulação das Redes de Saúde: problemas e criações”, a realização de uma atividade, que tinha como base os modelos de soluções de negócios, para a criação de um projeto de propostas possíveis para a articulação da RAPS. O primeiro estágio do projeto foi destinado à identificação dos problemas que precisariam ser solucionados, a partir da realidade do que se vive cotidianamente no trabalho. Para norteá-lo, foram utilizadas questões, como base de discussão: Quais as dificuldades de não trabalhar em rede? Que dificuldades podem ser identificadas quando um usuário possui um PTS em cada serviço de saúde? Quais as dificuldades quando um PTS não é construído junto ao usuário? Quais as dificuldades quando as equipes da RAPS não dialogam entre si ou, em outras palavras, não atuam em rede?

Na mesma oficina, como segunda etapa da atividade, foi proposto ao grupo criar, coletivamente, estratégias e soluções para os problemas ali definidos, guiada pelas mesmas perguntas. Entendia-se que a atividade não poderia se esgotar ao resolver a questão; é imprevisível e caminha ao lado de dois aspectos, sendo eles a invenção dos problemas e a produção de meios de solucioná-los, de modo que se prolonguem seus efeitos nas práticas do cotidiano, como “potência de problematização”, para os demais problemas que virão.

A atividade permitiu ao grupo que se envolvesse nas temáticas discutidas a partir dos problemas identificados, estes relacionados às dificuldades existentes e de conhecimento geral sobre a articulação com os serviços da RAPS e da inserção efetiva do usuário em sofrimento psíquico, como um usuário de direitos à atenção integral em saúde, no SUS. Da mesma forma, o grupo passou a criar, coletiva e individualmente, mediante os impasses levantados, soluções pensando no projeto possível para o território.

A oficina “O Território como Cenário de Cuidado” deu continuidade à oficina anterior, fazendo com que o grupo buscasse finalizar o projeto coletivo, organizando e elaborando as propostas possíveis para a RAPS e o cuidado no território. Desta forma, foram repensados os problemas e lembradas as propostas possíveis, desenvolvidas individualmente ou em grupo, propondo à construção de um projeto que ficasse para o território.

A oficina “(Re)pensando a Prática” deu prosseguimento às oficinas anteriores, conduzindo o grupo à finalização do projeto coletivo proposto para a RAPS do território. Era de conhecimento de todos que as oficinas estavam chegando ao fim; então, foi realizada uma pausa para reflexão sobre as vivências e invenções aprendidas até aquele momento.

Na mesma oficina, foi realizada a atividade “Caixa de Ferramentas”, que consistiu em uma espécie de retrospectiva daquilo que se vivenciou durante os encontros. Logo, a caixa de ferramentas tratava-se de uma caixa com diversos papéis, cada um com uma das palavras que foi construída coletivamente nos rituais de finalização das oficinas anteriores. Foi solicitado a cada participante que escolhesse, aleatoriamente, um papel dentro da caixa, lesse-o e narrasse ao grupo o quanto aquela palavra representava (ou não) os momentos propiciados pelas oficinas. Na caixa de ferramentas, foram colocados, também, papéis em branco.

A última oficina “O Que Faremos com o Que Aprendemos?” foi dividida em dois momentos, sendo o primeiro de atividades com as ACS e o segundo, de apresentação do projeto desenvolvido nas atividades, às equipes e gerente da UBS e equipe do CAPS. Em uma construção coletiva em conjunto as ACS, foram coladas, na parede da sala, fotografias representando as lembranças de cada momento, tornando as memórias de cada vivência ainda mais vivas.

Ainda neste encontro, realizou-se a atividade “Cenas Temidas”, e os resultados, evidenciados em cada desenho, nada mais são do que os retratos subjetivos e personalizados de cada ACS inserida no processo. As primeiras atividades do dia foram uma preparação para o momento que estava por vir, visto que o grupo apresentaria oficialmente as novas propostas pré-definidas, relacionadas ao processo de trabalho e articulação da RAPS, para os profissionais convidados que participariam desta segunda parte do encontro. O grupo compreendeu que as propostas deveriam ser entendidas como “pré-definidas”, uma vez que precisavam ser consolidadas não só por aquelas que o compunham, mas pela gestão do serviço e pelos demais profissionais da equipe, assim como, pela equipe do CAPS.

Durante a apresentação das propostas, que foram pouco questionadas, demonstrando ter a aceitação de todos, foi possível refletir sobre cada participante das oficinas e sobre as transformações em seus olhares e falas referentes ao cuidado em saúde mental. A ambição de tornar os serviços da RAPS parceiros não estava sendo endossada somente pelos desejos da pesquisadora, mas também pelas respostas potencializadas nas falas de cada ACS.

Motivar o grupo a procurar soluções para os problemas inventados em um coletivo tornou este processo provocativo e inspirador. Foi possível entender que, se por um lado existe um cenário que apresenta dificuldades compreendidas, muitas vezes, como sem solução, por outro, há a possibilidade de pensar e contribuir coletivamente para a promoção de mudanças.

O entusiasmo em compartilhar uma RAPS que dá certo se mostrou presente a cada encontro, e a aproximação das participantes neste contexto, foi fortalecida através do estabelecimento de vínculos e da aproximação com os usuários. A cada encontro, foi possível observar o crescimento do desejo de cada ACS ao se aproximar das discussões como parceiras do cuidado integralizado e, mais ainda, como parceiras do Movimento da Luta Antimanicomial.

Aproximadamente quatro meses depois da última oficina, como já havia sido proposto, a pesquisadora retornou à UBS e desenvolveu um encontro designado como “Expressão e Parceria”. Realizado como uma roda de conversa de livre discussão, este encontro buscou identificar, observar e analisar, a partir dos relatos e discussões, as mudanças efetivas que as oficinas proporcionaram nos espaços de troca e aprendizagem.

Dividido em dois momentos, o encontro contou com a participação das ACS que compuseram o grupo de pesquisa, ou seja, aquelas que pertenciam às duas equipes mencionadas anteriormente, e, mais adiante, com a participação de um dos usuários que haviam sido convidados para as oficinas e com a presença da equipe do CAPS e equipes da UBS. Notou-se que as propostas traçadas nas oficinas já faziam parte da rotina. Aquilo que, inicialmente, fora compreendido como problema, aos poucos foi se transformando em estratégias de ações.

Conversar sobre a intervenção oportunizou, então, a cada ACS que olhasse para si mesmo e para o mundo, que se percebesse em relação aos seus hábitos e às suas rotinas e paradigmas. A roda caminhou para discussões e reflexões acerca das ações coletivas no cotidiano de trabalho, compreendendo-se que as experiências vividas nas oficinas fizeram sentido e tiveram sua relevância delineada na prática de todos os atores envolvidos (gestão, equipe e usuários) e também se tornaram um reflexo dos resultados daqueles encontros – resultados para além dos participantes da pesquisa.

A seguir, apresenta-se imagens de uma das propostas de encontros apresentadas no Guia, considerando as Oficinas sugeridas. Ressalta-se aqui que o produto técnico poderá ser visualizado, na íntegra, através do link:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produto_tese_bx/047_bx_priscila_cordeiro_produto.pdf

O CONVITE - Aquecimento



Para iniciar este espaço na UBS, é essencial uma discussão inicial com toda a equipe que irá participar das oficinas e com o gestor da unidade, de modo a realizar os primeiros acordos em relação aos dias, horários reservados e local onde os encontros vão acontecer. Busque envolver todo o grupo nessa discussão.

Entende-se que você já apresentou a proposta para o gerente da UBS anteriormente e que vocês pactuaram, minimamente, o respeito aos espaços nas agendas dos profissionais para esses momentos. Da mesma forma, então, é importante, nesta discussão, que se estabeleça a duração de cada encontro. A proposta inicial é que cada oficina dure 1 (uma) hora, tendo em vista cerca de 45 minutos para cada atividade e 15 minutos para o fechamento (ritual de finalização e organização da sala).

Lembre-se: o apoio da gestão é fundamental para que este projeto aconteça!

O CONVITE - Aquecimento

Antes de apresentar o projeto para os profissionais da UBS, leia bem este guia e compreenda suas propostas, para que você possa argumentar e fortalecer os acordos.

Este é o momento ideal para sensibilizar a equipe acerca da importância dessas oficinas, bem como lhe informar quais são seus objetivos.

Convite aos usuários: a participação de usuários em sofrimento psíquico, acompanhados pelo CAPS, é fundamental. Converse com sua equipe, para que ela lhe ajude a identificar usuários que poderão se interessar ou se beneficiar de serem possíveis candidatas a participar deste projeto.

É essencial que os usuários participantes compreendam os objetivos deste guia e, também, das oficinas.

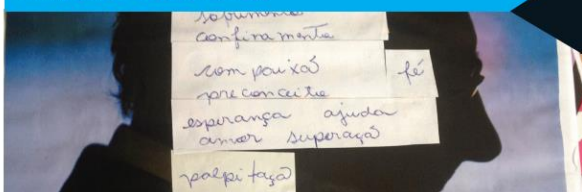
Todos os usuários convidados precisam, antes de tudo, compreender que serão importantes integrantes do grupo. Sugere-se uma breve explicação sobre a participação efetiva e o compartilhamento de suas experiências, enquanto usuários em sofrimento psíquico, que serão cruciais para que se possa atingir os objetivos dos encontros.

Este momento poderá ser o primeiro passo para o fortalecimento e reconhecimento do protagonismo do usuário, compartilhando com ele o seu valor neste coletivo.

OFICINA - Reconhecendo a Rede Vida

O primeiro dia de oficina é o momento em que o grupo precisa se conhecer e entender qual o desejo e expectativa de cada participante em fazer parte desses espaços. Como moderador, é importante que você esclareça, novamente, o porquê de se trabalhar com a ajuda deste guia e as estratégias propostas nas oficinas. Ainda neste encontro, é importante conhecer as expectativas individuais e coletivas.

ATIVIDADE - Cenas Temidas



Objetivo: Realizar, em grupo, uma reflexão sobre a imagem social da loucura na sociedade, a partir da própria percepção. Descrever as cenas temidas quando se pensa no contato com o louco.

Preparação: Em duplas, cada integrante deve obter uma caneta e uma cartolina. Pendure as cartolinas na parede. Solicite que um colega da dupla desenhe a fisionomia do outro e vice-versa

Ação: Já com as suas fisionomias traçadas, cada integrante deve descrever, dentro de seu corpo na cartolina, as cenas que teme ao se imaginar em contato com um louco, ou como é experimentar, em seu interior, o sentimento de exclusão e preconceito

Discussão:

Com os desenhos em mãos, peça a cada participante que compartilhe com os demais integrantes do grupo sua experiência e o que as palavras descritas em cada desenho representam. Você pode associar este momento às discussões sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o cuidado em liberdade e no território.

Atividades - Expectativas

Objetivo:

Compreender o que os participantes estão esperando das oficinas e como se enxergam dentro delas. Tais informações ajudam a "quebrar o gelo" e a entender quais as expectativas do grupo.

Preparação:

Entregue canetas ou lápis e uma quantidade de post-its para cada participante.

Comunicação entre o Serviço e o Usuário

Ação:

Durante a atividade, dispare perguntas relacionadas às expectativas. Por exemplo:

- 1) O que esperam desses encontros?
- 2) O que esperam encontrar e vivenciar nas oficinas?
- 3) Quais as dificuldades que, hoje, enxergam na rede, em relação ao cuidado em saúde mental e aos vínculos com o usuário em sofrimento psíquico?
- 4) Que dificuldades percebem relacionadas ao processo de trabalho e à articulação dos serviços da RAPS? Solicite que escrevam as respostas nos post-its.

Discussão:

Discuta os resultados com os participantes, relacionando os objetivos do guia às expectativas, experiências e dificuldades apresentadas.

Conhecer os serviços da RAPS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de concluir, espera-se que o Guia inspire pesquisadores e trabalhadores da saúde que o acessarem, a realizarem ações sobre as necessidades de transformação do cuidado em saúde mental, em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 1990), auxiliando nos processos de descentralização e de aproximação entre a ABS e o CAPS, propondo a efetiva articulação do cuidado integralizado na RAPS e ressaltando a essencialidade e a importância da participação ativa e do protagonismo dos ACS e usuários em sofrimento psíquico nos serviços que os agregam e contemplam estimulando cada participante a ser multiplicador do cuidado integral à saúde.

Sendo resultado de um produto técnico vinculado a tese de Mestrado Profissional, almeja-se que o Guia se direcione aos que desejam se aproximar do cuidado do usuário em sofrimento psíquico a partir do olhar do outro, formando parcerias importantes na Luta Antimanicomial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permamente_saude.pdf. Acesso em: 4 out. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt.

CORDEIRO, R. P.; LIBERMAN, C. F. Produto Final da Dissertação. *In*: CORDEIRO, R. P.; LIBERMAN, C. F. **Oficinas de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica**: Dispositivos para a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde. 2016. p. 120-140. Tese (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, 2016. Disponível em:
http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produto_tese_bx/047_bx_priscila_cordeiro_produto.pdf. Acesso em: 15 nov.de 2019.

FREIRE, P. Ensinar exige saber escutar. *In*: FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, p. 1.

SOUZA, A. C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica**: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec, 2015.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPSad: o ecomapa como recurso. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], Pelotas, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342009000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

O APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POTENCIALIDADE DE SUAS FERRAMENTAS

Rosemeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos
Associação Saúde da Família (ASF)
Organização Social (OS)
São Paulo – SP

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

Laura Câmara Lima
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

O objetivo da pesquisa é refletir a respeito do apoio matricial na atenção primária em Saúde e da potencialidade de suas ferramentas, servindo-se da percepção dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de um distrito sanitário localizado na zona sul do município de São Paulo. Método: Trata-se de um recorte de pesquisa de mestrado. As ações coletivas das equipes e a rotina de trabalho dos profissionais foram investigadas. Utilizou-se um questionário autopreenchido contendo 16 questões fechadas e quatro abertas. Foram abordados temas como ferramentas conceituais de apoio matricial, ações de cuidado, ferramentas de apoio à gestão do cuidado. Participaram 78 profissionais, sendo 44 da ESF e 34 do Nasf. Os resultados mostram que há diferenças significativas na concepção que os profissionais das duas equipes têm das ferramentas conceituais de apoio matricial. Profissionais do Nasf valorizam discussão de caso, projeto terapêutico singular, clínica ampliada, intersetorialidade, genograma e ecomapa, enquanto profissionais da ESF destacam ações de cuidado e ações coletivas (grupos). Esses resultados indicam que as equipes não têm a mesma visão do apoio matricial, no que diz respeito ao uso de ferramentas. Conclui-se que seria necessário oportunizar mais trocas e promover maior integração entre as equipes, repensar as rotinas de trabalho, eventualmente, para que se possa ter efetividade, além de melhor aproveitamento do trabalho interequipes e das potencialidades das ferramentas de apoio matricial.

Palavras-Chave: apoio matricial; ações de cuidado; ferramentas conceituais; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo é um recorte da dissertação *Matriciamento na atenção básica* (SANTOS, 2015), e o conteúdo aqui apresentado terá como objetivo refletir a respeito do apoio matricial na atenção primária em saúde (APS), analisando a potencialidade de suas ferramentas, pela percepção dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de um distrito sanitário localizado na zona sul, município de São Paulo, especificamente na Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Capela do Socorro, composta pelos distritos administrativos de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú.

A atenção primária em saúde oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É a APS que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos disponíveis, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015).

Para que a APS seja equânime, ela deve considerar a saúde das pessoas a partir de determinantes de saúde, ou seja, levando em conta os dados referentes ao meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de apenas focar cada enfermidade individual (NICOLAU *et al.*, 2019). A APS é ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como potência a capilarização para outros níveis de atenção, a integralidade do cuidado, a prevenção e a promoção de saúde (MENDES, 2015).

Com a implantação da ESF houve ampliação da oferta de serviços de atenção primária à saúde no Brasil, o que possibilitou o acesso ao SUS a um maior número de segmentos populacionais rurais e urbanos (BRASIL, 2004). A efetivação dessa política e a adaptação dos profissionais ao novo modelo de atenção geraram potencialidades e dificuldades que ainda não foram totalmente analisadas. Algumas das potencialidades provêm das novas tecnologias e ferramentas conceituais e das modificações na organização do processo de trabalho. Algumas dificuldades estão relacionadas ao fato de que muitos profissionais tiveram que se adaptar a uma nova organização do trabalho e a tecnologias que não conheciam, para as quais não tinham sido preparados em suas formações (SANTOS, 2015).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados e regulamentados em território nacional, em janeiro de 2008, com a finalidade de ampliar a atenção à saúde oferecida à população, bem como implementar novas ferramentas, como apoio matricial.

Apoio matricial é um processo de trabalho interprofissional e interdisciplinar por natureza. Sua prática envolve intercâmbio entre profissionais e provoca questionamento e reconstrução de saberes. Para Campos e Domitti (2007, p. 400), o apoio matricial e a equipe de referência são “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando

ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”.

O apoio matricial deve ser entendido como uma tecnologia que pode facilitar o esclarecimento diagnóstico e proporcionar, por meio de suas ferramentas, a gestão de cuidado qualificado com maior resolutividade na APS.

As ferramentas que fazem parte do apoio matricial estão relacionadas ao que Feuerwerker (2016) denomina “saberes e relações trabalhador-usuário”. As ferramentas são utilizadas para facilitar a gestão de cuidado, conhecer as singularidades em relação ao usuário e potencializar as ações interprofissionais e interdisciplinares de cuidado em saúde, bem como a autonomia do usuário na gestão do processo de saúde e doença.

De acordo com Feuerwerker (2016, p. 39),

no encontro com o usuário, o profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.

Dentro desse contexto, pode-se dizer que as ferramentas de apoio matricial têm a função de aprimorar ações de cuidado, ampliar o olhar singular e empático, oferecendo dispositivos que visam propiciar reflexão sobre o cotidiano, produção de alteridade e criação de espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos.

Segundo Santos (2015), as ferramentas de apoio matricial podem ser organizadas da seguinte forma:

1. *As ferramentas conceituais de apoio matricial* compreendem ações disponíveis para serem utilizadas no cotidiano de trabalho dos profissionais, a fim de promover cuidado integral. São elas: discussão de caso, projeto terapêutico singular, assistência especializada e clínica ampliada.
2. *As ações de cuidado* são as ferramentas utilizadas na gestão da clínica, possibilitando diagnóstico diferencial e avaliação do paciente a partir do contexto em que está inserido, facilitando a real percepção de que o usuário possa estar em risco e vulnerabilidade. São elas: atendimento individual, referência e contrarreferência, trabalho multidisciplinar, visitas domiciliares, ações colaborativas e compartilhadas.

3. *As ferramentas de apoio à gestão de cuidado* consistem em ações centradas nas pessoas, de modo que as relações entre usuários e profissionais facilitem os modos de produção de subjetividade e o protagonismo destes últimos, bem como as interfaces do cuidado. São elas: intersetorialidade, genograma e ecomapa.
4. *O pilar do apoio matricial* tem como finalidade qualificar ações e intervenções individuais e coletivas dentro do âmbito de apoio matricial, de modo a melhorar a ação de diagnosticar, prevenir e promover o cuidado, além de possibilitar trocas de saberes entre os profissionais de saúde. Educação permanente em saúde, educação continuada (capacitação e palestra) e apoio técnico pedagógico fazem parte desse conjunto.
5. *As ações coletivas das equipes* são as tecnologias que melhor respondem a determinadas demandas. Elas podem ser consideradas uma forma de apoio matricial quando há interação direta entre os componentes do grupo e o profissional, bem como entre os próprios usuários. O atendimento em grupo é uma dessas ações.

Retomando as ferramentas conceituais de apoio matricial de forma mais específica, a discussão de caso é o espaço que os membros da equipe interprofissional utilizam para dialogar e refletir sobre a demanda do paciente, de acordo com a subjetividade dele e o contexto em que está inserido. Esse espaço também serve para a avaliação das necessidades reais e a troca de perspectivas, levando-se em consideração a vulnerabilidade e a singularidade de cada situação. Dessa forma, cada profissional contribui com o seu olhar, possibilitando pactuações para a gestão da clínica por meio da prática colaborativa. Essa ferramenta é também utilizada para a construção do projeto terapêutico singular (PTS).

O PTS é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida (PINTO *et al.*, 2011). Esse projeto é algo singular, construído graças a uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família.

O PTS busca atender as demandas complexas de saúde e para isso necessita da equipe interprofissional e interdisciplinar articulando saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio (SANTOS, 2015).

A assistência especializada no contexto do apoio matricial é composta por distintos especialistas encarregados de intervir sobre a mesma situação, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas.

Para Campos e Domitti (2007, p. 401),

o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

Essa possibilidade de gerir o cuidado como um especialista apoiador matricial é muito desafiadora, pois exige que os profissionais colaborem para que a equipe amplie seu olhar, sua clínica e seu escopo de intervenção.

Os resultados de Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) indicam que por um lado, os profissionais da equipe de referência possuem uma concepção de apoio matricial ancorada no modelo ambulatorial do atendimento em saúde, em que cada profissional contribui com seu saber e os saberes são complementares.

Por outro lado, os profissionais do Nasf parecem estar mais sintonizados com a proposta de apoio matricial tal como preconizada e com a abertura para as trocas de conhecimento, para as ações conjuntas e para a consideração das necessidades e vicissitudes que caracterizam as famílias e os territórios (SANTOS, 2015).

Ao que parece, as equipes Nasf estão mais sintonizadas com o que Cunha (2010, p. 12) afirma: “A perspectiva de uma clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde”.

Mediante o exposto, fica evidente que alguns desafios ainda precisam ser evidenciados e superados para que a prática de apoio matricial ocorra. A melhor maneira de operar ações de saúde na lógica de apoio matricial ainda precisa ser descoberta e consolidada pelos profissionais que compartilham cuidados na APS.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da STS Capela do Socorro, entre janeiro e fevereiro de 2015. Todos os profissionais do Nasf e da ESF presentes em suas reuniões de equipe foram convidados a participar. A pesquisa foi apresentada e os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam o instrumento; ao final da reunião ele foi recolhido.

O instrumento utilizado foi um questionário autopreenchido, contendo 16 questões fechadas e quatro abertas que investigam as atividades relacionadas ao apoio matricial.

Os dados foram organizados e tratados por meio de análises estatísticas descritivas e inferenciais. Empregou-se o Teste t de Student para amostras não relacionadas e o modelo de análise de variância com medidas repetidas. Para avaliação dos dados gerados nas quatro questões abertas e por se tratar de dados qualitativos, foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977, p. 42), que consiste em

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção das mensagens.

Os resultados apresentados neste capítulo foram extraídos do conjunto de resultados da pesquisa de mestrado *Matriciamento na atenção básica* (SANTOS, 2015), aprovada em Comitê de Ética sob parecer nº 887.610 de 2014.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 78 profissionais, o que representa 60% do número total de profissionais convidados (n=130). Dentre os participantes, 44 trabalhavam na ESF, sendo 18 médicos e 26 enfermeiros. Trinta e quatro trabalhavam no Nasf, sendo seis terapeutas ocupacionais, seis fisioterapeutas, quatro assistentes sociais, quatro fonoaudiólogos, quatro educadores físicos, quatro psicólogos, três nutricionistas e três médicos especialistas.

