



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA WLÁDIA SILVA DE LIMA

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR
INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

RECIFE – PE

2018

ANA WLÁDIA SILVA DE LIMA

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR
INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciane Soares de Lima.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Wanderley de Lavor Coriolano-Marinus.

RECIFE – PE
2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L732p Lima, Ana Wlândia Silva de.
Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde / Ana Wlândia Silva de Lima. – 2018. 181 f.: il.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Luciane Soares de Lima.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Ensino superior. 2. Relações interprofissionais. 3. Competência profissional. 4. Estratégia de saúde da família. 5. Ensino básico. I. Lima, Luciane Soares de (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2018-278)

ANA WLÁDIA SILVA DE LIMA

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR
INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Aprovada em 31 de julho de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Luciane Soares de Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavacanti (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Fábiana Alexandra Pottes Alves (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Juliana Souza Oliveira (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa (Examinador externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dedico esse trabalho a minha mãe Zuila e a meu pai Marcos (*in memoriam*) que enquanto retirantes intranordestinos entre Ceará e Pernambuco, acreditaram e tiveram a coragem e atitude para mudar a nossa história de vida, vocês conseguiram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Deus, o arquiteto do meu caminho que me guia em todos os momentos da minha eterna existência;

Aos meus pais e irmão Zuila, Marcos e Luiz (*in memorian*), os quais sempre presentes em minha vida e memória, creditaram em meu potencial e apoiaram minha formação enquanto pessoa e profissional;

À minha companheira Ana Cláudia, pelas palavras certas nas horas difíceis, o acolhimento o carinho e a compreensão pelo afastamento necessário nesse caminhar acadêmico; aos meus filhos de quatro patinhas Mel, Luke e Nina companheirinhos fieis sempre ao meu lado drenando o estresse natural desse percurso;

Agradeço a minha cunhada Catiane que com simplicidade e confiança me ajudou a viver esse momento de afastamento com muita tranquilidade

Agradeço em especial a minha sobrinha e afilhada Júlia Maria (Juju) pela compreensão nos momentos necessários de ausência e o carinho amoroso que sempre me conforta;

Sou imensamente grata às amigas/irmãs Zailde pela disponibilidade e parceria de sempre e a Cicilia Ribas que com sua imensa generosidade me mostrou o caminho das pedras da pesquisa intervenção sem o qual esse trabalho aqui não chegaria;

Agradeço a minha orientadora, Profa. Luciane Soares de Lima, pela escuta, disponibilidade e pela confiança em me deixar guiar com autonomia e tranquilidade esse trabalho;

Á minha coorientadora Maria Wanderleya de Lavor Coriolano pelas objetivas e diretas contribuições na escrita do texto e nas correções desta tese;

Ás professoras, Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti, Iracema Frazão e Maria Wanderleya de Lavor, que compuseram a banca de qualificação, pela colaboração e incentivos a melhoria deste trabalho;

Agradeço as colegas de turma Fernanda, Aneide, Rogelia pelas percerias e momentos de diálogo que foram enriquecedores e construtivos nesse processo de formação e em especial a Vita Mongiovi com quem construí uma grata e leve amizade na qual pudemos compartilhar nossas angustias, trocar experiências e minimizar a solidão acadêmica inerente aos anos finais de doutorado;

Aos funcionários administrativos do programa de pós-graduação em Enfermagem por todo suporte as atividades do curso;

Agradeço aos colegas do CAV/UFPE Nathália Paula, Michelle Galindo e Ricardo Neves que embarcaram com estusiamo e compromisso na proposta do Estágio Curricular Interprofissional junto a seus cursos de graduação realizando a tutoria de campo e de núcleo dos alunos na USF do Cajueiro e na Escola Santo Yves;

Às professoras e amigas Mariana Boulitreau e Sarana Pereira pela colaboração e por muitas vezes assumirem de frente as disciplinas que trabalhamos juntas no CAV/UFPE favorecendo minha dedicação a esta pesquisa;

Agradecimento especial aos discentes da graduação que vivenciaram essa experiência nos campos de formação com extrema dedicação, curiosidade, amor, vontade de aprender e fazer o seu melhor, vocês foram á alma e o propósito deste trabalho;

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde da Vitória de Santo Antão e em especial aos profissionais de saúde da ESF e NASF do Cajueiro que enquanto preceptores facilitaram o desenvolvimento das ações na comunidade e no serviço;