Os profissionais do Nasf e da ESF tinham, respectivamente, em média 35 a 38 anos de idade, 9 a 10 anos de formação inicial e 32 a 38 meses de vinculação com o serviço. Oitenta por cento desses profissionais se formaram em universidades privadas e não tinham especialização em APS. O gênero feminino predominou na amostra, com percentual de 73,1% do total, principalmente no Nasf, em que 76,5% eram mulheres.

No questionário cada profissional escolheu as ferramentas relacionadas ao apoio matricial na APS a partir do próprio ponto de vista; elas são apresentadas na Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta o número e a porcentagem relativa de profissionais de cada uma das equipes (ESF e Nasf) que assinalou as ferramentas de apoio matricial mais utilizadas por eles.

Tabela 1 – Ferramentas e ações de apoio matricial identificadas pelos profissionais da ESF e Nasf participantes da pesquisa.

FERRAMENTAS/AÇÕES	ESF (44)		Nasf (34)		
	n	%	n	%	
Ferramentas de apoio matricial	Discussão de caso	41	95,3	34	100,0
	Projeto terapêutico singular	33	76,7	34	100,0
	Assistência especializada	22	51,2	09	26,5
	Clínica ampliada	21	48,8	27	79,4

Fonte: Santos (2015).

Os resultados mostram que os profissionais praticam ações de apoio matricial servindo-se de ferramentas de apoio matricial específicas. Entretanto, constataram-se algumas diferenças no que se refere à frequência das respostas sobre as ações e ferramentas de apoio matricial citadas pelos participantes das duas equipes, ESF e Nasf. Algumas diferenças são sutis, outras são significativas do ponto de vista estatístico. Quatro delas seguem analisadas: discussão de caso (95,3% para ESF e 100% para Nasf); projeto terapêutico singular (76,7% para ESF e 100% para Nasf), assistência especializada (51,2% para ESF e 26,5% para Nasf) e clínica ampliada (48,8% para ESF e 79,4% para Nasf).

A discussão de caso é uma ferramenta de apoio matricial para quase todos os participantes da pesquisa. Esse resultado sugere que os profissionais assimilaram que o matriciamento é, antes de qualquer coisa, uma troca de saberes. O conceito de projeto terapêutico singular é perfeitamente assimilado pelos trabalhadores do Nasf como uma ferramenta de apoio matricial, enquanto um terço dos profissionais da ESF não compartilha desse entendimento.

Essas pequenas diferenças sugerem que os profissionais da ESF e do Nasf não possuem os mesmos conceitos com relação às ferramentas de apoio matricial. Talvez isso se explique, como propõe Oliveira (2010, p. 54), porque o projeto terapêutico singular demanda da equipe

uma operação com menor probabilidade de certezas e maior abertura para negociação, algumas vezes inclusive de seus próprios modos de ver o mundo e dos processos de adoecimento e de produção de saúde.

Para Cunha (2005), há práticas bem simples de adotar e que têm grande potencial de facilitar o trânsito da clínica tradicional à ampliada. Um desses recursos é a recomendação de que as equipes elaborem projetos terapêuticos singulares para os casos complexos e com alta vulnerabilidade (KINKER, 2016). O projeto terapêutico singular não deixa ser uma discussão de caso aprofundada, em que a equipe contando com a contribuição de várias especialidades consegue realizar um trabalho colaborativo e interprofissional, que terá provavelmente maior abrangência e integralidade.

Os profissionais do Nasf são mais afirmativos que os da ESF quanto ao fato de relacionar os conceitos propostos às ações de apoio matricial, com exceção da assistência especializada, que metade dos médicos e enfermeiros consideram como uma ação de apoio matricial, enquanto somente um quarto dos profissionais do Nasf o fazem. Novamente essas respostas sugerem que os profissionais da ESF veem os profissionais do Nasf como especialistas que vêm complementar o trabalho, mais do que fazer junto, e ainda não visualizam o apoio matricial como uma ferramenta que tem como pilar fundamental a educação permanente em saúde.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2016), as ações de saúde têm negligenciado sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia. Erdmann *et al.* (2006, p. 484) apontam que

[...] a gestão das práticas de saúde exige a discussão a respeito desta diversidade humana, o diálogo entre parceiros ou atores sociais, reconhecendo igualdades e diferenças instituídas biológica, social, política e culturalmente. O agir individual também traz a expressão dos aspectos culturais, sociais, afetivos e políticos que estão inter-relacionados na complexidade do ser humano e nas relações de cuidado.

A perspectiva da clínica ampliada possibilita que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde, o que provoca uma transformação na atenção individual e coletiva (CUNHA, 2010). Na ótica da clínica ampliada relativiza-se a hegemonia do saber especializado, valoriza-se a reflexão, assim como a capacidade crítica em relação às diversas teorias e a conscientização de que todos os saberes possuem uma abrangência restrita que pode ser complementada por outros profissionais.

A Tabela 2 apresenta o número e a porcentagem relativa de profissionais de cada uma das equipes (ESF e Nasf) que assinalou as ações de cuidado.

Tabela 2 – Ações de cuidado citadas pelos profissionais da ESF e Nasf participantes da pesquisa

FERRAMENTAS/AÇÕES	ESF (44)		Nasf (34)		
	n	%	n	%	
Ações de cuidado	Atendimento individual	21	48,8	10	29,4
	Referência e contrarreferência	24	55,8	14	41,2
	Trabalho multidisciplinar	41	95,3	30	88,2

Fonte: Santos (2015).

Os profissionais da ESF foram aqueles que se referiram mais frequentemente às ações de cuidado. Os atendimentos individuais foram considerados por 21 participantes da ESF (48,8%) como uma ação de apoio matricial, enquanto somente dez profissionais do Nasf (29,4%) o fizeram. Esses resultados vêm ao encontro da literatura que afirma que o Nasf deve priorizar as ações compartilhadas.

Vê-se um número alto de participantes da equipe ESF (55,8%) que menciona referência e contrarreferência, o que indica que médicos e enfermeiras raciocinam a partir da lógica do encaminhamento. Os resultados não são tão diferentes no que se refere aos participantes do Nasf, uma vez que 41,2% também afirmaram utilizar os encaminhamentos, renunciando à potência das ações compartilhadas.

Quanto ao trabalho multidisciplinar, percebe-se que 95,3% dos participantes da ESF se referem ao trabalho em equipe, enquanto 88,2% do Nasf também sinalizam essa ação. A multidisciplinaridade, segundo Pires (1998), parece esgotar-se em tentativas de trabalho conjunto entre profissionais de diferentes disciplinas, em que cada um trata de temas comuns sob sua própria ótica, articulando algumas vezes bibliografia, técnicas de ensino e procedimentos de avaliação.

Nesse caso, a multidisciplinariedade precisa ser transformada em interprofissionalidade, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (2010), e assim ser tomada como uma possibilidade de quebra da rigidez dos comportamentos que isolam as ações de cuidados em saúde. O cuidado compartilhado, realizados por meio de trocas, experiências e teorias específicas, ficaria favorecido. Todavia, a partir deste estudo pode-se pensar que as ações tanto

da ESF quanto do Nasf precisam ser revistas para que as aprendizagens compartilhadas, as práticas colaborativas e o trabalho em equipe interprofissional sejam a regra, visando desta maneira melhorar as relações e o trabalho em equipe, bem como proporcionar um atendimento de saúde ao usuário com mais qualidade.

Casanova, Batista e Moreno (2018, p. 1327) afirmam que “o trabalho interprofissional em saúde pode representar oportunidades de formação conjunta para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, a fim de melhorar a qualidade da assistência ao paciente”. A colaboração entre os profissionais possibilita o apoio matricial a partir do momento em que um procedimento técnico ou uma intervenção se realiza com mais profissionais num processo colaborativo, viabilizando assim um duplo ganho: o usuário beneficia-se de um cuidado com olhares diferentes e os profissionais envolvidos ampliam o aprendizado da clínica do cuidado.

A Tabela 3 apresenta o número e a porcentagem relativa de profissionais de cada uma das equipes (ESF e Nasf) que citou ferramentas de apoio à gestão do cuidado.

Tabela 3 – Ferramentas e ações de apoio matricial identificadas pelos profissionais da ESF e Nasf participantes da pesquisa

FERRAMENTAS/AÇÕES		ESF (44)		Nasf (34)	
		n	%	n	%
Ferramentas de apoio à gestão de cuidado	Intersetorialidade	14	32,6	26	76,5
	Genograma	19	44,2	28	82,4
	Ecomapa	10	23,3	21	61,8

Fonte: Santos (2015).

Percebe-se que intersetorialidade, genograma e ecomapa são mais utilizadas no Nasf, o que parece condizente com o papel de apoiar a ESF para ampliação do seu escopo de cuidado.

Para Junqueira (1997), a intersetorialidade transcende o setor saúde, que em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou determinações dos problemas que chegam ao setor e não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersetorial. Segundo a autora, a lógica intersetorial de atuação deve referir-se basicamente à população e ao espaço em que se situam. Considerar a base populacional e geográfica permite identificar os problemas e as possibilidades de sua solução para atingir uma vida com qualidade. Os resultados mostram que 76,5% dos participantes do Nasf declaram utilizar a intersetorialidade como ferramenta de apoio à gestão do cuidado, enquanto somente 32,6% dos participantes do Nasf o fazem.

O genograma é uma ferramenta que permite visualização rápida e abrangente da organização familiar. Ele constitui um mapa funcional de registros de dados relevantes para o caso que se encontra em análise, o que possibilita considerar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade (BRASIL, 2014). O genograma é duas vezes mais lembrado pelos profissionais do Nasf (82,4%) que pelos médicos e enfermeiros da ESF (44,2%).

O ecomapa, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), é uma ferramenta de trabalho útil no mapeamento de apoios sociais e ligações entre família e comunidade. Ele pode ser usado em conjunto com o genograma para fins diagnósticos, planejamento de ações, retratar dinâmicas de grupo social ou familiar. Essa ferramenta pode auxiliar a visualização de interações da família com pessoas, instituições e grupos sociais, auxiliando na identificação dos padrões organizacionais familiares. O ecomapa nos resultados aparece como utilizado por 61,85% dos participantes do Nasf e 23,3% dos participantes da ESF.

A Tabela 4 apresenta o número e a porcentagem relativa de profissionais de cada uma das equipes (ESF e Nasf) que assinalou o pilar de apoio matricial.

Tabela 4 – Pilar de apoio matricial citado pelos profissionais da ESF e Nasf participantes da pesquisa

FERRAMENTAS/AÇÕES	ESF (44)		Nasf (34)		
	n	%	n	%	
Pilar de apoio matricial	Educação permanente em saúde	22	51,2	29	85,3
	Educação continuada – capacitação	18	41,9	25	73,5
	Educação continuada – palestra	14	32,6	15	44,1
	Apoio técnico pedagógico	12	27,9	17	50,0

Fonte: Santos (2015).

O pilar do apoio matricial é composto por educação permanente em saúde, capacitação, palestra e apoio técnico pedagógico.

A educação permanente em saúde é utilizada com o objetivo de qualificar ações e intervenções individuais e coletivas dentro do apoio matricial de modo a melhorar a ação de diagnosticar, prevenir e promover o cuidado, introduzindo no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde. Nota-se que o processo de trabalho clínico assistencial e técnico é complexo, e que as ferramentas utilizadas para sua efetivação devem estar articuladas de maneira a favorecer o cuidado integral do usuário, além de potencializar o processo de aprendizado e troca entre equipes (BRASIL, 2014).

Nos resultados, a educação permanente em saúde é mais lembrada pela equipe do Nasf, com 85,3%, significando que essa equipe se aproxima mais do apoio matricial, já que seus profissionais tendem a valorizar momentos de troca, enquanto na equipe da ESF esse pilar é menos lembrado, com 51,2%, o que sugere que os momentos de trocas entre os profissionais não são tão valorizados.

A educação continuada – capacitação aparece nos resultados como mais utilizada pelos participantes no Nasf (com 73,5%) que pelos da ESF (41,9%).

A capacitação é essencial para a orientação das práticas e dos processos de mudança no campo e, muitas vezes, incentiva que ocorra também a transformação dos profissionais como sujeitos sociais, ou melhor, voltada a favorecer novos aprendizados colaborando para que o sujeito se transforme em alguém preparado para compreender o seu papel enquanto profissional/social, sabendo que terá que estar aberto para os desafios que surgirão em seu cotidiano e também engajado com a realidade atual (SANTANA; FERNANDES, 2008).

Os resultados apontam que para a educação continuada – palestra, os participantes do Nasf tiveram uma porcentagem de 44,1%, enquanto para a ESF a porcentagem foi de 32,6%. Isso sugere que esse é um recurso que os profissionais do Nasf procuram mais do que os profissionais da ESF, assim como a capacitação.

Cervera, Parreira e Goulart (2011) consideram a educação continuada como um importante instrumento para ajudar a capacitação de profissionais, contribuindo assim para a promoção da saúde e também para a melhoria da relação dialógica entre os trabalhadores de saúde e os usuários, uma vez que ela facilita essa interação, valorizando conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

A educação continuada interferirá diretamente no processo de cuidado, pois possibilita a escuta terapêutica, pautada no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo que tanto o profissional quanto o usuário possuem.

O apoio técnico pedagógico é um dos pilares do apoio matricial, em que se presume uma mudança no modo de fazer o cuidado em saúde, sendo este último centrado na integralidade. Faz-se necessário ter capacidade de perceber os efeitos práticos e as necessidades singulares de cada equipe. Na pesquisa, percebe-se que a porcentagem de menções ao apoio técnico pedagógico foi maior pelos participantes do Nasf (50%) do que na ESF (27,9%).

Para que o apoio matricial aconteça, subentende-se que haja troca de saberes e coordenação de fazeres entre os profissionais, acarretando elucidação de conceitos e balizamento de perspectivas, que procedem no aperfeiçoamento das habilidades dos profissionais (SANTOS, 2015). Esse processo colabora para a clínica ampliada.

A Tabela 5 apresenta o número e a porcentagem relativa de profissionais de cada uma das equipes (ESF e Nasf) que citaram as ações coletivas.

Tabela 5 – Ações coletivas citadas pelos profissionais da ESF e Nasf participantes da pesquisa

FERRAMENTAS/AÇÕES		ESF (44)		Nasf (34)	
		n	%	n	%
Ações coletivas	Atendimento em grupo	32	74,4	17	50,0

Fonte: Santos (2015).

As ações coletivas das equipes se restringem ao atendimento em grupo. No cotidiano do trabalho da APS, a participação dos usuários nos atendimentos em grupo pode ser a tecnologia mais adequada, que melhor responde a algumas necessidades específicas, e que apresenta bons resultados quanto à melhora da qualidade de vida desses participantes, de modo geral (CECILIO, 1997).

Na pesquisa, as ações coletivas são mais citadas pelos participantes da ESF (74,4%) que do Nasf (50%). Médicos e enfermeiros consideram o atendimento em grupo como uma forma de apoio matricial, enquanto os profissionais do Nasf o consideram como ferramenta de apoio matricial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aqui apresentada se justifica pela necessidade de fomentar a reflexão coletiva e trazer elementos de experiência, para que os profissionais da ESF e do Nasf possam ampliar as perspectivas relativas ao apoio matricial e suas ferramentas, de modo a terem uma organização do trabalho condizente com o que preconizam as políticas de assistência, que não

seja nociva à saúde dos profissionais da área, e que garanta a oferta de cuidado compatível com os modos de existência das populações atendidas.

A partir dessa pesquisa, identificou-se que os profissionais da ESF e do Nasf consideram o apoio matricial como um mecanismo da APS, e muitas vezes seus processos de trabalho são reivindicatórios e transformadores, em defesa de um cuidado mais integral, voltado para a qualidade de vida dos munícipes assistidos.

A pesquisa mostrou que no cotidiano dos trabalhadores da ESF e do Nasf, as ações do cuidado, as ferramentas de apoio à gestão do cuidado, o pilar do apoio matricial e as ações coletivas das equipes são usados como ferramentas conceituais do apoio matricial.

Ficou evidenciado que os profissionais da ESF e do Nasf não compartilham da mesma concepção quanto ao apoio matricial e valorizam as tecnologias com as quais já estão familiarizados. Muitas vezes a discussão de caso para esses profissionais é considerada como apoio matricial simplesmente por ocorrer troca de saberes.

Tanto os profissionais da ESF quanto do Nasf reconhecem e utilizam as seguintes ferramentas conceituais: trabalho multidisciplinar, PTS e atendimento em grupo. Para os profissionais da ESF, o apoio matricial se caracteriza principalmente por trabalho multidisciplinar, atendimento em grupo e assistência especializada, enquanto os profissionais do Nasf estão mais familiarizados com as ferramentas mais específicas do apoio matricial: PTS, intersetorialidade, educação permanente em saúde, clínica ampliada, ecomapa, genograma.

Ao que parece, a atuação dos profissionais da equipe de ESF permanece regida pelo modelo ambulatorial de atendimento em saúde, em que cada profissional contribui com seu saber, e os saberes são complementares. Já os profissionais do Nasf parecem estar mais predispostos para as trocas de conhecimento, para as ações conjuntas e para as necessidades das famílias e vicissitudes dos territórios.

Apesar de as diretrizes das políticas públicas da ESF e do Nasf terem sido pensadas para liberar os profissionais de saúde dos protocolos e impulsioná-los para a inovação, parece que boa parte dos profissionais prefere seguir os modelos disciplinares a basear-se em trocas interprofissionais e interdisciplinares. Entretanto, diferenças em nuances das respostas entre os grupos sugerem que profissionais da ESF são mais afirmativos quanto às próprias decisões, porém menos inventivos quanto à procura de soluções alternativas do que os especialistas do Nasf.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 39). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Interprofessional Education and Shared Practice in Multiprofessional Health Residency Programs. **Interface** (Botucatu) [online], v. 22, Suppl. 1, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005012104&script=sci_abstract&tlng=en.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300022&script=sci_abstract&tlng=pt.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba-MG. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, Suppl. 1, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090.

CUNHA, G. T. **A clínica ampliada na atenção primária**. São Paulo: Hucitec; 2005.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ERDMANN, A. L. *et al.* Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto – enferm.** [online]. v. 15, n. 3, p. 483-491, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300014&script=sci_abstract&tlng=pt.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. v. 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 35-47.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e sociedade**, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2015.

KINKER, F. Olhar crítico sobre Projetos Terapêuticos Singulares. **Cad. Ter. Ocupacional**, São Carlos, UFSCar, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1202>.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JR., H. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. v. 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

NICOLAU, S. M. *et al.* Sons e silêncios: o trabalho na atenção básica. In: MENDES, R.; AZEVEDO, A. B.; FRUTUOSO, M. F. P. (org.). **Pesquisar com os pés**. v. 1. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 148-169.

OLIVEIRA, O. **Projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata 1978. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2015.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010.

PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface** (Botucatu), v. 2, n. 2, p. 173-182, fev. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100010. Acesso em: 7 ago. 2015.

SANTANA, N.; FERNANDES, J. D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 809-815, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250051704_O_processo_de_capacitacao_profissional_do_enfermeiro_intensivista. Acesso em: 7 ago. 2015.

SANTOS, R. A. B. G. **Matriciamento na atenção básica:** estudo de equipes ESF e Nasf atuando na região da Capela do Socorro-SP. 2015. 133 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/030_bx_dissertacao_r osimeiresantos.pdf.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul.-set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000300694&script=sci_abstract&tlng=pt.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

O CONHECIMENTO DOCENTE SOBRE A COMPETÊNCIA INFORMACIONAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE¹

Daianny Seoni de Oliveira
Universidade Federal de São Paulo
Instituto de Saúde e Sociedade
Biblioteca Central
Santos – SP

Nara Rejane Cruz de Oliveira
Universidade Federal de São Paulo
Instituto Saúde e Sociedade
Departamento de Ciências do Movimento Humano
Santos – SP

RESUMO

Em Saúde, o acesso e o uso da informação científica de qualidade são essenciais para a tomada de decisões. Este trabalho objetiva analisar o conhecimento sobre competência informacional entre docentes da área. O conceito de competência informacional está relacionado à formação em pesquisa, ao uso das tecnologias, bem como à localização, avaliação e uso da informação de maneira ética. Este é um estudo transversal do tipo descritivo, de abordagem mista. Participaram do estudo docentes dos cursos de graduação em Educação Física – modalidade saúde, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário. Os resultados mostram que o conceito de competência informacional ainda é pouco conhecido. No entanto, a maioria dos docentes conhece as fontes fidedignas de informação, faz uso das mesmas e utiliza tecnologias para o ensino. Por outro lado, pouco utilizam e/ou conhecem os serviços que a biblioteca disponibiliza. Os dados da pesquisa indicam a necessidade de uma política integradora entre bibliotecas, bibliotecários e docentes da área da saúde, para o desenvolvimento de programas educacionais em competência informacional.

Palavras-chave: Competência Informacional; Docente; Ciências da Saúde.

¹ Texto produzido a partir da Dissertação de Mestrado intitulada “Competência Informacional (CoInfo): mapeamento do uso de fontes de informação por docentes e discentes da área da saúde” (OLIVEIRA, 2015), defendida no Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Nara Rejane Cruz de Oliveira.

APRESENTAÇÃO

Este capítulo tem por objetivo analisar o conhecimento sobre competência informacional entre docentes da área de Saúde. Faz parte de um estudo mais amplo (OLIVEIRA, 2015), que avaliou também o conhecimento discente sobre o assunto. Estudos sobre competência informacional ainda são escassos no Brasil, especialmente os relacionados ao ensino e formação em Saúde. Neste sentido, considera-se atual e relevante a problematização deste tema.

1 INTRODUÇÃO

O vertiginoso desenvolvimento de novas tecnologias de informação e comunicação nas últimas décadas, vem exigindo dos usuários competência para sua utilização. A competência em informação é um termo que designa o uso consciente e competente da diversidade de dados e tecnologias disponíveis (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019; LIMA; PAIVA, 2014).

O conceito de competência informacional está relacionado à formação em pesquisa, ao uso das tecnologias, bem como à localização, avaliação e uso da informação de maneira ética. De modo geral, é aprender a aprender e compreender como está estruturado o conhecimento (ACRL, 1989). No contexto acadêmico, a competência informacional tem seus fundamentos na Biblioteconomia e Ciência da Informação, embora seja pertinente a todas as áreas. Neste sentido, as bibliotecas universitárias têm importante função na formação.

Na Saúde, a competência informacional é um requisito básico para a atuação profissional, uma vez que o acesso e o uso da informação científica de qualidade são essenciais para a tomada de decisões. A relevância da competência em informação nessa área envolve, principalmente, a prática clínica baseada em evidências, que utiliza informação científica sistematizada para garantir o melhor cuidado em saúde (PEREIRA; VEIGA, 2014).

Neste contexto, é imprescindível que a docência em Saúde seja pautada pelo desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas à gestão da informação na formação universitária (PEREA *et al.*, 2015). Como mediador dos processos de ensino-aprendizagem em Saúde, o docente precisa compreender a competência informacional em sua complexidade, bem como empregá-la em sua prática profissional cotidiana, de modo a propiciar uma formação abrangente ao estudante.

A *Association of College and Research Libraries* (ACRL, 2016) – Associação de Bibliotecas Universitárias e de Pesquisa, em tradução livre – é uma das divisões da *American Library Association* (Associação Americana de Bibliotecas, em tradução livre), que promulga

normas e diretrizes, atualizadas periodicamente, para auxiliar bibliotecas, instituições acadêmicas e agências a compreender os componentes de uma biblioteca de excelência.

A ACRL destaca a relevância de se identificar e avaliar a competência informacional de docentes, a fim de promover programas eficazes de desenvolvimento do tema. Tal programa é pautado por diretrizes da entidade sobre a formação competente em informação, no ensino superior. Neste sentido, o olhar sobre a temática a partir do docente pode elucidar caminhos para a compreensão da competência informacional do discente. Igualmente, pode contribuir para identificar os desafios de uma formação em saúde que contemple o desenvolvimento científico, a produção de conhecimento a partir das melhores evidências e práticas, bem como o uso de tecnologias, como preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2017).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, de abordagem mista (CRESWELL, 2010).

Participaram da pesquisa¹ 38 docentes do Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista (UNIFESP-BS), dos cursos de graduação em Educação Física – modalidade saúde, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social.

A coleta de dados se deu por meio de questionário semiestruturado, composto por 14 questões abertas e fechadas. As questões foram elaboradas considerando os padrões para a avaliação da competência informacional para o ensino superior da *Association of College and Research Libraries* (2003, 2016). Tais padrões foram publicados inicialmente em 2003 e atualizados no ano de 2016. Os dados dessa pesquisa foram publicados em 2015 (OLIVEIRA, 2015), portanto, a coleta se deu de acordo com o documento em sua primeira versão. Menciona-se também o de 2016, a fim de indicar ao leitor a referência mais atualizada sobre o assunto.

Os dados foram tabulados e organizados em categorias apriorísticas, ou seja, categorias abrangentes e pré-definidas (MINAYO, 2014). A análise se deu por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

¹ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram definidas como categorias de análise:

- 1 – Saberes e práticas concernentes à competência informacional;
- 2 – Conceito de competência informacional;
- 3 – Necessidade informacional;
- 4 – Acesso informacional.

O Quadro 1 apresenta os principais resultados da primeira categoria.

Quadro 1 – Saberes e práticas concernentes à competência informacional

Questões	Sim	Não	Outro
Você conhece o conceito de Competência Informacional?	26,3%	73,7%	---
Você constrói e coloca em prática estratégias de busca efetivamente projetadas?	44,8%	26,3%	28,9%*
Você indica para os seus alunos fontes de informação para busca?	95,7%	4,3%	---
Você costuma utilizar computadores e outras tecnologias para o ensino de temas da disciplina, considerando a interpretação de ideias e outros fenômenos?	97,4%	2,6%	---
Você costuma orientar seus alunos sobre como realizar a busca de informações bibliográficas?	84,2%	7,9%	7,9%**
São discutidas em sala de aula as questões de propriedade intelectual, direitos de autores e uso adequado de materiais cobertos sob as leis de direitos autorais?	60,5%	39,5%	---
Você considera suficiente a formação em pesquisa e o uso das tecnologias de informação por parte dos graduandos para os quais leciona?	18,4%	76,3%	5,3%***

* Percentual que não sabia o que era estratégia de busca efetivamente planejada.

** Percentual que respondeu às vezes.

*** Percentual que não soube responder.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Os docentes foram questionados também sobre quais fontes de informação consideravam mais relevantes para a formação do estudante. Os sites de pesquisa acadêmica (bases de dados) foram indicados como mais relevantes por 94,7% dos docentes, seguido por livros e obras de referência (como dicionários técnicos, por exemplo). O questionário contou ainda com espaço para que os docentes descrevessem as fontes de informação que consultam e/ou indicam. Foram mencionados banco de teses, bases de dados e periódicos eletrônicos, por exemplo: PsycInfo, Pubmed, Lilacs, Google Acadêmico, Pedro, Periódicos Capes, Scielo, Cochrane, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), portal do Ministério da Saúde para profissionais, Medline/Bireme, Web of Science, Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), Pan American Health Organization (Paho), Scholar Google, bases/repositórios de universidades, fontes estatísticas como a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os resultados indicam que o corpo docente sabe onde localizar informações, não obstante a diversidade de fontes existentes.

Os participantes foram indagados ainda sobre a frequência de uso dos recursos da biblioteca. As respostas indicaram que, no geral, a biblioteca e seus serviços são raramente utilizados.

A maioria dos docentes afirma desconhecer o conceito de competência informacional, possivelmente por fazer parte da terminologia mais utilizada na área de Biblioteconomia. Além disso, a incorporação da expressão “competência informacional” nas publicações no campo da saúde se consolidou somente em 2011, quando o termo passou a figurar como descritor, no vocabulário controlado *Medical Subject Heading* (MeSH) da base bibliográfica Medline (OLIVEIRA, 2015).

No entanto, pode-se considerar que os participantes da pesquisa são, de forma geral, qualificados no conhecimento de fontes de informações bibliográficas fidedignas, bem como no uso de tecnologias. Ademais, indicam tais fontes de informação e orientam os estudantes a buscá-las.

As questões relacionadas à propriedade intelectual e leis de direito autoral também são abordadas em aula, de acordo com mais da metade dos docentes pesquisados. Tais assuntos estão diretamente relacionados à ética e boas práticas no uso e produção de informação científica.

Por outro lado, menos da metade conhece e faz uso de estratégias de buscas projetadas de informações bibliográficas científicas – aquelas realizadas com o uso de descritores e operadores booleanos. Cabe apontar que essa foi uma questão com dificuldade de compreensão pelos respondentes, talvez porque o termo “estratégias de buscas projetadas” seja mais comum à área de Biblioteconomia.

A maior parte dos docentes considera insuficiente a formação dos estudantes no que se refere à pesquisa e uso de tecnologias, elementos chave na avaliação da competência informacional.

As demais categorias são apresentadas no Quadro 2, no qual estão agrupadas as respostas mais representativas dos participantes. As categorias 3 e 4 foram definidas considerando os padrões relacionados à competência informacional da *Association of College and Research Libraries* (2003, 2016).

Quadro 2 – Competência informacional e/ou como essa competência se relaciona com suas atividades de docência e pesquisa declarada pelos respondentes

Conceito de Competência Informacional	Padrão 1 – Necessidade informacional	Padrão 2 – Acesso informacional
<p>“Embora tenha desenvolvido, ao longo da carreira acadêmica, uma boa habilidade em busca de informações bibliográficas, online ou presencial, nunca ouvi falar sobre o conceito de Competência Informacional”.</p> <p>Docente A</p>	<p>“Na formação docente esse tema deveria ser explorado. [...] maior domínio das ferramentas contidas no Moodle (Fórum, Wiki, debates), as ferramentas de reunião on-line (Hangout)”.</p> <p>Docente B</p>	<p>“Sempre me sinto frustrada no sucesso em conseguir as fontes de que necessito, por minha limitada competência em utilizar estas fontes informacionais e com a sensação de um gasto de tempo ENORME com baixa resolutividade!”</p> <p>Docente C</p>
<p>“[...] capacidade de utilização de recursos informacionais e, [...] competência e habilidade no ato de intermediar informação e formação”.</p> <p>Docente D</p>	<p>“Seria interessante alguma formação docente sobre esta temática, pois o que sei a respeito é mais informal e da prática cotidiana e de carreira”.</p> <p>Docente E</p>	<p>“Atualmente, para os meus interesses de docência e pesquisa, tenho uma boa biblioteca pessoal impressa e em formato eletrônico, que está sendo sempre atualizada. Isso faz com que eu use pouco a biblioteca do campus. Acredito, porém, que para os discentes esse meio de pesquisa é fundamental e sempre os incentivos a buscá-lo”.</p> <p>Docente F</p>
	<p>“O modo de domínio dessa competência informacional ou a maneira de qualificação do docente nessa questão impõe a revisão das metodologias de ensino [...]”.</p> <p>Docente G</p>	

A descrição do conceito de competência informacional corrobora o pouco conhecimento sobre o tema, já mencionado pelos docentes.

Em relação ao Padrão 1, os participantes destacam que a necessidade informacional deveria ser abordada na formação docente, bem como a demanda por revisar as metodologias de ensino, a fim de que esse saber seja contemplado. No que se refere ao Padrão 2, falta conhecimento técnico para o acesso informacional. O pouco acesso à biblioteca também é mencionado, visto que a maior parte dos docentes possui acervo pessoal. De certa forma, isso gera falta de conhecimento dos recursos e serviços ofertados pela biblioteca, que vão além da disponibilização de acervo bibliográfico, cumprindo também papel educativo e de assessoria na busca de informações em bases de dados, especialmente aquelas de maior complexidade (OLIVEIRA, 2015).

A informação e o conhecimento são inerentes à prática docente nas atividades universitárias de ensino, pesquisa e extensão. O estudo da competência informacional dos docentes possui a finalidade de analisar sua atuação e influência que incide, em algum grau, sobre os discentes, no desenvolvimento da competência informacional e formação profissional (SANTANA; SIEBRA, 2014).

Neste sentido, os resultados aqui apresentados permitem pontuar questões relevantes. Embora em suas práticas relatem o cuidado no uso e indicação de fontes de informações científicas fidedignas, os docentes consideram a formação do graduando insuficiente neste quesito, o que reflete as dificuldades em relação ao acesso informacional, principalmente.

Ao se observar o perfil destes docentes, expresso nas categorias analisadas, é perceptível o impacto das tecnologias de informação e comunicação em sua atuação profissional. Estudos como os de Vincent *et al.* (2014) e Pinto (2016) indicam que a formação de boa parte dos docentes ocorreu antes ou durante o exponencial desenvolvimento dos recursos de informática, telecomunicações e mídias eletrônicas.

Assim, é fundamental a reflexão da competência informacional no contexto de novas habilidades e saberes requeridos na atualidade, haja vista que o docente ainda é a principal fonte de informação discente e seu conhecimento se reflete diretamente nas ações pedagógicas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019; SILVA, 2012).

A demanda por formação em competência informacional tem sido apontada em diferentes estudos com docentes, realizados no Brasil e exterior, especialmente na última década.

Santana (2013) mapeou a competência informacional de docentes de todas as áreas de conhecimento, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Os resultados apontaram a necessidade de formação docente em competência informacional para o melhor exercício

profissional. A pesquisa indicou a necessidade de uma política de formação voltada ao desenvolvimento da competência informacional dos docentes da instituição.

As concepções de docentes sobre o conceito de competência informacional foram discutidas no estudo de Pinto (2016). A pesquisa foi realizada na Universidade de Granada (Espanha), com professores de distintas áreas do conhecimento, identificando que aqueles pertencentes às Ciências da Saúde apresentavam maior percepção da relevância da competência informacional e a necessidade de conhecimento sobre o tema. Isso reafirma a demanda de identificação de evidências científicas fidedignas para nortear as práticas de cuidado em saúde.

A realização de formação docente coordenada por bibliotecários foi discutida por Auten *et al.* (2016). A formação versou sobre o uso da biblioteca, seus recursos e a relação com a elaboração de trabalhos de alta qualidade pelos alunos. Neste contexto, discutiu-se como o processo formativo influencia positivamente nos hábitos e habilidades de pesquisa dos estudantes. Wakimoto *et al.* (2016) aponta a conexão entre a competência informacional e o pensamento crítico. Sob essa ótica, é importante a parceria entre o corpo docente e a biblioteca universitária no ensino e avaliação da competência informacional de estudantes e professores.

Considera-se importante estimular a utilização das bibliotecas em sua totalidade (espaço físico, acervo e serviços) para promover a formação em fontes de informação e recursos disponíveis deste espaço, especialmente entre docentes.

Conforme Vincent *et al.* (2014), é necessário que se estabeleça uma política integradora entre bibliotecários e docentes, com vistas à aproximação entre as possibilidades formativas por parte dos primeiros e as ações pedagógicas desenvolvidas pelos docentes.

A competência informacional está diretamente relacionada à formação para a pesquisa. Maia (2014) lembra que a comunicação científica em Ciências da Saúde se estabelece, principalmente, por meio de publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais. A autora também aponta que, no Brasil, as instituições públicas de ensino superior, especialmente as Universidades Federais, são responsáveis pela quase totalidade da produção de conhecimento no país. Portanto, o professor universitário pode ser considerado um agente chave de formação e ainda, um multiplicador para o desenvolvimento da competência informacional dos discentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A competência informacional é fundamental em uma sociedade conectada e em constante transformação. Ser competente em informação implica saber lidar com essa demanda de conhecimentos, de forma a definir sua necessidade de informação, acessá-la e usá-la de modo ético.

A biblioteca e o bibliotecário mostram-se fundamentais nesse processo, pois sua função e formação possibilitam a implementação do programa de competência informacional. O corpo docente manifesta interesse em participar de programas de formação, considerando o compromisso que tem com a formação de excelência dos estudantes.

Os dados desta pesquisa indicam a necessidade de investimento em programas de formação docente, integrando bibliotecas, bibliotecários e docentes da área da saúde da UNIFESP-BS, com vistas ao desenvolvimento de programas efetivos de competência informacional. Estudos nacionais e internacionais têm comprovado que programas de competência informacional desenvolvidos nas universidades, com a participação de bibliotecários e docentes, têm sido fundamentais para a qualificação discente em relação ao uso ético e assertivo da informação.

Ademais, sugere-se que outras pesquisas sobre o tema sejam realizadas, com vistas ao constante mapeamento da competência informacional nas comunidades universitárias e identificação das demandas de formação.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES. **Presidential Committee on Information Literacy**: final report. Chicago: American Library Association, 1989. Disponível em: <http://www.ala.org/acrl/publications/whitepapers/presidential>. Acesso em: 29 abr. 2020. Document ID: 106e5565-9ab9-ad94-8d9f-64962ebcde46.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES. **Characteristics of Programs of Information Literacy that Illustrate Best Practices**: A Guideline. Chicago: American Library Association, 2003. Disponível em: <http://www.ala.org/acrl/standards/characteristics>. Acesso em: 29 abr. 2020. Document ID: 10e9e7e2-9b77-fb14-7926-a72553366c52.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES. **Framework for Information Literacy for Higher Education**. Chicago: American Library Association, 2016. Disponível em: <http://www.ala.org/acrl/standards/ilframework>. Acesso em: 20 fev. 2020. Document ID: b910a6c4-6c8a-0d44-7dbc-a5dcbd509e3f.

AUTEN, B. *et al.* Educating Faculty Members on the Importance of Requiring High-Quality Information Resources at a Community College. **Community & Junior College Libraries**, v. 22, n. 1-2, p. 19-30, 2016. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/02763915.2016.1246314?scroll=top>

Acesso em: 19 nov. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017**.

Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>.

Acesso em: 12 fev. 2020.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LIMA, J. S.; PAIVA, S. B. Competência em informação e capital intelectual: constructos complementares à gestão organizacional. p. 317-329. *In*: DUART, Erneide Nóbrega; PAIVA, Simone Bastos; SILVA, Alzira Karla Araújo da (org.). **Múltiplas Abordagens da Gestão da Informação e do Conhecimento**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014.

MAIA, M. F. S. **Comunicação científica em ciências da saúde no Brasil: estrutura e dinâmica da produção e indícios de vitalidade**. 2014. 211 f. Tese (Doutorado em Comunicação e Informação) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/96674>
Acesso em: 20 set. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, D. S. **Competência Informacional (ColInfo): mapeamento do uso de fontes de informação por docentes e discentes da área da saúde**. 2015. 181 f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em:
http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/025_bx_dissertacao_daiannyoliveira.pdf.

OLIVEIRA, D. S.; OLIVEIRA, N. R. C. Competência em Informação: mapeamento do uso de fontes de informação por discentes da área da saúde. **Transinformação**, Campinas, v. 31, e170074, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-37862019000100500&lng=en&nrm=iso Acesso em: 22 mar. 2020.

PEREA, C. M. *et al.* Competencias Informacionales en Ciencias de la Salud: una propuesta formativa para estudiantes de grado en enfermería. **Rev. Ibero-Americana Ciênc. Informação**, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/view/1878/1653> Acesso em: 20 fev. 2020.

PEREIRA, C.; VEIGA, N. Educação para a Saúde Baseada em Evidências. **Millenium**, v. 46, p. 107-136, 2014. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium46/8.pdf> Acesso em: 13 abr. 2020.

PINTO, M. Assessing disciplinary differences in faculty perceptions of information literacy competencies. **Aslib J. Inform. Management**, v. 68, n. 2, p. 227-247, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/AJIM-05-2015-0079> Acesso em: 18 out. 2019.

SANTANA, J. F. **Competência informacional dos docentes da UFPE**. 2013. 214 f. Dissertação (Mestrado Ciência da Informação) – Centro de Artes e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26487>. Acesso em: 17 out. 2019.

SANTANA, J. F.; SIEBRA, S. A. A competência informacional do docente frente à lacuna da formação inicial didático-pedagógica. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 15, 2014, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: <http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/2624/A%20COMPET%C3%8ANCIA%20INFORMACIONAL%20DO%20DOCENTE.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 out. 2019.

SILVA, E. M. R. TIC na educação: análise preliminar dos novos saberes da formação docente nas universidades de Sergipe. **Rev. Contrapontos – Eletrônica**, v. 12, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/3063>. Acesso em: 17 out. 2019.

VINCENT, B. R. L *et al.* Competência em Informação: o conceito revelado em estudos da área da saúde. **RECIIS – Rev. Eletrôn. Comum., Inform. Inovação Saúde**, v. 8, n. 3, p. 376-388, set. 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cd27/7982c76514d4bd0a04a7ae3bcb2da049d4a1.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

WAKIMOTO, D. *et al.* Campus-wide Information literacy assessment: An opportunity for library leadership through understanding faculty perspectives. **Library Leadership & Management (Online)**, v. 31, n. 1, p. 1-19, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a079/468bdf8de4eda0e98246ad517c1906f50874.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

USO DE TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

Rosane Barreto Cardoso
Doutoranda na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro – RJ

Beatriz Jansen Ferreira
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A Educação Continuada em Saúde (ECS) favorece a construção de novos saberes e reflexão da prática. Uma ferramenta com grande potencial para a disseminação do uso seguro de tecnologias no campo da saúde. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) deram um novo rumo à forma de comunicação em todas as áreas do conhecimento. A tecnologia passou a desempenhar um papel importante na estrutura organizacional da sociedade permitindo o processamento, o armazenamento, a difusão da informação e do conhecimento. No âmbito da saúde as TIC têm apoiado a organização e gestão dos processos institucionais, integrando os recursos computacionais à prática profissional. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma das TIC que as instituições de saúde têm adotado para a gestão de seus processos de trabalho a fim de alcançar maior produtividade, tornando as informações mais disponíveis, facilitando a comunicação e aprimorando a qualidade da assistência prestada ao paciente. O desenvolvimento e uso de tecnologias trouxe algumas repercussões para o trabalho dos profissionais da saúde, diante do redimensionamento do espaço assistencial. A equipe de saúde passou a ter que assistir o paciente ao mesmo tempo que dominar os vários tipos de tecnologia. Estabelecer um programa de educação continuada (EC) tendo como base a interdisciplinaridade poderá propiciar a interação da equipe de saúde. Assim, como oportunizar a compreensão do uso da tecnologia como ferramenta de trabalho para uma ação transformadora do cuidado humano. Neste sentido torna-se essencial implementar programas de EC voltado ao desenvolvimento do uso de novas tecnologias no campo da saúde, à luz de um processo de aprendizagem significativa no trabalho.

Palavras-chave: Educação Continuada; Educação em Saúde; Tecnologia da Informação.

1 INTRODUÇÃO

É crescente a introdução de novas tecnologias e conhecimentos no campo da saúde. Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde (EPS) que se constitui em um processo de análise e problematização do trabalho, é uma ferramenta eficaz na incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)

O presente capítulo apresenta um recorte da dissertação **Processo de construção e implantação de um programa de educação permanente em saúde, voltado ao desenvolvimento do uso de novas tecnologias no campo da saúde: análise de uma experiência em um hospital privado** de Cardoso (2015)¹.

A Educação Continuada (EC) é uma necessidade premente nas instituições de saúde frente às exigências de mercado e das mudanças decorrentes do uso de novas tecnologias em saúde. As ações desenvolvidas pela EC podem aproximar a lacuna existente entre a formação e a real necessidade das instituições (CAVALCANTE *et al.*, 2013; PINOCHET; LOPES; SILVA, 2014; FARIAS *et al.*, 2017).

A EC surgiu como uma estratégia para a capacitação de profissionais da saúde já inseridos no serviço. A EC pode ser definida como um conjunto de atividades educativas que visam à propagação de conhecimentos, práticas e reflexões do processo de trabalho (SARDINHA PEIXOTO *et al.*, 2013; AZEVEDO *et al.*, 2015; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A EC está atrelada a Educação Permanente em Saúde (EPS), favorecendo a construção de novos saberes e reflexão da prática. Uma ferramenta com grande potencial para a disseminação do uso seguro de tecnologias no campo da saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) deram um novo rumo à forma de comunicação em todas as áreas do conhecimento. A tecnologia passou a desempenhar um papel importante na estrutura organizacional da sociedade permitindo o processamento, o armazenamento, a difusão da informação e do conhecimento (GONZÁLEZ JÚNIOR; PENHA; SILVA, 2013; PINOCHET; LOPES; SILVA, 2014).

No âmbito da saúde as TIC têm apoiado a organização e gestão dos processos institucionais, integrando os recursos computacionais à prática profissional (LIMA *et al.*, 2011; GONZÁLEZ JÚNIOR; PENHA; SILVA, 2013). O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma das TIC que as instituições de saúde têm adotado para a gestão de seus processos de trabalho a fim de alcançar maior produtividade, tornando as informações mais disponíveis, facilitando a comunicação e aprimorando a qualidade da assistência prestada ao paciente (PATRÍCIO *et al.*, 2011; MIRANDA; ARAÚJO, 2012). O desenvolvimento e uso de tecnologias

¹ Cardoso (2015). Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_173_rosane_cardoso.pdf

trouxeram algumas repercussões para o trabalho dos profissionais da saúde, diante do redimensionamento do espaço assistencial. A equipe de saúde passou a ter que assistir o paciente ao mesmo tempo que dominar os vários tipos de tecnologia (JENAL; ÉVORA, 2012). Contudo, a introdução das TIC no processo de cuidar não reside somente no estabelecimento de como manuseá-las, mas também em traçar estratégias para melhor conhecê-las e obter qualidade do cuidado prestado produzido por elas. Estabelecer um programa de EC tendo como base a interdisciplinaridade propiciará a interação da equipe de saúde. Assim, como poderá oportunizar a compreensão do uso da tecnologia como ferramenta de trabalho para uma ação transformadora do cuidado humano. Neste sentido torna-se essencial implementar programas de EC voltado ao desenvolvimento do uso de novas tecnologias no campo da saúde, à luz de um processo de aprendizagem significativa no trabalho. Este estudo teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde quanto a um programa de EC voltada ao uso de novas tecnologias no campo da saúde. Esta pesquisa faz parte da dissertação de mestrado profissional em saúde, intitulado “Processo de construção e implantação de um programa de educação continuada, voltado ao desenvolvimento do uso de novas tecnologias no campo da saúde: análise de uma experiência em um hospital privado”, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

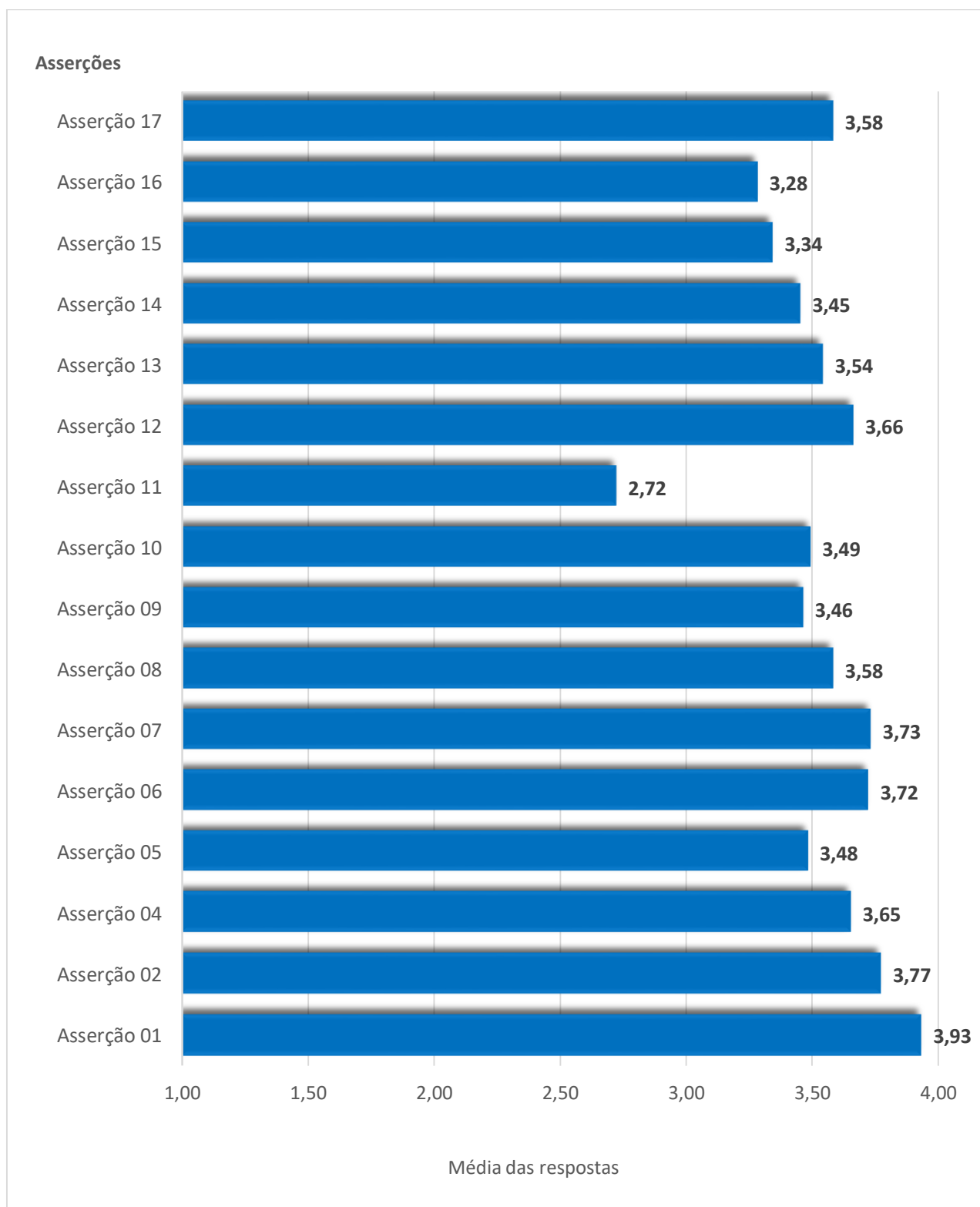
Foi um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado com profissionais de saúde atuantes em um hospital privado localizado na cidade do Rio de Janeiro/RJ, Brasil. O cenário do estudo foi um hospital privado de nível terciário, inaugurado no mês de janeiro de 2013. O hospital possui 213 leitos dentre os quais 132 são destinados à unidade de internação clínica e cirúrgica, e 81 são destinados ao centro de terapia intensiva e 11 salas de cirurgias. Para compor a população do estudo foi adotado como critério de inclusão: profissionais de saúde que participaram da capacitação referente ao uso do PEP na instituição, no período de junho a julho de 2014. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento de percepção do tipo atitudinal *Likert*.

Este foi disponibilizado no formato impresso e eletrônico, por meio do aplicativo do *Google Forms*, sendo oferecido aos 160 profissionais de saúde que participaram da capacitação. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2014. Participaram 71 respondentes que retornaram com o questionário preenchido adequadamente. O instrumento de pesquisa proposto para coleta de dados foi composto por quadro dimensões (D), a saber: D1, serviço de EC como um espaço estimulador de conhecimento sobre TIC em saúde; D2, o uso de TIC em saúde como ferramenta estimuladora do trabalho interprofissional;

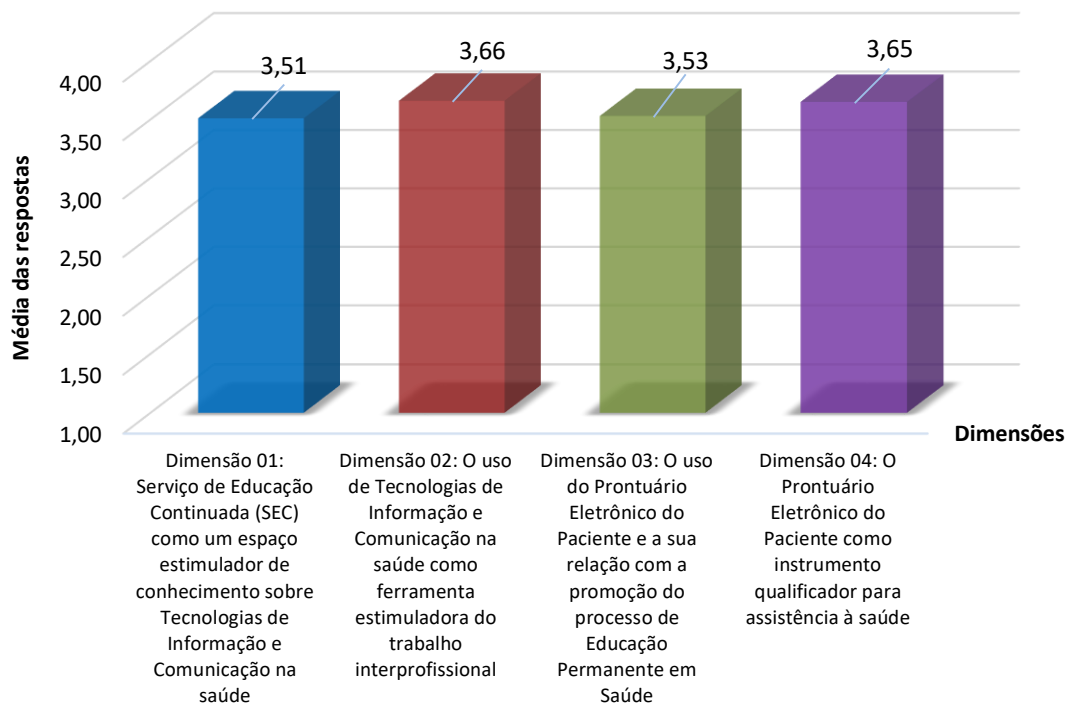
D3, o uso do PEP e a sua relação com a promoção do processo de EPS; e D4, o PEP como instrumento qualificador para assistência à saúde. As dimensões e suas respectivas asserções foram elaboradas com base na experiência dos autores, que participaram da implantação e treinamentos relacionados à TIC em saúde em hospitais no Brasil, assim como na literatura atual sobre EPS, EC e uso de tecnologias em saúde. Para cada dimensão foram elaboradas de três a sete asserções (A) que no final consistiram em 17 assertivas positivas randomizadas. As asserções buscaram identificar a percepção dos respondentes sobre o objeto pesquisado. Os respondentes puderam escolher dentre quatro opções de resposta: concordo plenamente (CP), inclinado a concordar (IC), inclinado a discordar (ID) e discordo plenamente (DP). Optou-se por um número par de escolhas de resposta para cada asserção visando evitar uma tendência centrante. Para cada uma das opções de resposta foi atribuída previamente uma pontuação entre 1 (mínimo) e 4 (máximo) pontos. Tomando por base que as pontuações das assertivas e das dimensões poderiam variar de 1 a 4 pontos, os resultados das médias foram agrupados da seguinte forma: de 1,00 a 1,99 (percepção ruim/negativa); de 2,00 a 2,99 (percepção intermediária), e de 3,00 a 4,00 (percepção boa/positiva). Também foram elaboradas questões fechadas no intuito de obter informações para conhecer a população do estudo, tais como: sexo, com duas opções de resposta (feminino e masculino); faixa etária, com a composição de quatro grupos (18 a 25 anos, 26 a 35 anos, 36 a 45 anos e > 45 anos); formação profissional, dividido em quatro alternativas (enfermeiro, médico, técnico em enfermagem ou outros); tempo de formação, com quatro preferências de resposta (<1 ano, 1 ano a 4 anos, 5 anos a 10 anos e >10 anos); nível de conhecimento em informática, com três seleções de respostas (básico, intermediário e avançado); estímulo ao uso de TIC na graduação/formação e experiência anterior com PEP, estas últimas com duas opções de resposta (sim ou não). Foi realizado o pré-teste do instrumento antes de ser aplicado à população delimitada. O instrumento foi submetido à confiabilidade de coerência interna sendo calculada por meio do teste de coeficiente *alfa de Cronbach*. O teste mede a correlação entre as respostas do questionário determinadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A probabilidade de erro foi estabelecida em 5%. O projeto desta investigação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, e recebeu parecer favorável sob o número 30221414.6.0000.5505. Os dados foram armazenados em planilha eletrônica Excel® 2010 (Microsoft) e analisados por meio do processamento dos recursos de computação do sistema *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS).

3 RESULTADOS

Dentre os 160 questionários enviados 71 (44,3%) profissionais de saúde aceitaram participar da pesquisa e responderam o questionário adequadamente. Entre os respondentes 36 (50,70%) eram enfermeiros, 30 (42,25%) médicos, 4 (5,63%) técnicos em enfermagem e 1 (1,42%) fonoaudiólogo. Dentre esses profissionais, 12 (16,90%) eram homens e 59 (83,10%) eram mulheres. Quanto à faixa etária, 8 (11,27%) pertenciam ao primeiro grupo com idade até 25 anos, 38 (53,52%) estavam entre 26 e 35 anos, 16 (22,54%) entre 36 e 45 anos e 9 (12,67%) pertenciam ao grupo com idade >45 anos. Referente ao tempo de formação acadêmica, 3 (4,22%) profissionais eram recém-formados (>de 1 ano), 24 (33,80%) entre 1 a 4 anos de formação/graduação, 22 (30,99%) entre 5 anos a 10 anos e 22 (30,99%) >10 anos. Quanto ao nível de conhecimento em informática, 26 (36,62%) profissionais relataram possuir nível básico, 35 (49,30%) nível intermediário e 10 (14,08%) nível avançado. Dos 71 participantes 31 (43,66%) profissionais relataram já possuir experiência com PEP e 14 (19,72%) profissionais afirmaram que na graduação/formação tiveram alguma disciplina ou estímulo ao uso de TIC. O teste de confiabilidade do instrumento resultou em um coeficiente igual a 0,82 (82%). O número de asserções validadas foram 16 (94,12%) com perda de 1 (5,88%) asserção pertencente à D1. Os gráficos 1 e 2 apresentam a média dos pontos da escala *Likert* obtidos pelos profissionais por dimensão e asserção.

Gráfico 1 – Valores das médias das asserções validadas na segunda administração

Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 2 – Valores das médias das respostas por Dimensão

Fonte: Elaborado pela autora.

O resultado de confiabilidade interna do instrumento *Likert* foi de 0,82 (82%), indicando um bom nível de confiança. O valor mínimo aceitável para a confiabilidade de um questionário é $\alpha \geq 0,70$ (70%), abaixo desse valor a consistência interna é considerada baixa (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). O resultado do teste também denota que os itens do instrumento são homogêneos e que a escala mede consistentemente a característica para a qual foi criada. Para escala atitudinal *Likert* considera-se adequada a perda de até 30 a 40% do total de assertivas. Neste estudo a perda foi de apenas uma assertiva (5,88%), isto reafirma a qualidade da validade de conteúdo, considerando aspectos como adequação da fraseologia, objetividade e assertividade nas proposições apresentadas.

De modo geral, a média da pontuação das asserções validadas estava dentro do intervalo de classificação denominado “percepção boa/positiva”, o que indica concordância entre os respondentes quanto às ações do programa de EC. Observam-se comportamentos diferenciados dos profissionais em poucos itens, que foram discutidos abaixo. A D1 buscou observar a percepção dos profissionais quanto à identificação das *atividades desenvolvidas pelo serviço de EC como um espaço estimulador de conhecimento sobre TIC em saúde*. Nesta dimensão, nas asserções A1, A5, A7, A9 e A13, os respondentes ficaram inclinados a concordar, atribuindo ao serviço um espaço importante para a qualificação do uso das TIC em saúde.

As instituições de saúde vêm incorporando treinamentos e capacitações continuamente, reconhecendo a importância do processo de aprendizagem no ambiente de

trabalho para manter a qualidade da assistência prestada aos seus pacientes (CAVALCANTE *et al.*, 2013; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). A formação continuada dos profissionais motiva a busca contígua por novos saberes, assim como a inserção de uma aprendizagem baseada em novas tecnologias (VIEIRA; CRUZ, 2012; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Na D1, a asserção 3, obteve média de 3,99 pontos. Essa pontuação evidenciou um consenso positivo entre os respondentes, de tal modo resultou na perda da asserção. Neste caso não houve dispersão estatística adequada para esta asserção, contudo esta concordância revelou entre os respondentes a importância da capacitação do uso PEP como elemento potencial para a assistência. Na literatura (GONZÁLEZ JÚNIOR; PENHA; SILVA, 2013; LAHM; CARVALHO, 2015; REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017) há evidências que a utilização do PEP nas instituições de saúde pode trazer significativas vantagens para a assistência.

O PEP contribui para a qualidade das informações do paciente, dados importantes e essenciais tanto para continuidade da assistência como para planejamento das ações gerenciais. Na D1, a asserção 11, que mencionava a carga horária da capacitação de uso do PEP, foi avaliada pelos profissionais de maneira negativa. Nesta asserção os respondentes mostram-se inclinados a discordar com 2,84 pontos. Essa pontuação norteou as ações do serviço de EC da instituição, no sentido de ampliar o tempo da formação ofertada em capacitações e treinamentos referentes ao PEP. Após o resultado da pesquisa foi ampliada a carga horária da capacitação do uso do PEP para mais 4 horas, totalizando 8 horas. Ainda na D1, ao analisar os resultados segundo o sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de formação, nível de conhecimento em informática, antecedente de uso do PEP e estímulo ao uso de TIC na graduação/formação, observou-se que a média dos pontos foi convergente apontando uma percepção positiva entre os respondentes. Vale ressaltar que na D1 os respondentes com conhecimento básico em informática foram mais positivos, em relação aos profissionais que declararam nível intermediário e avançado. Os participantes, que relataram estímulo ao uso de TIC na formação/graduação, também apontaram uma “percepção boa/positiva”. A incorporação de TIC na formação dos profissionais de forma a estabelecer relações com a prática na saúde, contribui no processo educativo e na concepção do aprendiz quanto ao uso de tecnologias na sua atuação profissional (REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017; PISSAIA *et al.*, 2017).

A D2 tratou da *percepção dos profissionais de saúde quanto ao uso de TIC como ferramenta estimuladora de qualidade da assistência à saúde numa perspectiva de exercício interprofissional*. Os respondentes tiveram uma percepção positiva em todas as asserções (A2, A4, A6 e A8), afirmando que o uso de TIC em saúde é concebido pelos envolvidos como uma ferramenta estimuladora para o trabalho interprofissional. As TIC constituem-se em um importante insumo estratégico institucional. A tecnologia é capaz de influenciar o negócio da

empresa e desenvolver novas relações entre as pessoas, um exponencial para o estímulo do trabalho interprofissional (ELLERY, 2014). Uma perspectiva de interprofissionalidade no ambiente hospitalar pode reduzir custos e melhorar a produção do cuidado. Na D2 observou-se que os profissionais dentro da faixa etária de 36 a 45 anos referiram uma percepção discretamente mais positiva entre as demais faixas. Notou-se também que houve uma conformidade entre as categorias profissionais, uma percepção positiva, quanto ao PEP como um recurso estimulador para o trabalho interprofissional. A interdisciplinaridade é apontada mundialmente como estratégia para reconfiguração da assistência à saúde. Pois, promove uma parceria entre os profissionais de saúde de diferentes campos do conhecimento, o que conduz a abordagem participativa, colaborativa e coordenada de tomada de decisão compartilhada em torno da saúde (ELLERY, 2014).

A D3 versou sobre a *percepção dos profissionais quanto à introdução de novas TIC em saúde como um processo estimulador da EPS na instituição*. Nas asserções 10, 14 e 16 observou-se uma compreensão positiva dos respondentes quanto à qualificação de uso do PEP como uma estratégia para o desenvolvimento de um processo de EPS. A EPS vem caminhando junto com as novas ferramentas tecnológicas, contribuindo para a melhoria dos processos educacionais na área de saúde e para a prática assistencial dos profissionais. Ainda na D3 notou-se uma percepção em zona intermediária da categoria profissional médica a respeito da interação das TIC com desenvolvimento da EPS. Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina instituírem a EPS, como eixo central para o desenvolvimento dos processos educativos em saúde, muitos médicos não foram formados nessa perspectiva. A D4 abordou a percepção da equipe de saúde referente ao uso do PEP como um instrumento qualificador para assistência à saúde.

Na D4 que focou o *uso do PEP contribui para organização da assistência, agilidade e interação das ações propostas pela equipe, assim como redução de possíveis erros assistenciais*, os respondentes se mostraram inclinados à concordância com as asserções 12, 15, 17. Benefícios já apontados na literatura (REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017; PISSAIA *et al.*, 2017) que afirmam as inúmeras vantagens e possibilidades advindas da utilização do PEP. Percebe-se na D4 que os profissionais que relataram ter estímulo ao uso de TIC na graduação/formação, tiveram uma percepção mais positiva em relação aos que não tiveram contato durante a formação acadêmica. A presença de novas tecnologias, enquanto o adjuvante do processo de ensino-aprendizagem, direciona a construção de modelos diferenciados de técnicas de ensino e incentivar o aluno a utilizar recursos tecnológicos (REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017; PISSAIA *et al.*, 2017). É compreendido, portanto, a importância do serviço de EC como estratégia para o desenvolvimento de recursos humanos nas organizações

hospitalares. Assim, como o programa educacional deverá ser dinâmico e interdisciplinar, bem como promover o uso eficiente de tecnologias no ambiente de trabalho. Em última análise a grande questão de um processo educativo em saúde é a geração de um cuidado integral qualificado. As TIC na saúde não podem adquirir maior relevância que os profissionais que a usam nem tão pouco substituir as relações interpessoais. Salienta-se a necessidade das instituições hospitalares cenários importantes de prática e formação profissional, a adotarem políticas e programas de EC no âmbito das TIC, no sentido de contribuir positivamente para a qualificação cotidiana de seus profissionais e espaço de reflexão para uso efetivo de tecnologias em saúde. Como limitação do estudo, deve-se considerar que a amostra utilizada para a realização da pesquisa concebe uma pequena parcela da realidade dos hospitais brasileiros, representando um contexto específico. Como recomendação para estudos futuros, propõe-se que se amplie a amostra utilizada. Por fim, considera-se a necessidade de maiores estudos acerca do assunto, especificamente, em relação à utilização das TIC na educação permanente dos profissionais da área da saúde, visando à melhoria dos processos assistenciais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que os participantes reconheceram o programa de EC da instituição como um espaço que promove a construção de significados relacionados ao uso de novas tecnologias no campo da saúde. O estudo revelou que o desenvolvimento de ações educativas voltadas ao uso de tecnologias em saúde é fundamental para a qualificação e compreensão dos profissionais quanto ao uso em seu cotidiano. A partir dos dados analisados foi evidenciado pelos respondentes que as atividades desenvolvidas pelo serviço de EC geraram algumas mudanças no processo de trabalho, quando inferiram positivamente que as ações favoreceram a interprofissionalidade. Ficou demonstrada no estudo a necessidade de adequação da carga horária dos treinamentos, assim como as ações educativas precisam transpassar o processo de trabalho, para submergir a compreensão do uso de tecnologias no processo de cuidar

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, I. C. *et al.* Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. **Rev. Saúde e Pesquisa**, n. 8, v. 1, p. 131-140, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2015v8n1p131-140>.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>.

CARDOSO, R. B. **Processo de construção e implantação de um programa de educação permanente em saúde, voltado ao desenvolvimento do uso de novas tecnologias no campo da saúde**: análise de uma experiência em um hospital privado. 2015 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo: São Paulo, 2015. Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_173_rosane_cardoso.pdf.

CAVALCANTE, E. F. O. *et al.* Prática da Educação Permanente pela Enfermagem nos serviços de saúde. **Rev. Enferm UFPE** [online], v. 7, n. 2, p. 598-607, 2013. Disponível em:

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33123&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33123&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33123&indexSearch=ID).

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface** (Botucatu), n. 18, v. 48, p. 213-214, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>.

FARIAS, Q. L. T. *et al.* Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Reciis – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, n. 11, v. 4, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24033>.

GONZÁLEZ JÚNIOR, I. P.; PENHA, L. M.; SILVA, C. M. A importância da tecnologia da informação como ferramenta para o processo da gestão hospitalar no setor privado: um estudo de caso em uma organização hospitalar em Feira de Santana (BA). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, n. 1, v. 2, p. 91-115, 2013. Disponível em:

<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/57>.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente.

J Health Informatics, n. 4, v. especial, p. 216-219, 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/253>.

LAHM, J. V.; CARVALHO, D. R. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm. UFPR**, n. 20, v. 1, p. 38-44, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36485>.

LIMA, D. F. B. *et al.* Sistema de informação em saúde: concepções e perspectivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrônico do paciente. **Rev. Enferm. Referência**, v. 3 n. 5, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1146>.

MIRANDA, R. C.; ARAÚJO, T. C. T. Alcances e limites das tecnologias de informação e comunicação em saúde: um estudo com profissionais da área. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, dez. 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200004.

PATRÍCIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos. **Scientia Médica** (Porto Alegre), v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/8723/6723>.

SARDINHA PEIXOTO, L. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Enfermeira Global**, n. 2, p. 324-340, 2013. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf.

PINOCHET, L. H. C.; LOPES, A. S.; SILVA, J. S. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Rev. Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, n. 2, v. 3, p. 139-157, 2014. Disponível em:

<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/88>.

PISSAIA, L. F. *et al.* Tecnologia educacional no processo de formação de enfermeiros.

Cinergis., n. 18, v. 3, p. 185-189, 2017. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8865>.

REZENDE, R.; OLIVEIRA, J. E. E.; FRIESTINO, J. K. O. A educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa. **R. Interd.**, n. 10, v.1, p. 190-199, 2017. Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/946>.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso.

VIEIRA, M. C.; CRUZ, R. A. A importância da educação continuada/permanente na área da saúde de no setor de enfermagem. **Revista UNINGÁ**, v. 31, n. 1, p. 141-148, mar. 2012.

Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1011>.

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O TELESSAÚDE

Itamar Magalhães Gonçalves
FAHESA / ITPAC Palmas – Curso de Medicina
Palmas – TO

Michelle de Jesus Pantoja Filgueira
Universidade Federal do Tocantins – UFT
Palmas – TO

Beatriz Jansen Ferreira
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Geraldo Cunha Cury
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Belo Horizonte – MG

RESUMO

O capítulo apresenta duas pesquisas, realizadas na região norte do país, especificamente no Estado do Tocantins. Na Universidade Federal do Tocantins (UFT), a experiência do Programa Telessaúde Brasil Redes e uma Disciplina Optativa sobre o Programa Telessaúde. Foram analisadas as contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes na prática dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins, com ênfase na contribuição do Telessaúde na qualidade à assistência em saúde, incentivo a alocação dos profissionais de saúde e da democratização das relações de trabalho. Em relação a disciplina optativa Telessaúde do curso de medicina da UFT analisou-se as contribuições quanto à qualificação, expectativas e vivências dos docentes, discentes e residentes médicos, frente à proposta pedagógica, como uma estratégia inovadora de formação de recursos humanos em saúde inserida no âmbito do SUS. Como metodologia as duas pesquisas realizaram estudo exploratório e descritivo, utilizando análise documental, estudo de caso e um instrumento de percepção atitudinal do tipo Likert. A implantação do Telessaúde Redes no Tocantins concluiu que o referido Programa atende aos objetivos de qualificação e formação dos profissionais da Atenção Básica de maneira muito satisfatória. Em menor medida, mas, ainda dentro de um panorama de percepções positivas dos respondentes da pesquisa, o Programa também contribui para a democratização das relações de trabalho e alocação de médicos, enfermeiros e odontólogos. A pesquisa sobre a Disciplina Telessaúde apontou para aspectos inovadores tais como: assertividade na escolha dos conteúdos, uso adequado de metodologias ativas de ensino-aprendizagem bem como das Tecnologias da Informação e Comunicação. Algumas dificuldades foram identificadas como número insuficiente de docentes, pouca participação dos preceptores apontando para a necessidade de aprimoramento da integração ensino-serviço e, por último, eventuais dificuldades na conectividade.

Palavras-chave: Telessaúde; Inovação; Tecnologia em Saúde; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O capítulo **Políticas e programas de formação de profissionais de saúde: o Telessaúde** apresenta duas pesquisas, realizadas na região norte do país, especificamente no Estado do Tocantins. Na Universidade Federal do Tocantins (UFT), a experiência do Programa Telessaúde Brasil Redes que forneceu aos profissionais e trabalhadores da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS (GONÇALVES, 2013), a teleconsultoria (síncrona e assíncrona), Segunda Opinião Formativa, Telediagnóstico e Tele-educação. A segunda pesquisa apresenta a Disciplina Optativa sobre o Programa Telessaúde Redes (FILGUEIRA, 2015) que analisou as concepções, expectativas e vivências de docentes, discentes e residentes médicos, frente à proposta pedagógica da disciplina ofertada para o curso de medicina da UFT, como uma estratégia inovadora de formação de recursos humanos em saúde.

1.1 O Programa Telessaúde Brasil Redes na Prática dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes tem como objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde, ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), redefinido pela Portaria MS/GM Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

A implantação do Telessaúde Brasil Redes teve início com o desenvolvimento de um Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, aplicado à Atenção Primária do SUS (BRASIL, 2007) e com a criação de nove Núcleos Universitários de Telessaúde, situados nos estados que já possuíam alguma experiência acumulada em lidar com essa tecnologia (Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). A segunda fase, iniciada após a avaliação do projeto piloto, fomentou a implantação de pelo menos um Núcleo em cada Estado do Brasil, para que se pudesse alcançar uma cobertura de forma sustentada. O Estado do Tocantins comporta o primeiro Núcleo homologado, criado nos moldes da segunda fase do Programa Nacional de Telessaúde, com a oportunidade de estruturar a ferramenta usando como substrato as experiências anteriores e incorporando novas alternativas. Atualmente, pretende fornecer aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os serviços de Teleconsultoria (síncrona e assíncrona), Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa e Tele-educação.

O programa Telessaúde Brasil Redes está consolidado no País e, no papel de docentes, defendemos a importância do graduando dos cursos da saúde da UFT passarem por essa formação ainda na Universidade como parte da matriz curricular, ainda que seja como uma disciplina optativa. Consideramos que esta formação agrega vários conhecimentos da APS e este estudante assume um papel disseminador do Telessaúde estimulando a compreensão do Programa como uma ferramenta de trabalho potente para o cuidado integral e fortalecimento do Telessaúde em nível nacional.

Com esse entendimento e após sugestões de diversos professores de Instituições de Ensino Superior e Serviços de Saúde da Região Norte, centrado nas especificidades do Tocantins e Amazonas, a Disciplina Optativa “Telessaúde” foi configurada de maneira singular, estruturada em Redes de Atenção à Saúde, sem pré-requisitos, destinada aos estudantes dos Cursos da área da Saúde (Medicina, Enfermagem e Nutrição), da área de Ciências da Computação e da Comunicação Social, e, Jornalismo da UFT, o que permitiu a integração de vários saberes e o processo de formação em conjunto, proporcionando a troca de experiência, busca de soluções qualificadas e o olhar de várias categorias profissionais, na perspectiva de uma formação integral e interprofissional.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) cita que a Educação Interprofissional em Saúde pode ser conceituada como uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente.

A interprofissionalidade é considerada uma forma de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.

2 PERCURSO METODOLÓGICO E RESULTADOS

A amostra utilizada foi do tipo não-probabilística e por conveniência (adesão), decorrente do preenchimento de um instrumento de percepção do tipo atitudinal ou Likert, construído e validado em seu conteúdo e estatisticamente, disponibilizado aos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS, cadastrados na plataforma, por meio da *internet*. Os eixos de análise considerados pertinentes foram: gênero, categoria profissional, tempo de formação, presença ou não de pós-graduação e local de residência (se interior ou na capital). Foram respondidos 82 instrumentos, entretanto, somente 50 foram validados. A validação do instrumento atitudinal foi baseada em Bruno (1999), Moraes *et al.* (2012) e Ferreira (2004) e consta da validação de asserção e confiabilidade do instrumento. Foram atribuídos de um a quatro pontos em duas escalas 1/2/3/4 e 4/3/2/1, gerando três intervalos interpretativos: De 1 a 1,99 pontos

uma percepção ruim geradora de correção imediata; de 2 a 2,99 pontos uma percepção razoável exigindo correções a médio prazo e, por fim, de 3 a 4 pontos indica boa percepção e aponta assertividade quanto ao objeto pesquisado. Foram ofertadas quatro opções de respostas: Concordo plenamente (CP), Inclinado à concordar (IC), Inclinado à discordar (ID) e Discordo plenamente (DP).

O teste de confiabilidade foi de $R = 0,91$, o que garante uma excelente sustentação estatística para os dados encontrados. Nesta metodologia, considera-se adequado um índice de confiabilidade igual ou superior a 0,80.

No teste de homogeneidade, todos os critérios adotados na pesquisa como gênero, categoria profissional, tempo de formado, existência ou não de pós-graduação e residência na capital ou interior, não demonstraram interferência significativa; num nível de confiança igual a 99% encontramos o valor de $p < 0,001$.

Como eixos de análise adotaram-se: gênero, categoria profissional, tempo de formação, presença de pós-graduação e inserção na capital ou interior.

As dimensões construídas foram:

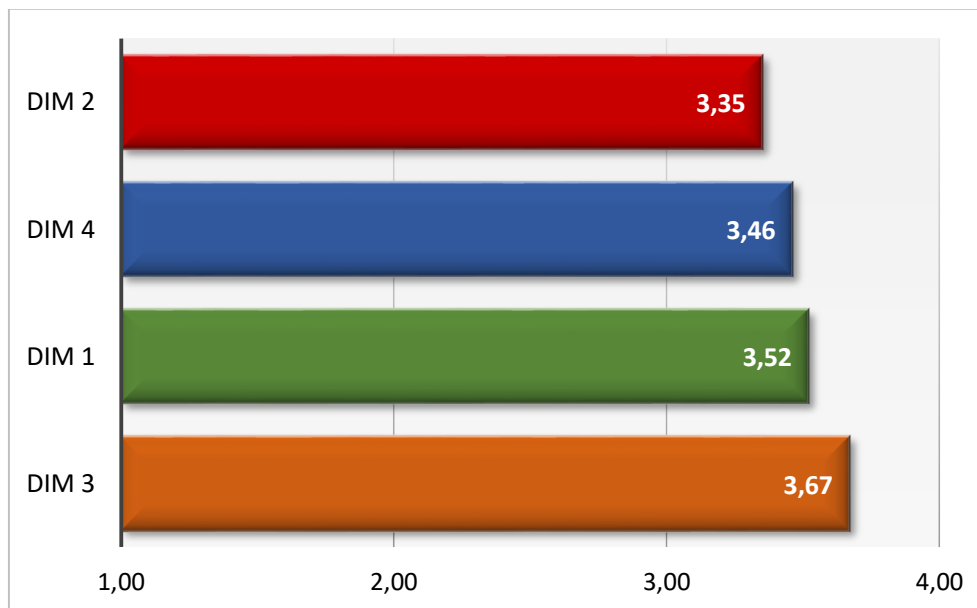
Dimensão 1 – Contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada formação dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins.

Dimensão 2 – Contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada alocação dos profissionais da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins.

Dimensão 3 – Potencialidades do Programa Telessaúde Brasil Redes para a qualificação dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins.

Dimensão 4 – Contribuições do Programa Telessaúde Brasil Redes para a adequada democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins.

Gráfico 1 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes, Tocantins, julho 2013, Brasil



Fonte: Protocolo de pesquisa.

De acordo com o Gráfico 1, todas as dimensões encontram-se na zona de conforto, assim podemos inferir que o Programa Telessaúde tem grande importância na qualificação e formação dos profissionais de saúde na atenção básica do SUS no Tocantins e contribui, em menor escala, para a democratização das relações de trabalho e alocação destes profissionais.

Ao analisarmos os resultados obtidos, podemos afirmar que o Programa Telessaúde atende aos objetivos de qualificação e formação dos profissionais da Atenção Básica de maneira muito satisfatória. Em menor medida, mas, ainda dentro de uma zona de conforto também contribui para a democratização das relações de trabalho e alocação de médicos, enfermeiros e odontólogos.

A importância do vetor pedagógico da ferramenta pode ser claramente observada neste estudo, o que nos remete à necessidade de considerar que um Projeto Político-Pedagógico desenvolvido pelo Comitê Gestor Estadual de Telessaúde possa ser de grande valia. A estruturação de processos de Gestão do Conhecimento em Telessaúde é um eixo nodal no processo, pois permite que o conhecimento adquirido não fique restrito a determinadas pessoas ou grupo de pessoas.

A responsabilidade na formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no País, encontra na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) seu representante desde 2003. O Programa Telessaúde, concebido na SGETS, faz parte desta corrente. Com a recente aproximação da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde na gestão da

ferramenta, muitos desafios relacionados ao processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde podem agora ser melhor entendidos e superados.

No campo da qualificação profissional, dimensão melhor avaliada, o entendimento que o serviço de Teleconsultoria para os trabalhadores da Atenção Básica deve ser em tempo real ou através de mensagens eletrônicas, pois está muito presente entre todas as categorias profissionais, especialmente entre aqueles formados há mais de cinco anos e os que não detêm uma pós-graduação.

O acesso a uma segunda opinião formativa, disponibilizada no Telessaúde, foi percebido como um aspecto exitoso do Programa e um enorme ganho para a Atenção Básica em regiões distantes do País, como a região Norte, local desta pesquisa. A possibilidade, no Tocantins, de uma única demanda de Teleconsultoria pode ser vista por vários profissionais de saúde simultaneamente, com fluxo bidirecional que retorna e é finalizado sempre pelo médico regulador, tem potencial formativo bastante atraente. Convém sugerir a possibilidade de considerar que a verdadeira “Segunda Opinião Formativa” possa ser aquela multidisciplinar e bidirecional.

Os respondentes identificam no Telessaúde uma contribuição para a atuação no cuidado integral com o desenvolvimento de competências como resolutividade e capacidade avaliativa.

O fomento à implantação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) foi atribuído ao Programa como uma de suas contribuições. No Tocantins, o uso de processos que permitem maior inclusão, como a web conferência, parece ter gerado um considerável avanço das ações tele-educativas no interior e áreas mais remotas. Uma das premissas do Núcleo Técnico-Científico do Telessaúde Tocantins Redes é que o mesmo possa funcionar como um ponto de interseção das ações verticalizadas derivadas da Telemedicina com as ações horizontalizadas propostas por este Programa.

No campo da formação profissional, o estudo evidenciou que os trabalhadores da Atenção Básica atribuem o acesso a uma qualificação por meio do Telessaúde, bem como uma maior integração entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade.

Outro aspecto considerado positivo é a contribuição para a qualificação da formação de nível médio em saúde. Neste prisma, a Escola Tocantinense do SUS (ETSUS), é parceira fundamental nas atividades tele-educativas, contribuindo, em âmbito estadual, pela maior parcela das atividades tele-educativas. Um olhar diferenciado integrando os profissionais de saúde do nível médio com os do nível superior, já no processo de formação, pretende superar vários desafios que podem ser encontrados na Educação Permanente.

No campo da Democratização das Relações de trabalho, o Telessaúde procura contribuir com os trabalhadores em saúde e os gestores, tendo como perspectiva as soluções dos conflitos advindos das relações de trabalho. Neste cenário, a solidariedade dos mecanismos e estruturas sociais configura-se como uma das diretrizes que orienta o processo.

2.1 A Disciplina Optativa Telessaúde da Universidade Federal do Tocantins como Prática Educativa Inovadora

Com o entendimento de que o Programa Telessaúde Brasil Redes consolidara-se em nosso País e apoiada em sugestões de professores de Instituições de Ensino Superior e Serviços de Saúde da Região Norte, centrado nas especificidades do Tocantins e Amazonas, a Disciplina Optativa “Telessaúde” foi configurada de maneira singular, estruturada em Redes de Atenção à Saúde, sem pré-requisitos, destinada aos estudantes dos Cursos de Saúde (Medicina, Enfermagem e Nutrição), do Curso de Ciências da Computação e da Comunicação Social e Jornalismo da UFT, permitindo a integração de vários saberes e o processo de formação em conjunto, proporcionando a troca de experiências e busca de soluções qualificadas, com o olhar de várias categorias profissionais na perspectiva de uma formação integral e interprofissional.

Consideramos que esta formação agregaria vários conhecimentos da APS e este estudante assumiria um papel disseminador do Telessaúde estimulando a compreensão do mesmo como uma ferramenta de trabalho potente para o cuidado integral e fortalecimento do Programa a nível nacional.

Haddad (2011) reafirma o papel da educação e da saúde como dois elementos fundamentais para a não reprodução da pirâmide da desigualdade social. “A reflexão sobre a formação na área da saúde e sobre a direção política adotada deve partir da premissa de que a saúde e a educação são bens públicos com traços em comum e grande diferencial em relação aos demais” (2011, p. 24).

Diferentemente das ações verticalizadas em Telemedicina, baseadas em *Hardware* e *internet* de alta velocidade, as ações em Telessaúde tendem a ser, inicialmente, mais horizontalizadas, com enfoque em ferramentas de inclusão como a *Web* conferência multiponto (*software*) e plataformas de teleconsultorias via *Web*, que podem ser acessadas de qualquer dispositivo, como computadores e portáteis, incluindo *smartphones*. Como o objetivo é o alcance de profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde, principalmente em áreas remotas e prioritárias, o acesso é fundamental, devendo, portanto, ser realizado com ferramentas que o permitam (velocidade de *internet* dependente de acesso ADSL, rádio ou móvel). Desta forma, é que surge o paradoxo, pois, inicialmente, as instituições que tradicionalmente realizam ações em Telemedicina, que receberam os recursos para o projeto piloto de implantação do Telessaúde,

não necessariamente tinham habilidades de democratização de acesso para realização de ações em Telessaúde, pois muito dos entraves estão localizados nas pontas da rede, sejam eles relacionados à informatização, mas também a questões pertinentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica, como acesso à informação, qualificação, entre outros.

O Núcleo Técnico-Científico está fisicamente instalado na Universidade Federal do Tocantins e ligado ao Colegiado do Curso de Medicina, atualmente ocupando vários espaços físicos dentro da universidade, entre salas de videoconferência e *web* conferência, preparadas com equipamentos com tecnologia HD, salas administrativas e pessoal, todos cedidos pela própria universidade, garantindo assim a sustentabilidade do programa no Tocantins. Inicialmente todo o parque tecnológico do Núcleo Tocantins foi encaminhado pelo Ministério da Saúde, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) o que permitiu o início dos trabalhos no núcleo e está garantindo seu funcionamento até hoje.

O curso de Medicina da UFT, possui uma organização curricular flexibilizada, onde os conteúdos são organizados por grandes áreas do conhecimento, a partir dos Ciclos de vida do ser humano, permitindo a integração de conhecimentos e a interdisciplinaridade em seu estudo e pautada pelas discussões. Esta estrutura do curso de medicina está organizada obedecendo as Diretrizes Curriculares Nacionais-DCN (BRASIL, 2001) o que caracteriza a preocupação da UFT com a formação de profissionais mais críticos e com uma aproximação, ainda nos primeiros períodos, aos serviços de saúde, bem como as discussões e todo o processo de gestão do SUS.

Neste contexto, valoriza-se a importância do vetor pedagógico na ferramenta Telessaúde, que não se limita apenas a informatizar o SUS, mas sim permitir sua vivência na perspectiva de um processo de reflexão onde os profissionais de saúde são considerados sujeitos ativos neste processo. Como o objetivo do Núcleo Técnico-Científico Telessaúde Tocantins, é integrar o fluxo vertical do conhecimento acadêmico com o eixo horizontalizado da APS acreditamos e investimos em ferramentas mais versáteis como *Web* conferência que são os verdadeiros indicadores de inserção regional e utilização do Telessaúde.

O processo de construção da disciplina optativa Telessaúde da UFT teve como objetivo central a criação de oportunidades e canais de discussão entre os diversos saberes e a aproximação com os serviços envolvidos no Programa Telessaúde Tocantins Redes. Esta disciplina ainda é ofertada como optativa do curso de Medicina, com carga horária de 45 horas, disponibilizada semestralmente para os estudantes de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Jornalismo e Ciências da Computação. No total são ofertadas 30 vagas distribuídas entre os cursos, sendo: dez vagas são para os estudantes de medicina, cinco vagas para os estudantes

de enfermagem, cinco vagas para os estudantes de nutrição, cinco vagas para os estudantes de jornalismo e cinco vagas para os estudantes de ciências da computação.

A pesquisa desenvolvida buscou analisar as concepções, expectativas e vivências dos docentes, estudantes e residentes frente à proposta pedagógica da disciplina optativa “Telessaúde” do curso de medicina da UFT, como uma estratégia inovadora de formação de recursos humanos em saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO E RESULTADOS

Trata-se de um estudo quali-quantitativo do tipo exploratório, descritivo, utilizando um instrumento de percepção do tipo atitudinal ou Likert.

A amostra utilizada foi do tipo não probabilístico e por conveniência (adesão), decorrente do preenchimento de um instrumento de percepção do tipo atitudinal ou Likert, disponibilizado aos estudantes dos cursos da saúde da Universidade Federal do Tocantins (Medicina, Enfermagem e Nutrição), Ciências da Computação e Comunicação Social/Jornalismo e os docentes da disciplina optativa Telessaúde, através da *internet*.

Segundo Malhotra (2006), a captação de visitantes em uma página de *internet* ou de acordo com a divulgação por correspondência eletrônica entre pessoas é um exemplo de amostragem por conveniência.

O instrumento atitudinal foi aplicado à população envolvida no estudo e obtivemos retorno de 30 respondentes, entre estudantes e docentes na pesquisa “A disciplina Optativa Telessaúde da Universidade Federal do Tocantins como prática educativa inovadora”. O instrumento consistia em 28 asserções, randomizadas por cinco dimensões que exploraram a disciplina optativa Telessaúde: como programa estimulador da inovação curricular; como ferramenta qualificadora da gestão em saúde (redes de atenção); como ferramenta contributiva na fixação médica no Tocantins; como ferramenta contributiva no fortalecimento da Educação Permanente em Saúde; e, como ferramenta de estímulo a interprofissionalidade. Para esta pesquisa não foram considerados eixos de análise.

As referidas opções foram previamente pontuadas e variaram de 1 a 4. A delimitação de cada valor foi definida de acordo com o conteúdo específico das várias dimensões e suas respectivas asserções, tendo sempre como fundamentos teórico-metodológicos de sustentação da pesquisa em questão. Optou-se por um número par de opções de resposta para cada asserção para evitar que pudesse ocorrer a tendência centrante, segundo Bruno (1999).

A validação do instrumento atitudinal foi baseada em Bruno (1999), Ferreira (2004), Ferreira, Batista e Batista (2013), e constou de validação de asserção e confiabilidade do

instrumento. Nesta pesquisa tivemos um resultado de 0,97 evidenciando a excelente validação de conteúdo realizada assegurando ótima dispersão e consequente densidade estatística.

Os resultados apresentados pelos testes de variância indicaram que a hipótese de esfericidade da matriz de covariâncias, uma das condições de aplicações da ANOVA com medidas repetidas, foi satisfeita. Dessa forma, seguimos com a análise usual, sem a necessidade de utilizar correções.

As dimensões construídas foram:

Dimensão 1 – A disciplina optativa Telessaúde como programa estimulador da inovação curricular

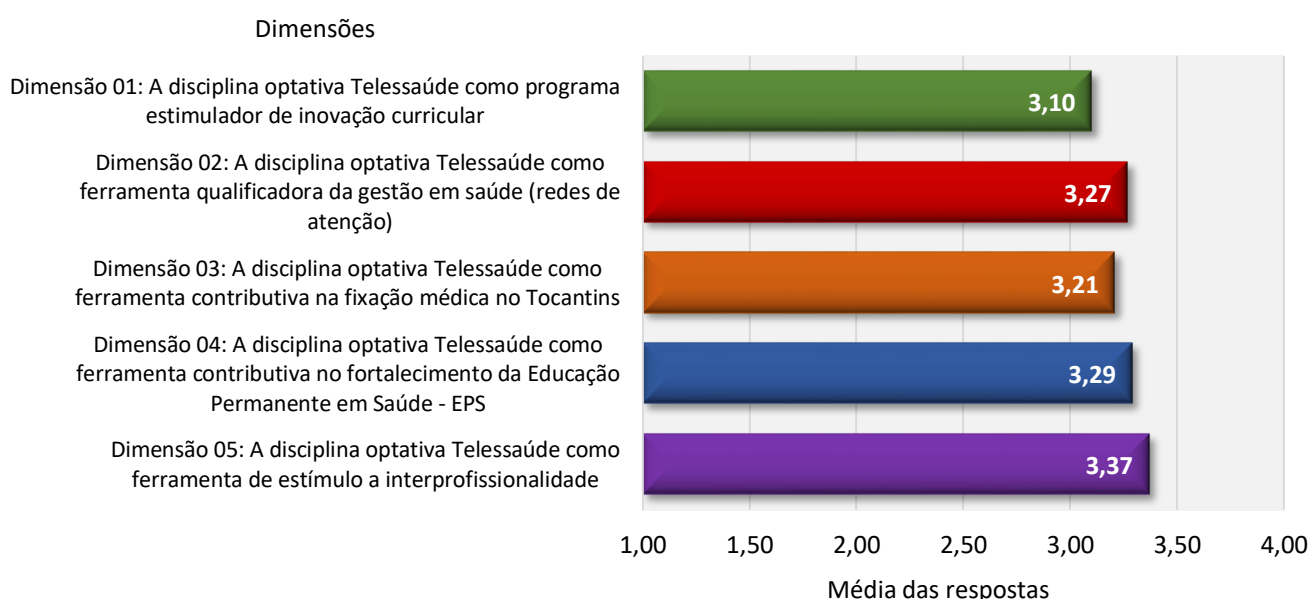
Dimensão 2 – A disciplina optativa Telessaúde como ferramenta qualificadora da gestão em saúde (redes de atenção)

Dimensão 3 – A disciplina optativa Telessaúde como ferramenta contributiva na fixação médica no Tocantins.

Dimensão 4 – A disciplina optativa Telessaúde como ferramenta contributiva no fortalecimento da Educação Permanente em Saúde – EPS.

Dimensão 5 – A disciplina optativa Telessaúde como ferramenta de estímulo a interprofissionalidade.

Gráfico 2 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão da dissertação “A disciplina Optativa Telessaúde da Universidade Federal de Tocantins como prática educativa inovadora”, Tocantins, 2015



Fonte: Protocolo de pesquisa.

No Gráfico 2 podemos observar que as cinco dimensões ficaram numa zona de conforto, com pontuações entre 3 e 4, evidenciando a assertividade do desenho da disciplina Optativa Telessaúde da UFT.

Os resultados da pesquisa nos apontam que os respondentes concordam que a Disciplina Optativa Telessaúde contribuiu para um processo de inovação curricular nos cursos de saúde da UFT, bem como o corpo docente dos cursos da saúde da UFT reconhecem na disciplina optativa Telessaúde uma proposta inovadora. Porém, houve discordância em algumas assertivas relacionadas a esse tema. Vários aspectos contribuem para esta percepção: o primeiro deles diz respeito ao reduzido número de docentes efetivos responsáveis pela disciplina que atualmente se constitui em dois profissionais. A construção da referida disciplina contou com a participação de três docentes colaboradores que não tem vínculo com a UFT e que desde o segundo semestre de 2014 passaram a não contribuir.

Outro aspecto que podemos inferir é o relativo à postura dos estudantes que de maneira geral demonstram um comportamento mais conservador, pouco aderente as metodologias ativas. Ainda ligado ao corpo discente, desde o início do oferecimento da disciplina percebeu-se uma hegemonia, principalmente, do Curso de Medicina, dificultando a participação dos estudantes oriundos dos outros cursos.

A formação para o SUS tem sido um aspecto recorrente nas discussões sobre a formação de recursos humanos em saúde. Programas como o Pró-Saúde, Pet-Saúde, políticas como a PNEPS e a própria criação das Redes em 2011, fortalecem a ideia de que a Academia deve privilegiar organizações curriculares estimuladoras para a compreensão cada vez mais precisa sobre o SUS e sua gestão. O que também foi percebido pelos respondentes como concordância, e ficaram em uma zona de conforto, sobre a contribuição da disciplina Telessaúde para os estudantes sobre a gestão das redes de atenção no SUS. A questão da fixação e provimento especialmente de médicos e demais profissionais de saúde em regiões mais remotas do país tem sido um sério problema para o SUS. Programas como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e mais recentemente o Mais Médicos, aliados ao Telessaúde Brasil Redes, tem procurado insistentemente minimizar e resolver essa questão.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um paralelo pode ser estabelecido ao se considerar que instituições tradicionais tendem a consolidar um Telessaúde mais tradicional, e vice-versa. Não se trata de um Programa que deve ser concebido prioritariamente no serviço ou nas universidades, mas, em conjunto, inseridos em um panorama mais moderno e flexibilizado. Entender como resultado expressivo unicamente as experiências de Estados inseridos no Projeto Piloto do Telessaúde, grande parte

matriciados por instituições de ensino superior com currículos tradicionais, tem o risco de acarretar uma interpretação equivocada, ou seja, a do Telessaúde como Telemedicina.

Com a progressiva diminuição de custos, tamanho dos computadores e melhoria das tecnologias de ligação, com ou sem fios, os computadores de maior capacidade, a interação homem-computador está cada dia mais invisível, integrando a informática com as ações e comportamentos naturais das pessoas. Não invisível como se não pudesse ser vista, mas sim de uma forma que as pessoas nem percebem que estão dando comandos a um computador, como se tivessem conversando com alguém ou operando uma “extensão” de seus corpos e mentes. Com sistemas mais otimizados e inteligentes, os computadores, desta forma, podem permanecer conectados ou procurando conexão a todo momento, tornando-se assim onipresentes. O conceito antigo de um computador para várias pessoas (“*mainframe*”) foi, com o tempo, sendo substituído pelo modelo de um computador por pessoa (“*personal computer*”) e, agora, caminha a passos largos no sentido da computação ubíqua (uma pessoa, vários computadores).

Do conceito acima citado cunhou-se a definição de Computação Pervasiva (ou ubíqua). De maneira paralela, o Ensino em Ciências da Saúde precisa evoluir de uma situação fragmentada que tange o Ensino Formal, Educação Permanente e Educação na Comunidade para um novo modelo, um tipo de “Educação Pervasiva”. O uso de propostas mais individualizadas e flexíveis na Educação, com metodologias simultâneas e onipresentes (uma pessoa, várias “Educações”) é alternativa frente a um modelo educativo compartimentado, ofertado na forma de blocos ou pacotes, em larga escala, para atender determinado grupo de sujeitos, que são tratados de maneira homogênea. Criar e configurar ferramentas cada vez mais semelhantes às novas tendências, com portais mais simples, com ênfase principal em “ouvir” o usuário, ofertando experiência individualizada nas buscas centradas em metadados, com o cuidado de minimizar o viés privado nos algoritmos de busca e oferta de resultados.

Como diversos problemas da Saúde Pública no País tiveram origem no binômio público-privado, é fundamental não replicar o mesmo cenário no uso das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação. Não se trata de um processo de informatização do SUS. Telessaúde não é sinônimo de tecnologia, mas sim da correta aplicação da tecnologia. E mais, é a Computação Pervasiva a serviço da Educação Pervasiva.

Considerando essas evidências a criação da Disciplina Optativa Telessaúde preocupa-se em realizar uma abordagem referente às necessidades locorregionais de provimento de profissionais de saúde estimulando discussões entre os alunos para o entendimento da importância dessa realidade em nosso Estado e no País.

Toda e qualquer perspectiva de formação é construída lentamente, com a adesão e contribuições de toda a comunidade envolvida e, para isso, o tempo é um fator de vital importância, no sentido de ser um facilitador para o entendimento, e maturação de todos os atores.

A participação, a incorporação e conseqüente defesa de um processo inovador passam por uma sequencia de ações como bem nos mostrou Hernandez (2000); ela surge ou parte dos professores, embora exista um grupo que o impulse, frequentemente os alunos; entretanto, em seu cerne, está a satisfação profissional e pessoal dos professores que, indiretamente, introduzem mudanças no processo de ensino/aprendizagem.

A escolha do Programa que alicerçou a Disciplina Optativa Telessaúde, se deu em função da realidade onde se insere a UFT, marcada por ser uma região distante com difícil acesso aos recursos de saúde de alta complexidade e também pela alta resolutividade do Programa apesar de sua juventude (dez anos de existência).

A defesa desta Disciplina como uma prática inovadora sustenta-se nos resultados encontrados especialmente no que diz respeito à seleção dos conteúdos, como também no uso de metodologias ativas e das tecnologias de informação e comunicação em Saúde.

Todo o processo de ensino e aprendizagem que se proponha ser crítico deve considerar como elemento estruturante a pactuação com o corpo discente de como este processo será desenvolvido. Ao examinar os resultados encontrados nesta pesquisa, observamos que alguns aspectos operacionais como corpo docente insuficiente para o desenvolvimento da disciplina, a integração ensino-serviço ainda insipiente, com pouca participação dos preceptores, dificuldades na conectividade, são elementos interferidores no desenvolvimento da proposta.

Concluimos este trabalho entendendo que refletir sobre a ação e na ação não é um processo simples, individual e mecânico, pois não se pode negar o fato de que o movimento de reflexão está interligado a um contexto sociocultural.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação** (Campinas), v. 16, n. 1, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772011000100009&script=sci_abstract&tlng=pt.

BRASIL. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html.

BRASIL. **Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114726-20141104150856br-portaria-35-2007.pdf>.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

BRUNO, L. F. C. **Levantamento da qualidade de vida no trabalho**. Universidade do Amazonas, 1999.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, São Paulo, 2004.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, N. A; BATISTA, S. H. S. S. O Processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional – MP-Norte: Análise de uma experiência. **Enseñanza de las Ciencias**, v. extra, p. 1246, 2013. [Text Wrapping Break]

FILGUEIRA, M. J. P. **A Disciplina Optativa Telessaúde da Universidade Federal do Tocantins como prática educativa inovadora**. 2015.131 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_182_michelle_filgueira.pdf.

GONÇALVES, I. M. **O Programa Telessaúde Brasil Redes na Prática dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_136_telesaude_brasil_Itamar_goncalves.pdf.

HADDAD, A. E. **A Odontologia na Política de Formação dos Profissionais de Saúde, o papel da Teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da FOU SP**. 2011. Tese (Livre Docencia) – Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2011. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/23/tde-13052013-143506/publico//AnaEstelaHaddad.pdf>

HERNÁNDEZ, F. **Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho**. Trad. Jussara H. Rodrigues. Porto Alegre, RS: Artmed, 2000.

LIKERT, R. A. Technique for the Measurement of Attitudes, **Archives of Psychology**, n. 140, p. 1-55. Disponível em: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf.

MORAES, S. G. *et al.* Development and validation of strategy to assess teaching methods in undergraduate disciplines. *Progress in Education*, **Nova Science Publishers**, v. 28, 2012. Disponível em: http://www.novapublishers.org/catalog/product_info.php?products_id=35562.

PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS DOS PARTICIPANTES DO CURSO *ON-LINE* DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNA-SUS/UNIFESP FRENTE AO USO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO PROCESSO EDUCATIVO: MELHORIAS ADOTADAS

Marlene Sakumoto Akiyama
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

Maria Elisabete Salvador
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

Rita Maria Lino Tarcia
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Informática em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

As tecnologias digitais apoiam a Educação a Distância subsidiando o processo de ensino-aprendizagem. Porém, compreender as expectativas dos participantes dessa modalidade e, sobretudo, qualificar os recursos tecnológicos são práticas fundamentais para o avanço da educação permanente profissional. Os objetivos deste estudo foram analisar a percepção de alunos, tutores e coordenadores do Curso *on-line* de Especialização em Saúde da Família, mediante uso de recursos tecnológicos; analisar o desempenho de alunos e tutores em relação às atividades do curso e implantar melhorias com base nos resultados. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, aplicado à técnica de grupos focais. A pesquisa ocorreu no período de 2017 a 2018. A população total de participantes foi de 656 alunos matriculados e ativos no curso, 28 tutores e oito coordenadores. A amostra contou com nove estudantes, onze tutores e oito coordenadores. Os resultados mostraram que 53% dos alunos relataram dificuldades de navegação, de entendimento das orientações e regras de avaliação do curso, além da falta de tutoriais. Já as considerações de coordenadores e tutores (74% e 40% respectivamente) foram sobre a necessidade de recursos tecnológicos e melhorias do curso. O desempenho de alunos e tutores mostrou-se satisfatório ao longo do curso. Melhorias nas funcionalidades da ferramenta de elaboração do trabalho de conclusão de curso foram implantadas com sucesso a partir das sugestões dos participantes. A relevância das análises desse estudo fundamenta-se na necessidade de subsidiar soluções que contribuirão para o processo de ensino-aprendizagem da educação permanente *on-line*, beneficiando profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Tecnologia da Informação. Educação a Distância. Educação Permanente. Tecnologia Educacional. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

No contexto da aprendizagem, a área da educação é favorecida pelas Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) a fim de favorecer e tornar a aprendizagem significativa. As TDIC quebraram paradigmas e provocaram transformações, potencializaram as comunicações e as interações possibilitando mudanças para uma educação melhor (LAPA, 2008).

A Educação a Distância (EaD) mediada pela Internet, com o uso de *chats*, *e-mails*, fóruns de discussão, ambientes virtuais, com interações síncronas ou assíncronas permitem que os participantes se comuniquem de diferentes formas (KENSKI, 2007). Nos últimos anos, a EaD aumentou gradativamente a sua participação nos cursos da educação superior no Brasil. Em 2006, representava pouco mais de 4% das matrículas de graduação e em 2017 são 21,2% com mais de 1,7 milhão de alunos estudando nessa modalidade. Quanto a oferta de cursos de graduação a distância, em 2006 eram 349 e em 2017, cerca de 2.100 (BRASIL, 2017).

Ao analisar o crescimento da EaD, o Plano Nacional de Educação (PNE), definido pelo Ministério da Educação (MEC) em 2014, tem como uma de suas metas, até a próxima década, elevar para 50% a taxa bruta de matrícula na educação superior e, 33% a taxa líquida da população de 18 a 24 anos, assegurando a qualidade da oferta e expansão do ensino superior para, pelo menos, 40% de novas matrículas, no segmento público (BRASIL, 2014, p. 13). A EaD e as TDIC assumem o papel de grandes aliadas e contribuem para a concretização dessa meta.

O crescimento da oferta de cursos a distância na área da saúde vai ao encontro dos objetivos traçados pelas políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde no contexto da formação de recursos humanos (TARCIA *et al.*, 2017). Dentre elas, destacam-se a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS); o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Básica, cujo resultado da experiência acumulada de vários atores promoveu o desenvolvimento e a consolidação do SUS (BRASIL, 2015).

A PNEPS foi instituída em 2004 visando promover mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Por meio de vivências em seu cotidiano de trabalho e problematização da realidade, o profissional deve agregar conhecimentos, fazer reflexões críticas sobre o trabalho e propor ações resolutivas (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) apoia as políticas supracitadas desde 2010, oferecendo cursos *lato sensu* de educação permanente em saúde, como por exemplo a Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), realizado na modalidade EaD aos profissionais da Atenção Básica à Saúde.

O curso utiliza recursos tecnológicos para proporcionar aos alunos, profissionais da saúde, situações de aprendizagem em um ambiente rico em mídias e estudos de caso simulados, em que a interatividade é característica fundamental das atividades e comunicação entre alunos e equipe do curso.

1.1 UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

Para atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, o Ministério da Saúde instituiu o sistema Universidade Aberta do SUS pelo Decreto nº 7.385 de 08/12/2010. Mais tarde, a UNA-SUS foi regulamentada pela Portaria Interministerial nº 10 de 11/07/2013 (UNA-SUS, 2018a). Seus objetivos compreendem:

Propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS. Ofertar cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS, por meio das instituições que integram a Rede UNA-SUS. Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas. Contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da oferta de cursos de capacitação e educação permanente. Contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde (UNA-SUS, 2018a).

Atualmente, a rede UNA-SUS é composta por 34 Instituições públicas de Educação Superior credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de cursos na modalidade a distância e conveniadas com o Ministério da Saúde (UNA-SUS, 2018a). Há incentivos para que tais instituições utilizem tecnologias educacionais e de gestão de projeto, a fim de promover o compartilhamento de ideias, iniciativas e recursos, como por exemplo, vídeos, imagens, textos, softwares. Podem ser reutilizados, modificados e adequados às necessidades educacionais de cada Instituição. Estão disponíveis na plataforma ARES – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>).

Em abril de 2020, a Plataforma ARES registrou 13.682 recursos educacionais disponibilizados para atender as necessidades de formação e capacitação dos profissionais de saúde. Esses números são dinâmicos e os recursos educacionais podem ser consultados no seguinte endereço de Internet <https://ares.unasus.gov.br/acervo/>

A plataforma AROUCA (<https://arouca.unasus.gov.br>) é outra iniciativa criada pela UNA-SUS que armazena e disponibiliza informações sobre cursos e a trajetória educacional e profissional dos trabalhadores do SUS (OLIVEIRA, 2014). Em abril de 2020, a UNA-SUS registrou 3.193.342 de matrículas, contemplando 5.566 Municípios distribuídos em 435 regiões de Saúde em 27 Unidades da Federação (UNA-SUS, 2018b).

A Universidade Federal de São Paulo, compromissada com a educação permanente, matriculou 12 mil profissionais da saúde entre enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas, nutricionistas e formou cerca de 9.000 alunos pelo Programa UNA-SUS, segundo dados do Sistema de Informações Informatizado da UNIFESP (UNIFESP, 2018).

O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) adotado pela UNIFESP disponibiliza diversos recursos aos professores e alunos. Porém, esses recursos não são plenamente utilizados e geralmente requer adequações ao perfil de alunos e tutores. Outrossim, as dificuldades observadas podem ser verificadas pelo aumento das demandas de suporte em diferentes situações dos cursos oferecidos pela UNIFESP. Dessa forma acredita-se que as TDIC devem solucionar problemas e promover agilidade ao processo de ensino-aprendizagem em ambiente virtual. Possibilitar navegação fluida e minimizar dificuldades, é fundamental a fim de garantir motivação entre alunos e tutores.

De fato, a EaD e as TDIC são meios que favorecem a aprendizagem, proporcionando a democratização do acesso à educação. Compreender as expectativas dos participantes dessa modalidade de curso e, sobretudo, qualificar os recursos do AVA são práticas relevantes para o avanço da educação permanente de profissionais da saúde. Assim, este capítulo é originado da dissertação de mestrado intitulada **Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação como Facilitadoras dos Processos Educativos da Educação Permanente a Distância: Contribuições no Contexto da UNA-SUS/UNIFESP** (AKIYAMA, 2019), defendida no Mestrado Profissional – Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, e tem por objetivo analisar a percepção de alunos, tutores e coordenadores do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP, frente ao uso de recursos tecnológicos e processo educativo, bem como implantar melhorias com base nos resultados.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, aplicado à técnica de grupos focais. A pesquisa foi realizada na Pró-reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) da UNIFESP a partir dos cursos do Programa UNA-SUS – a 14ª edição do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP (CESF14). Após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, n. 2.423.700, o estudo ocorreu no período de outubro de 2017 a setembro de 2018.

A abordagem quantitativa concebeu a etapa de análise do perfil sócio demográfico da população estudada e do desempenho em relação às atividades realizadas no ambiente virtual do curso. Já o delineamento qualitativo foi utilizado a fim de analisar a percepção e expectativa dos participantes em relação aos recursos tecnológicos do curso por meio de grupos focais.

O curso de especialização supracitado compreendeu a população de 656 alunos, porém, a amostra contou com nove estudantes, 11 tutores e oito coordenadores do curso. Ressalta-se que os coordenadores atuavam conforme responsabilidades no curso, a saber: coordenação de tutoria, pedagógica, de EaD, temática (conteúdos de saúde), de produção e coordenação de TI. Para os critérios de inclusão considerou-se participantes ativos no curso (tutores e coordenadores), estudantes matriculados e ativos, bem como aqueles que concordaram e assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A técnica da coleta de dados foi realizada com base nos registros dos participantes em bancos de dados do curso, instalados no *Data Center* do Departamento de Tecnologia da Informação no Campus São Paulo da UNIFESP. Para extrair esses dados foram utilizados comandos específicos da linguagem *Structured Query Language (SQL)* e os registros obtidos, armazenados em planilhas eletrônicas. Posteriormente foram analisados a partir de funções estatísticas e tabelas dinâmicas, existentes nas planilhas eletrônicas.

Em relação ao uso de funcionalidades e ferramentas do ambiente virtual, rotinas e responsabilidades de alunos e processos de trabalho de tutores e coordenadores, utilizou-se o mapeamento dos processos educativos. Esses dados foram inseridos em planilhas eletrônicas para classificação por ordem alfabética e demonstração por meio de tabelas.

Os participantes que concordaram em participar dos grupos focais a partir dos referidos critérios (alunos, tutores e coordenadores) foram submetidos à entrevistas gravadas, posteriormente transcritas e armazenadas em planilhas eletrônicas. Em seguida foi utilizada a análise de conteúdo para identificação e definição das categorias e subcategorias.

A 14ª edição do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP, ambiente virtual para análise deste estudo, conta com importantes características tecnológicas e pedagógicas. Assim, destacam-se algumas especificidades: *layout*, identidade visual e estratégias pedagógicas de navegação a fim de aproximar o conteúdo teórico da realidade do aluno em seu contexto profissional; módulos de conhecimento que incluem conteúdos teóricos e mídias; atividades de reflexão como estudos de casos simulados, apresentados em ambientes de municípios fictícios, com profissionais, usuários do SUS e situações de problemas do cotidiano da prática; a construção do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle – *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*, entre outras descritas nesse estudo. Figura 1.

Figura 1 – *Layout* do curso e exemplo gráfico do município “Cachoeira da Serra”

Conheça o território de Cachoeira da Serra e as UBS de referência



Fonte: Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP. São Paulo, SP, 2017.

A atividade “Manejo de Filas na Atenção Básica” é um estudo interativo que possibilita refletir e tomar decisões para lidar com as filas no atendimento da Atenção Básica à Saúde e, dessa forma, vivenciar diferentes desfechos dependendo das escolhas realizadas. Essa simulação possibilita ao aluno relacionar o conteúdo estudado com sua prática profissional e visualizar melhorias para o seu local de trabalho (Figura 2).

Figura 2 – Estudo interativo “Manejo de Filas na Atenção Básica”

ESTUDO INTERATIVO Manejo de Filas na Atenção Básica



alternativas a seguir:

a) "Paciência... Isso é o máximo que consigo fazer!"

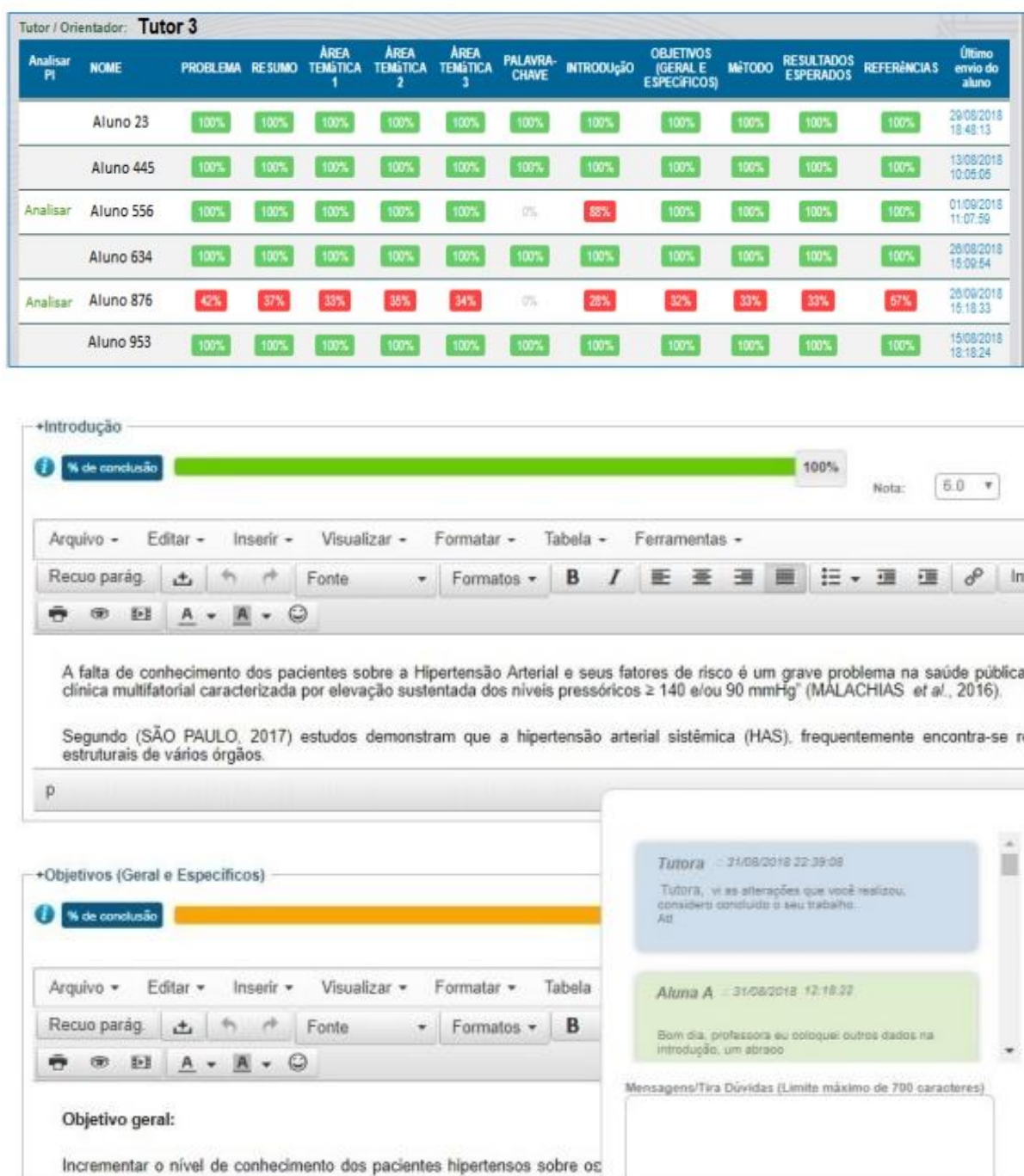
b) "Essa requalificação dá um trabalho grande. Vou articular com os outros médicos da unidade para fazermos um esforço concentrado".

c) "As pessoas merecem uma resposta mais adequada mesmo. Vamos fazer uma reunião de equipe para compreendermos nossa fila?"

Fonte: Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP. São Paulo, SP, 2017.

Outro recurso que merece destaque é a ferramenta de elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), no formato de Projeto de Intervenção (PI). Desenvolvido para auxiliar o processo de desenvolvimento do PI, este recurso dialoga com a prática profissional do aluno a partir dos estudos e reflexões teóricas geradas no ambiente virtual do curso, sob mediação do tutor/orientador. Esta ferramenta possui uma interface para o tutor fazer a gerência dos projetos de todos os alunos de seu grupo (Figura 3).

Figura 3 – Interface do tutor para gerência do PI



Fonte: Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP. São Paulo, SP, 2017.

As melhorias adotadas a partir desse estudo ocorreram na oferta subsequente do Programa UNA-SUS/UNIFESP e estão relacionadas à ferramenta de elaboração do TCC, entre outras especificidades pedagógicas e tecnológicas descritas nos Resultados. Para tanto, os resultados subsidiaram a construção de novas funcionalidades e adaptações do curso, a fim de promover estudo eficaz e participação efetiva de alunos, tutores e coordenadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compressão dos dados, optou-se por conhecer as rotinas e responsabilidades dos alunos, processos de trabalho e responsabilidades dos tutores e coordenadores, bem como a forma com a qual os recursos tecnológicos do curso foram utilizados. Destaca-se que os participantes utilizaram formas diferentes para o mesmo recurso tecnológico, definindo-se competências específicas para cada grupo.

3.1 Análise Quantitativa

3.1.1 Perfil dos participantes

Contou-se com 656 alunos matriculados e ativos no curso, sendo a maioria do gênero feminino (76%) entre 20-30 anos e solteiros (55%) na sua maioria. Os alunos provém de 200 Municípios distribuídos pelo Estado de São Paulo, porém, a maioria (70%) de nacionalidade Cubana. Dos 656 alunos matriculados, houve 91% de aprovação ao final do curso.

O número de tutores foi de 28 e cada um teve em média 23 alunos para orientar e supervisionar. Apenas um tutor é do gênero masculino e as idades estão distribuídas igualmente nas faixas etárias entre 31-40; 41-50 e 51-60. Todos são de nacionalidade brasileira, a maioria 64% são casados. Quanto a graduação, 50% são formados em Enfermagem, seguidos de Psicologia (21%) e outras graduações; 22 têm mestrado (concluído ou em andamento) e oito possuem doutorado (concluído ou em andamento). Todos têm experiência profissional na Atenção Básica à Saúde e possuem especialização em Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Saúde Coletiva. Todos apresentam experiência em tutoria e orientação de TCC a distância.

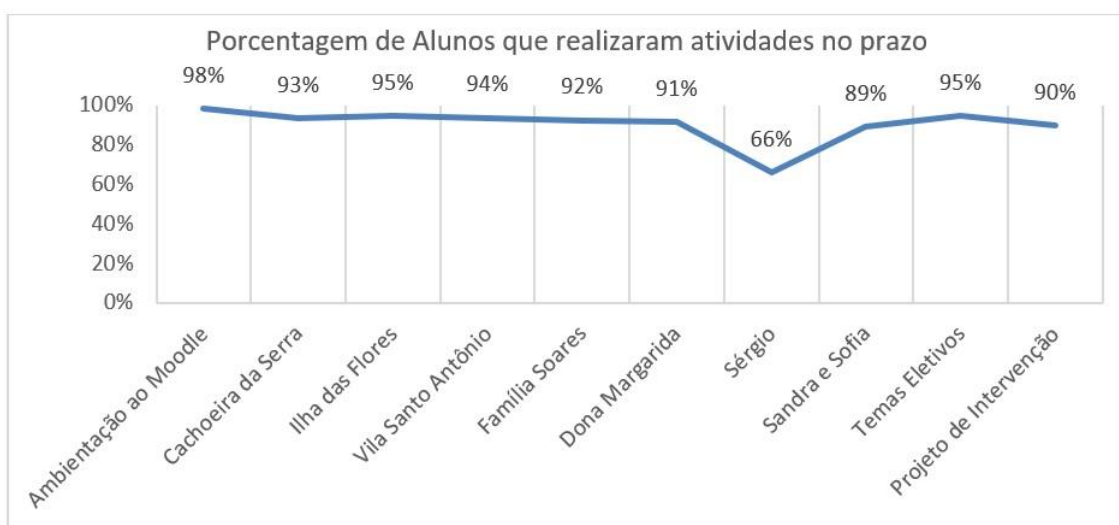
O total de Coordenadores foi 12 profissionais, sendo 67% do gênero masculino, com faixa etária entre 51-60 anos. Todos são de nacionalidade brasileira. Quanto à formação, são profissionais das áreas de medicina, enfermagem, odontologia, pedagogia e TI. Em nível pós-graduação, dez possuem especialização, onze com mestrado e sete com doutorado.

3.1.2 Desempenho dos alunos no ambiente virtual do curso

O desempenho dos alunos foi analisado com base na participação de atividades do curso, a saber: entrega de tarefas no prazo; participação em recuperação dos módulos de conhecimento; acesso aos materiais de leitura; participações em fóruns de discussão e, notas nas disciplinas do curso.

Na figura 4, ao comparar as porcentagens de alunos que realizaram as atividades dentro do prazo, em todos os módulos, observou-se queda maior no módulo “Sergio”, em que apenas 66% dos alunos realizaram dentro do prazo. Essa queda pode ser justificada pelo afastamento de 222 (33%) alunos cubanos que retornaram ao seu país por motivo de férias. Destaca-se que em Cuba, a contratação de internet é considerada cara, com acesso público apenas em hotéis e locais como praças e teatros (OGLOBO, 2018). Assim, os alunos tiveram dificuldades de acesso ao curso nesse período, porém quando retornaram ao Brasil, foi permitida a recuperação desse módulo.

Figura 4 – Porcentagem de alunos que realizaram tarefas no prazo e respectivas atividades do curso



Fonte: AKIYAMA, 2019. São Paulo, SP.

A maioria (89%) dos alunos realizou atividades dentro do prazo (Tabela 1). As médias finais estão acima de oito, considerando-se que a média para aprovação é seis, de acordo com o Regimento Interno¹ dos cursos de Pós-graduação *Lato Sensu* da PROEC/UNIFESP.

¹ Fonte: Regimento Interno dos cursos *Lato Sensu* da PROEC/UNIFESP: https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/PROEX/latosensu/documentos/Regimento_10_out_2013_REVISADO.pdf. Alteração nos critérios de avaliação em: https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/PROEX/Resolu%C3%A7%C3%B5es/201504161319_0001.pdf.

Tabela 1 – Desempenho de alunos em atividades dos módulos de conhecimento. São Paulo, SP, 2018

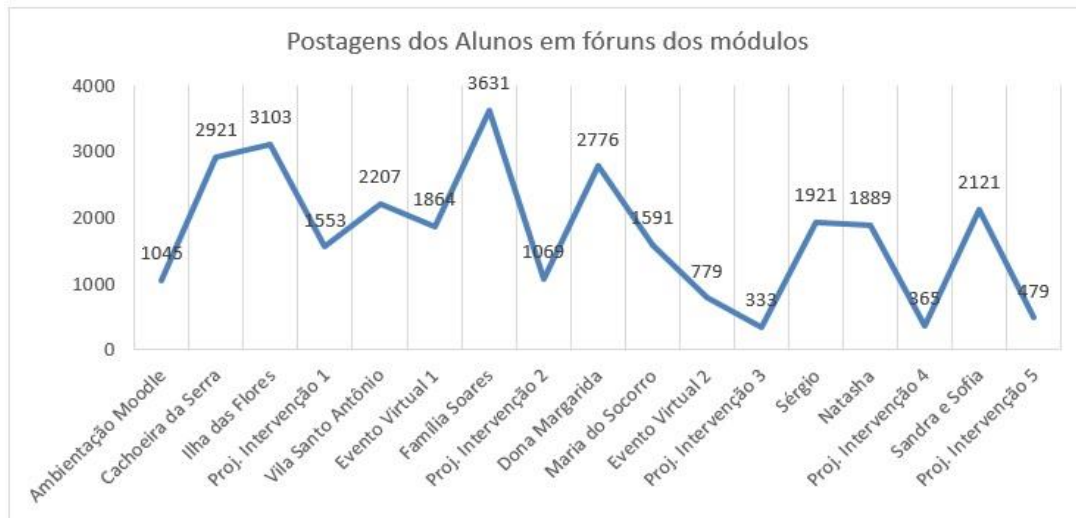
Módulo	Realizaram atividade no prazo	%	Não realizaram atividade	%	Realizaram recuperação	%	Média de notas finais
Ambientação ao Moodle	643	98	13	2	-	-	-
Cachoeira da Serra	611	93	45	7	45	100	8,6
Ilha das Flores	620	95	36	5	12	33	8,4
Vila Santo Antônio	614	94	42	6	18	43	8,5
Família Soares	606	92	50	8	22	44	8,1
Dona Margarida	600	91	56	9	16	29	8,6
Sérgio	433	66	223	34	174	78	8,3
Sandra e Sofia	586	89	70	11	17	24	8,6
Temas Eletivos	620	95	36	5	-	-	9,3
Projeto de Intervenção	588	90	68	10	15	22	8,4

N = 656.

Fonte: AKIYAMA, 2019. São Paulo, SP.

A figura 5 representa a participação dos alunos em fóruns de discussão. É possível observar a queda de postagens nos fóruns, pois nesses períodos houve o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, em que a interação ocorreu, sobretudo, com o tutor/orientador na ferramenta do PI, cuja atenção é voltada para a finalização do TCC. Porém, no período dos módulos de conhecimento, a participação nos fóruns aumentou, considerando-se que o aluno tem a percepção de que sua avaliação nesses módulos depende de sua participação em fóruns.

Figura 5 – Postagens dos alunos em Fóruns de Discussão dos módulos de conhecimento

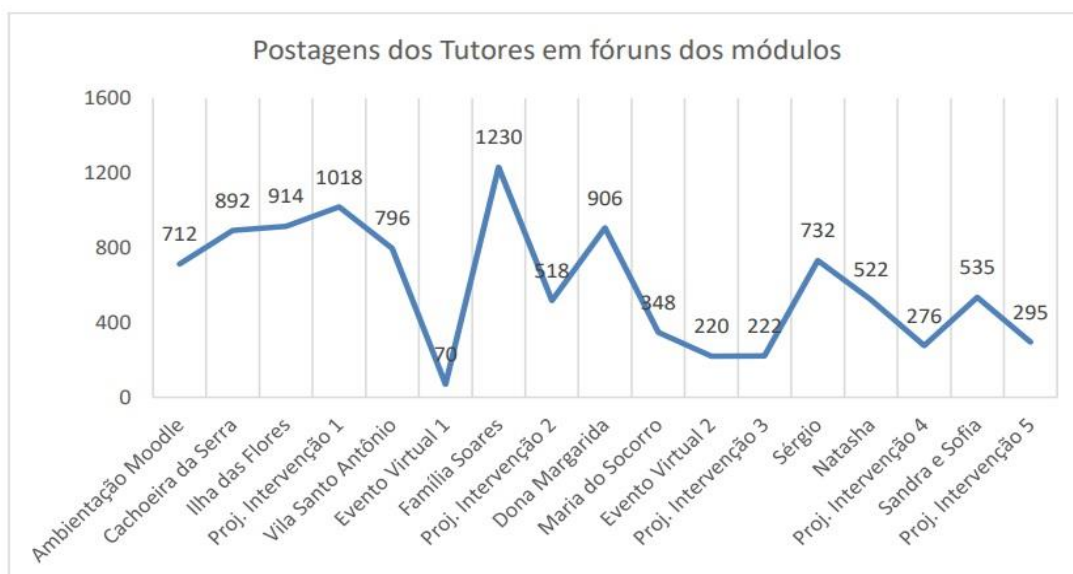


Fonte: AKIYAMA, 2019. São Paulo, SP.

3.1.3 Desempenho dos tutores no ambiente virtual do curso

As postagens nos fóruns de discussão pode ser observada na Figura 6 e conforme ocorrido com alunos, os tutores também dedicaram-se ao Projeto de Intervenção cuja interação ocorria individualmente, demandando tempo de leitura e orientação. As postagens de maior participação dos tutores ocorreu no módulo “Família Soares”, mais longo com duração de cinco semanas. Observou-se também queda de postagens nas épocas dos eventos virtuais (estudo de caso simulado), cuja interação ocorre por webconferência.

Figura 6 – Postagens em Fóruns de Discussão realizadas pelos tutores ao longo dos módulos de conhecimento



Fonte: AKIYAMA, 2019. São Paulo, SP.

3.1.4 Desempenho dos coordenadores no ambiente virtual do curso

Em relação às postagens em fóruns de discussão, verificou-se 629 postagens por parte da coordenação de tutoria em fóruns com tutores e 137 postagens de outros membros da coordenação. Também houve 183 postagens de coordenadores pedagógicos, temáticos, de EaD e TI aos coordenadores de tutoria e tutores.

3.1.5 Perfil dos alunos no grupo focal

Contou-se com nove alunos, sendo sete mulheres e dois homens. A maioria (78%) está na faixa etária entre 20 a 40 anos. São médicos do Programa Mais Médicos, brasileiros e a maioria (67%) declararam não terem realizado outros programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*; dois possuem especialização e um com mestrado. Após finalização do curso, um aluno não se formou, dentre os que declararam não terem cursado pós-graduação anteriormente. Quanto ao estado civil, 45% são solteiros.

Os alunos declararam saber navegar “bem” ou “muito bem” na Internet e a maioria (78%) declarou ter “bom conhecimento de informática”. A maioria (67%) afirmou estar participando pela primeira vez em curso a distância, despertando análises para este estudo sobre os apontamentos que surgiram no grupo focal relacionados às dificuldades de navegação e participação em atividades do curso.

3.1.6 Perfil dos tutores no grupo focal

Foram onze tutores, sendo 100% do gênero feminino. Quanto as faixas etárias (45%) estão entre 51 e 60 anos, 36% entre 31 a 40 anos e 18% entre 41 e 50 anos. A maioria (64%) são casadas, sendo que a Enfermagem é a formação da maioria (55%). Quanto à formação em pós-graduação, todas possuem especialização e mestrado e quatro com doutorado. Todas “sabiam navegar bem na Internet”, tinham “bons conhecimentos de informática” e já tinham concluído ao menos dois cursos a distância.

3.1.7 Perfil dos coordenadores no grupo focal

Contou-se com oito coordenadores, sendo 75% homens e 25% mulheres. Quanto as faixas etárias quatro homens estão na faixa etária de 31 a 40 anos e o restante entre homens e mulheres estão na faixa etária entre 51 a 60 anos. A maioria (88%) são casados. Quanto a graduação, cinco são formados na área da saúde e dois na Ciência da Computação; um em Letras.

Todos declararam saber navegar “muito bem” na Internet e 75% declarou “ter ótimos” e “bons conhecimentos de informática”. Dois declararam conhecimento regular em informática. Todos concluíram ao menos um curso a distância:

3.1.8 Desempenho dos alunos, tutores e coordenadores no curso

O desempenho dos alunos no ambiente virtual do curso, verificado no grupo focal, se assemelhou à toda população de alunos visto que as entregas de atividades no prazo estiveram dentro de porcentagens semelhantes ao da população total, bem como de participação nos fóruns. As notas médias das disciplinas foram acima de sete para os participantes do grupo focal, comparando-se à população total de alunos, foram todas acima de oito.

Os participantes dos grupos focais de tutores e coordenadores também tiveram seu desempenho no ambiente virtual correspondente ao desempenho de todos os tutores e coordenadores do curso. Dessa forma, pondera-se que os participantes dos grupos focais, por meio de suas falas, representaram a população total de tutores e coordenadores.

4 ANÁLISE QUALITATIVA

4.1 Identificação das percepções dos grupos focais

Destacam-se os resultados obtidos pela análise do grupo focal com os participantes. Dados que mostraram as facilidades, dificuldades e necessidades de melhorias ressaltadas, não somente no âmbito dos recursos tecnológicos mas no Ambiente Virtual de Aprendizagem, no processo de ensino e aprendizagem entre outros temas (Quadro 1).

Quadro 1 – Análise do grupo focal em relação às facilidades, dificuldades e necessidades de melhorias verificados por parte dos participantes. São Paulo, SP, 2018

Núcleos Temáticos	Categorias	Subcategorias	Facilidade. Dificuldade Necessidade.		
			Aluno	Tutor	Coord.
1. Recursos Tecnológicos	1.1 Ferramenta para o desenvolvimento do PI		--	(F)	(F)
	1.2 Pesquisa e desenvolvimento de soluções tecnológicas	1.2.1 Percurso formativo do aluno.	--	(D)	(N)
		1.2.2 Antiplágio.	--	(N)	(N)
		1.2.3 <i>Big Data</i> (grande volume de dados).	--	--	(N)
		1.2.4 <i>Chatbot</i> (automatizar conversas).	--	--	(N)
		1.2.5 Corretor ortográfico e tradutor língua portuguesa.	(N)	(N)	(D,N)
		1.2.6 Formatação de referências ABNT.	(F,N)	(N)	(N)
		1.2.7 Novos recursos em fórum.	--	(N)	(N)
		1.2.8 Processo de trabalho.	--	--	(N)
	1.3 Integração de sistemas com o Moodle	1.3.1 Gerência de notas.	--	--	(D)
1.3.2 Recursos externos.		--	--	(D,N)	
2. Ambiente Virtual de Aprendizagem	2.1 Interface gráfica do usuário	2.1.1 Acesso por dispositivos móveis.	(D,N)	(D)	--
		2.1.2 <i>Hiperlink</i> .	(F,N)	--	--
		2.1.3 <i>Layout</i> .	--	(F,D)	--
	2.2 Navegação no AVA		(F,D)	(F,D)	--
	2.3 Organização didática	2.3.1 Regras de avaliação-aluno.	(D)	--	--
		2.3.2 Orientações gerais.	(D,N)	(N)	--
		2.3.3 Relatórios de acessos ao AVA.	--	(F,D)	--
2.3.4 Tutoriais.		(D,N)	(N)	--	
3. Processo de Ensino e Aprendizagem	3.1 Educação Permanente	3.1.1 Formação do Aluno.	--	(F)	(F,N)
		3.2.2 Formação do Tutor.	--	(F,D,N)	(F,N)
	3.2 Interação, afetividade e produtividade		(D,N)	(F, N)	(F)
	3.3 Metodologias Ativas		(F)	(F,N)	(D,N)
	3.4 Revisão de conteúdo		--	(D,N)	--
	3.5 Tipo de avaliação (nota ou conceito)		--	(N)	--
4. Outros	4.1 Trabalho na Atenção Básica	4.1.1 Aplicativos para o trabalho.	(F,D,N)	--	--
		4.1.2 Computadores.	(D)	--	--
		4.1.3 Conexão com a Internet.	(D)	--	--
		4.1.4 Prontuário Eletrônico de Paciente.	(F,D,N)	--	--
	4.2 Educação Permanente na UBS		(F,D)	--	--

Facilidade (F). Dificuldade (D). Necessidade (N).

Fonte: AKIYAMA, 2019 – São Paulo, SP.

O Quadro 1 representa o resultado da análise do grupo focal em relação aos relatos sobre as indicações dos participantes frente às facilidades, dificuldades e necessidades de melhorias, considerando-se conteúdos, modalidades temáticas, núcleos temáticos, categorias e subcategorias. A Tabela 2 apresenta tais resultados em porcentagem.

Tabela 2 – Facilidades, dificuldades e necessidades de melhorias verificadas pelos participantes no grupo focal. São Paulo, SP, 2018

Indicação	Aluno		Tutor		Coordenador	
	n	%	n	%	n	%
Facilidades	28	24	30	36	5	12
Dificuldades	63	53	20	24	6	14
Necessidades de melhorias	27	23	34	40	31	74
Total	118		84		42	

Fonte: AKIYAMA, 2019. São Paulo, SP.

Observou-se na Tabela 2 que no grupo de alunos, 53% dos relatos foi sobre as dificuldades enfrentadas no curso. Os grupos de coordenadores e tutores relataram 74% e 40%, respectivamente, necessidades de melhorias do curso e especificidades dos recursos tecnológicos.

Assim, foi possível identificar os apontamentos dos alunos que demonstraram dificuldades expressivas nas orientações do ambiente virtual do curso, pois relataram que “muitas vezes não sabiam o que fazer”, quando fazer ou como seriam avaliados”. Sugeriram, como melhorias, a produção de tutoriais explicativos em momentos estratégicos, a fim de obter melhores orientações sobre os processos de realização e avaliação de atividades. Tanto alunos quanto tutores relataram que os tutoriais facilitariam o entendimento do passo a passo da navegação do curso. De fato, a produção de vídeos explicativos, tipo tutorial, são simples de se criar, favorecendo sobremaneira, a qualidade dos processos educativos do curso.

Os alunos enfatizaram os problemas em participar ativamente e diariamente dos fóruns de discussão. As considerações contemplaram frases como “me perdia com tantas mensagens”; “não sabia ordenar cronologicamente as mensagens”; “não localizava facilmente as mensagens do tutor”, entre outras semelhantes.

Soluções sugeridas por autores podem ser seguidas, como por exemplo, Loureiro *et al.* (2018, p. 104) que demonstrou a sistematização nos fóruns. Foi proposto a padronização de fontes e cores nas mensagens dos tutores, destacando-as das mensagens dos alunos. A utilização de imagens, uso de elementos essenciais como acolhimento, problematização, objetivos de aprendizagem, questões norteadoras, avaliação e prazos.

De fato, as TDIC podem aperfeiçoar os processos pedagógicos à medida que possibilitam criar recursos tecnológicos educacionais que promovam a reflexão das necessidades sociais e de saúde da população. Assim, compreende-se que os resultados supracitados são de grande valia, visto que, as categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas com os participantes foram analisadas e atendidas, na medida de possível, em novos recursos e funcionalidades implantados no decorrer e após a finalização do curso, a fim de aperfeiçoar os processos pedagógicos.

4.2 Melhorias adotadas

Com base nos resultados demonstrados na Tabela 2 e Quadro 1, a equipe de desenvolvedores do curso, juntamente com os coordenadores adotaram determinadas melhorias como a “Ferramenta de Pesquisa e Detecção de Similaridades de Textos em Projetos de Intervenção”, que auxilia tutores na busca de plágio². De fato, há preocupações relevantes por parte dos tutores e coordenadores para situações de plágio. Outrossim, considerou-se o uso do banco de dados com cerca de 2.000 TCCs que se encontram armazenados e podem ser utilizados para efeito de comparação com os estudos que estão sendo desenvolvidos pelos alunos.

O processo de elaboração do Projeto de Intervenção é composto pelos seguintes capítulos: Introdução, Resumo, Objetivos, Método, Resultados Esperados e Referências. Estas etapas metodológicas são elaboradas no curso por meio de campos para digitação, separados em banco de dados. Havendo textos similares, a ferramenta mostra o(s) nome do(s) aluno(s), em cada bloco. A partir desse resultado, o tutor compara e analisa os textos recuperados. Ressalta-se que o grupo de tutores analisou a primeira versão da ferramenta, que demonstrou cumprir o papel de melhorar os processos educativos do curso em relação à elaboração do TCC (Figura 7).

² Essa ferramenta foi desenvolvida com base na solução proposta por Flávia Aparecida Oliveira Santos em 2010. Também é o produto, fruto da dissertação de mestrado da autora deste artigo (AKIYAMA, 2019), pela UNIFESP em 2019.

Figura 7 – Tela da ferramenta do PI aprimorada. Detecção de similaridade de textos (à esquerda lista de alunos a serem pesquisados e, à direita, o resultado da pesquisa (similaridades encontradas)

The image shows a web-based interface for text similarity detection. On the left, there is a dropdown menu for the course '51369 - ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF14' and a dropdown for the tutor 'Tutor t1'. Below this is a list of students: ALUNO A1, ALUNO A2, ALUNO A3, ALUNO A4, ALUNO A5, ALUNO A6, ALUNO A7, ALUNO A8, ALUNO A9, and ALUNO A10. A search bar with a 70% similarity threshold and a 'Pesquisar' button is located below the list. On the right, there is a dropdown for 'ALUNO 9' and 'ALUNO 10', a search bar with a 70% similarity threshold, and a 'Pesquisar' button. Below this, the 'Resultado' section shows two entries: 'ALUNA 3' with a 76% similarity and 'ALUNA 9' with an 83.33% similarity. Each entry includes a small icon of two people.

Fonte: Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP. São Paulo, SP, 2018.

5 CONCLUSÕES

Por meio deste estudo foi possível analisar e compreender a percepção dos participantes da 14ª Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UNIFESP frente o uso de tecnologias, bem como subsidiou o desenvolvimento e implantação de soluções e melhorias em determinado processo de ensino e aprendizagem.

Este estudo também ressaltou que a UNIFESP, enquanto participante da Rede UNA-SUS, cumpre seu papel em capacitar expressivo número de profissionais da Atenção Básica com mais de 12 mil matrículas realizadas e nove mil aprovações.

O compromisso atual é desenvolver e implantar novas soluções pedagógicas e tecnológicas em cursos subsequentes à referida oferta. Estar atentos às novidades, cabendo aos profissionais de produção, a tarefa de adequar e inovar os processos educativos. Espera-se assim, que a população seja beneficiada pelos avanços e qualificação da educação permanente dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AKIYAMA, M. S. **Tecnologias digitais de informação e comunicação como facilitadoras dos processos educativos da educação permanente a distância**: Contribuições no Contexto da UNA-SUS/UNIFESP. 2019. 233f. Dissertação (Mestrado Profissional – Ensino em Ciências da Saúde). – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, 2019. Disponível em http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/mest_prod_tesesp.htm. Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Planejando a Próxima Década: Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação.** Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino (MEC/ SASE), 2014. 62 p., p.13. Disponível em http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **SUS: 27 anos Transformando a História da Saúde no Brasil.** 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/35647-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>. Acesso em: 09 mar. 2020.

BRASIL. INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior.** Principais resultados. Brasília: Inep, 2017. Disponível em http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/apresentacao/2016/apresentacao_censo_educacao_superior.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

KENSKI, V. M. **Educação e Tecnologias: O Novo Ritmo da Informação.** 2. ed. Campinas: Papyrus. 2007. 141p

LAPA, A. B. **Introdução à Educação a Distância.** Universidade Federal de Santa Catarina; Licenciatura e Bacharelado em Letras-Libras na Modalidade a Distância. Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: http://libras.ufsc.br/hiperlab/avalibras/moodle/prelogin/adl/fb/logs/Arquivos/textos/intro_ead/Intro_EAD_pdf_.pdf. Acesso em: 29 nov. 2019.

LOUREIRO, M. D. R. *et al.* A Sistematização dos fóruns como Estratégia para Qualificação do Processo de Ensino-Aprendizagem. *In:* Neto, M. B. *et al.*, **Práticas inovadoras da Rede UNA-SUS: tecnologias e estratégias pedagógicas para a promoção da Educação Permanente em Saúde.** Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2018. p.96-113.

OGLOBO, M. **Cuba começa a prover pacotes de dados para internet em celulares.** 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/cuba-comeca-prover-pacotes-de-dados-para-internet-em-celulares-22893106>. Acesso em: 17 fev. 2020.

OLIVEIRA, V. A. O quebra-cabeça da Universidade Aberta do SUS. *In:* GUSMÃO, C.M.G. *et al.* (Org.). **Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS.** Recife: Ed. da Universitária da UFPE. 2014. 347 p. cap. 1, p.11-27.

TARCIA, R. M. L. *et al.* Cenário das pesquisas científicas sobre Educação a Distância na área da Saúde do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. *In:* CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, 23. ed., 2017, Foz do Iguaçu. **Anais...**, Foz do Iguaçu: ABED, 2017. p. 57-76.

UNA-SUS. Página Institucional. **Conheça a UNA-SUS**. 2018a. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso em: 21 mar. 2020.

UNA-SUS. Página Institucional. **UNA-SUS em Números**. 2018b. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/numeros/arouca>. Acesso em: 07 abr. 2020.

UNIFESP. **Sistema de Informações Universitário da UNIFESP**. Sistema informatizado. São Paulo, SP, 2018.

NOTA DOS AUTORES

Ana Cláudia Arguelles dos Reis

Assistente Social
Hospital Santa Marcelina Itaquera
Supervisora Acadêmica de Estágio de Serviço Social EAD (Universidade Cruzeiro do Sul)
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)
Especialista em Cuidados Paliativos (Faculdade Santa Marcelina)
Especialista em Trabalho Social com Famílias (Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas)
<http://lattes.cnpq.br/9313898754331631>

Ana Paula Almeida de Aragão

Assistente Social
Prefeitura Municipal de Guarulhos/SP e São Sebastião/SP
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)
Especialista em Saúde Mental/Serviço Social em Hospital Psiquiátrico (FMUSP)
<http://lattes.cnpq.br/6744699912561151>

Ana Paula Costa

Educadora Física
Professora. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, UNCISAL, Brasil.
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)
Especialização em Educação Física e Esportes para Pessoas com Necessidades Especiais
<http://lattes.cnpq.br/3527337881673850>

Ana Rojas Acosta

Assistente Social
Professora. Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP)
Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais (UNIFESP)
Pós-Doutorados em Políticas Públicas (PUC-SP)
Doutorado em Serviço Social/Formação profissional e Políticas Sociais (PUC-SP)
Mestrado em Serviço Social/Movimentos Sociais (PUC-SP)
<http://lattes.cnpq.br/4761034356311819>

Andréa Perosa Saigh Jurdi

Terapeuta Ocupacional
Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo- campus Baixada Santista
Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)
Pós-doutorado em Estudos da Criança, especialidade Educação Especial (Instituto de Educação da Universidade do Minho – Braga/Portugal).
Doutorado e Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP)
Especialista em Docência na Saúde (UFRGS)
<http://lattes.cnpq.br/4140547211703368>

Andréa Ribeiro da Costa

Enfermeira
Professora. Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP – campus Baixada Santista)
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)
Especialista em Saúde Pública (Universidade Gama Filho)
<http://lattes.cnpq.br/7784701471386641>

Beatriz Jansen Ferreira

Enfermeira

Assessora para a formação de recursos humanos em saúde.

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Pós-doutorado em Ciências da Saúde (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Educação (UNICAMP)

Especialista em Enfermagem do Trabalho

<http://lattes.cnpq.br/2401449110051240>

Carmem Lúcia Brandalise

Assistente Social

Prefeitura Municipal de Santos – SP

Equipe técnica da Seção de Recuperação e Fisioterapia

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus

Baixada Santista)

Especialista em Política Pública (Universidade de Brasília)

<http://lattes.cnpq.br/1977459287536762>

Cintia Kotomi Tanaka

Fonoaudióloga

Professora, preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional do Hospital Municipal e Maternidade Escola Vila Nova

Cachoeirinha

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Preceptoria no SUS (Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês)

Especialista em Motricidade Orofacial (AVM EDUCACIONAL LTDA)

<http://lattes.cnpq.br/3876831382310403>

Cristina Dos Santos Cardoso de Sá

Fisioterapeuta

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado na Universidade de Lisboa (UL, Portugal)

Doutorado e Mestrado em Neurociências e Comportamento (USP)

Especialista em Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores da Saúde (FAIMER Brasil – Universidade Federal de Fortaleza)

Especialista em Fisioterapia Em Neurologia (USP)

<http://lattes.cnpq.br/9259523998158401>

Daianny Seoni de Oliveira

Bibliotecária

Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialista em Tecnologia e Sistemas de Informação (UNISANTA)

<http://lattes.cnpq.br/4811679938448350>

Dan Linetzky Waitzberg

Médico

Professor Associado. Departamento de Gastroenterologia (FMUSP)

Doutorado e Mestrado (USP)

Diretor Presidente do Grupo de Nutrição Humana

<http://lattes.cnpq.br/9620060759784508>

Fernando Sfair Kinker

Terapeuta Ocupacional

Professor Adjunto. Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista

Professor no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pró-reitor Adjunto de graduação (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Ciências Sociais (PUC-SP)

Especialista em Saúde Mental (FIOCRUZ)

<http://lattes.cnpq.br/9428178474782359>

Flávia Liberman Caldas

Terapeuta Ocupacional

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional e no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado em História da Arte e Intervenção Artística (Universidade de Évora, Portugal)

Doutorado em Psicologia Clínica (PUC- SP)

Mestrado em Psicologia Social (PUC-SP)

<http://lattes.cnpq.br/8790313628912498>

Gabriela Pereira da Costa Oliveira

Nutricionista

GANEP Nutrição Humana

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (SBNPE)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/1656539877334357>

Geraldo Cunha Cury

Médico

Professor Titular. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Doutorado em Medicina – Medicina Tropical (UFMG)

Mestrado em Medicina Veterinária / Epidemiologia (UFMG)

Consultoria nas áreas da saúde e educação

<http://lattes.cnpq.br/8549042401745999>

Irani Ferreira da Silva Gerab

Biomédica

Professora Adjunta. Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Doutorado e Mestrado em Ciências Biológicas – Biologia Molecular (UNIFESP)

Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior (FIOCRUZ)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/2808787853025159>

Itamar Magalhães Gonçalves

Médico

Professor Titular. Curso de Medicina da ITPAC- Palmas

Perito Médico-Legista – Secretaria de Segurança Pública do Estado do Tocantins.

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialização em Cirurgia Geral e Urologia (Universidade Federal de Uberlândia)

<http://lattes.cnpq.br/0278546378892209>

Ively Guimarães Abdalla

Psicóloga

Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo – Gerente Administrativo e Controle Interno (Fundação para o Remédio Popular – FURP)

Doutorado e Mestrado em Ciências (UNIFESP)

Mestrado em Educação (UNIP)

Especialista em Avaliação (UnB)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

Membro da Rede Universitas/BR

<http://lattes.cnpq.br/6804029859419078>

Juliana Nunes Fernandes

Enfermeira

Professora. Centro de Educação Profissional Francisco de Assis

Estratégia Saúde da Família e Pronto Atendimento Municipal (Umuarama-PR)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Auditoria em Enfermagem (Universidade Candido Mendes)

<http://lattes.cnpq.br/1962675949446592>

Karina Franco Zihlmann

Psicóloga

Professor Adjunto. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Doutorado e Mestrado em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da USP)

Especialista em Psicologia Hospitalar (HC-FMUSP)

<http://lattes.cnpq.br/8737042226108033>

Kátia do Nascimento Couceiro

Médica

Professora. Universidade do Estado do Amazonas

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical (Fundação de Medicina Tropical-AM)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialização em Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável (AMB)

<http://lattes.cnpq.br/1197046492004791>

Laura Câmara Lima

Psicóloga

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado em Psicodinâmica e psicopatologia do trabalho (CNAM -Paris)

Doutorado em Psicologia Social (École des Hautes Études en Sciences Sociales – Paris)

Mestrado em Diplôme d'Études Avancées (DEA) Psicologia Social (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales – França)

Mestrado em Psicologia Social (Instituto de Psicologia da USP)

Especialista em Dinâmica de Grupo (USP)

<http://lattes.cnpq.br/6277780648747957>

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Terapeuta Ocupacional

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional e Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-Doutorado em Ensino na Saúde (CEDESS – UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Ciências da Psicologia (Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP)

<http://lattes.cnpq.br/3179063226554474>

Márcia Souza Carvalho

Médica

Médica Nutróloga Prefeitura Municipal de Santos – SP – Pronto Socorro Central
Diretora Científica Adjunta da Associação Paulista de Medicina de Santos – SP
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)
Especialista em Nutrologia (Associação Brasileira de Nutrologia)
Especialista em Medicina de Tráfego

<http://lattes.cnpq.br/3629824156972505>

Maria Cecília Sonzogno

Pedagoga

Mestrado e Doutorado em Educação (Psicologia na Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
Professora aposentada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)– Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS)

<http://lattes.cnpq.br/8179958381249653>

Maria Cristina Guimarães Seidel

Administração de Empresas e Gestão em Saúde

Secretária Executiva Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)
Especialista em Gestão em Recursos Humanos (Universidade Ibirapuera)

<http://lattes.cnpq.br/8419344485982773>

Maria Elisabete Salvador

Enfermeira

Professora. Departamento de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Professora no Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia, Gestão e Saúde Ocular (EPM/UNIFESP)
Doutorado e Mestrado em Medicina – Nefrologia (UNIFESP)
Especialista em Residência de Enfermagem (Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia)

<http://lattes.cnpq.br/2940944860729134>

Mariella Vargas Degiovani

Psicóloga

Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde
Coordenadora do serviço de Psicologia da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Paulo (HU-UNIFESP)
Tutora e preceptora da Residência Multiprofissional Hospitalar em Cuidados Intensivos (HU-UNIFESP)
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

<http://lattes.cnpq.br/1373537400598436>

Marlene Sakumoto Akiyama

Processamento de Dados

Servidora Pública. Secretaria de Educação a Distância (UNIFESP)
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)
Especialista em Análise de Sistemas (Faculdades Associadas de São Paulo)

<http://lattes.cnpq.br/1811512199047094>

Michelle de Jesus Pantoja Filgueira

Enfermeira

Professora. Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT)
Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins
Hospital Geral Público de Palmas (TO) – Núcleo de Segurança do Paciente
Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

<http://lattes.cnpq.br/3354329820755952>

Nara Rejane Cruz de Oliveira

Educadora Física

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista,

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Doutorado em Educação (USP)

Mestrado em Educação Física (UNICAMP)

Especialização em Educação Física Escolar (Universidade Estadual de Goiás)

<http://lattes.cnpq.br/5610581984121401>

Natália Cyrillo Wagner

Terapeuta Ocupacional

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III em São Paulo – SP

Centro de Atenção Psicossocial III em Santos – SP

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Aprimoramento em Saúde Mental (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP)

<http://lattes.cnpq.br/2700328910260497>

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Psicóloga

Professora Visitante. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Doutora em Psicologia da Educação (PUCSP)

Mestrado em Educação Comparada (University of Texas/Austin/USA)

Especialista em Avaliação

Pesquisadora da Rede Universitas/BR

Consultora nas áreas de educação e saúde

<http://lattes.cnpq.br/0809341121492385>

Priscilla Regina Cordeiro Terapeuta Ocupacional

Supervisora em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) em São Paulo – SP

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Aperfeiçoamento em Formação de Preceptores para o SUS (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/2833944942312781>

Rita Maria Lino Tarcia

Pedagoga

Professora Adjunta. Departamento de Informática em Saúde (DIS)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Linguística: Semiótica e Linguística Geral (USP – FFLCH)

Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UNASUS/UNIFESP).

<http://lattes.cnpq.br/5091970329164141>

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Terapeuta Ocupacional

Professora Visitante. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP- campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS), Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP-BS) e Pós-Graduação em Enfermagem (UFSCar)

Pós-Doutorado em Ensino na Saúde/UNIFESP Pós-Doutorado na Aplicabilidade da Análise do Comportamento (FAPESP/LAHMIEI/UFSCar) Doutorado e Mestrado em Educação Especial (UFSCar)

Especialista em Programa de Desenvolvimento Docente para as Profissões da Saúde (FAIMER/Universidade Federal do Ceará)

Consultora nas áreas de educação e saúde

<http://lattes.cnpq.br/3333865775403342>

Rosane Barreto Cardoso

Enfermeira

Doutoranda de Enfermagem (UERJ)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Informática em Saúde (UNIFESP)

Especialista em Planejamento, Implementação e Gestão da EAD (Universidade Federal Fluminense)

Especialista em Enfermagem em Cardiologia (UNIFESP)

Especialista em Docência para o Ensino Superior em Enfermagem (Faculdade da Aldeia de Carapicuíba)

Especialista em Gestão em Enfermagem (UNIFESP)

<http://lattes.cnpq.br/9983239645019994>

Rosane Cristine dos Santos

Assistente Social

Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SP

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

<http://lattes.cnpq.br/5123123840428690>

Rosemeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos

Psicóloga

Associação Saúde da Família

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialização em Regulação em Saúde no SUS (Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês)

<http://lattes.cnpq.br/1414454195907488>

Rosilda Mendes

Ciências Biológicas

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Mestrado Profissional em Rede Saúde da Família (PROFSAUDE) e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Pós-doutorado (New Mexico University/EUA)

Doutorado em Saúde Pública (USP)

Mestrado em Educação: História, Política, Sociedade (PUC-SP)

<http://lattes.cnpq.br/3746693286898810>

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Psicologia

Professora. Departamento Saúde, Educação e Sociedade.

Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista

Professora nos Programas de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Ensino em Ciências da Saúde e Interdisciplinar em Ciências do Mar

Livre Docente em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Educação – Psicologia da Educação (PUC-SP)

<http://lattes.cnpq.br/7402359906381953>

FONTES CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR 10520: informação e documentação – citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 24p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/psicoeduc/arquivos/abnt-nbr-6023-referencias.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR 6023: informação e documentação – referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 74p. [atualizada]. Disponível em: <http://www.fkb.br/arquivos/nbr.pdf>.

IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Normas de apresentação tabular I Fundação Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística, Centro de Documentação e Disseminação de Informações. – 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.



Venda Proibida - Distribuição Gratuita