Agradeço a Direção da Escola Municipal Santo Yves e a todos os professores e funcionários que direta ou indiretamente contribuíram e participaram dessa proposta e em especial aos alunos da escola pela experiência prazerosa e extremamente significativa para nós que foi atuar “com” a escola;

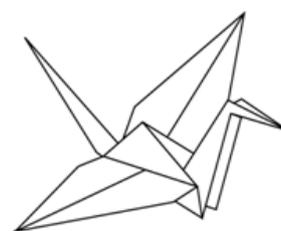
Á Gertrudes Monteiro pela colaboração na formatação e revisão gramatical deste trabalho e pela sincera e acolhedora amizade de todas as horas;

Aos amigos, familiares, colegas de trabalho e alunos pela torcida e felicitações durante e na conclusão desta tese;

Às professoras, Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti, Francisca Márcia Pereira Linhares, Juliana Souza Oliveira, Fábria Alexandra Ponttes e o professor Marcelo Viana, que compuseram a banca de defesa desta tese, pela leitura criteriosa e atenção dedicada às correções e pertinentes sugestões que contribuíram para qualificar este trabalho;

A todos (as) que de alguma forma diretamente ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho;

Sou grata pela oportunidade de aprender com cada um (a) em cada situação vivida, momentos bons e nem tanto, por tudo que tenho e pelo que não tenho, sou grata por estar neste lugar, neste momento e com todas as pessoas com quem vivo (i) as experiências que me tocaram e me tocam nesta vida.



Tsuru (grou demoseille)
Símbolo de Saúde,
Longevidade e
Colaboração em Equipe

“É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une”.

Edgard Morin

RESUMO

O modelo de formação superior dos profissionais de saúde no Brasil acontece hegemonicamente de forma uniprofissional. No mundo, o ensino em saúde passou por reformas saindo de modelos reducionistas para transformadores no qual a Educação Interprofissional (EIP) é reconhecida como potencial na reorientação desse modelo de formação, objetivando desenvolver competências para o trabalho em equipe interprofissional. Objetivou-se analisar o processo de construção, implementação e desdobramentos da proposta do Estágio Curricular Interprofissional (ECIP) dos cursos de graduação em saúde do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE). Estudo qualitativo, desenvolvido por meio da pesquisa-intervenção, envolvendo os cursos de (Bacharelado em Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Saúde Coletiva e Licenciatura em Ciências Biológicas) do CAV/UFPE, em atividades interprofissionais desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família e na escola de ensino básico do bairro do Cajueiro no município da Vitória de Santo Antão – PE. Participaram 28 discentes de graduação e cinco docentes do CAV/UFPE, seis profissionais de saúde e 11 docentes da escola municipal no período de junho de 2016 a junho de 2018. O estudo desenvolveu-se em dois momentos: I. A construção do ECIP; II. A implementação do ECIP nos cenários de prática. Os dados foram produzidos em reuniões, oficinas e grupos focais e apreendidos por meio da observação participante com registro em diário de campo e gravação em dispositivo móvel e analisados à luz do referencial teórico da formação em saúde, da educação interprofissional e dos princípios, domínios e competências do *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC) e metodológico da pesquisa-intervenção e compreensiva da hermenêutica dialética. O ECIP foi construído e implementado com a implicação dos atores envolvidos e a superação de limitações organizacionais e políticas. A experiência do ECIP favoreceu aos discentes o desenvolvimento e a manifestação de conhecimentos, atitudes e habilidades que forjaram competências colaborativas para o trabalho em equipe interprofissional. O ECIP dos cursos de graduação em saúde do CAV/UFPE é possível e promoveu nos discentes o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe interprofissional.

Palavras-chave: Ensino superior. Relações interprofissionais. Competência profissional. Estratégia de saúde da família. Ensino básico

ABSTRACT

The model of higher education of health professionals in Brazil happens hegemony of form is uniprofessional. In the world, teaching in health reform passed out of reductionist models for transformers in which Interprofessional Education (EIP) is recognized as a potential in that reorientation training model, aiming at developing skills for teamwork within the trade. The objective of analyze the process of construction, implementation and developments of the proposal of the Interprofessional Curricular Internship (IPCI) of the undergraduate health courses of the Academic Center of Vitória of the Federal University of Pernambuco (CAV/UFPE). Qualitative study, developed through the intervention research, involving the courses (Bachelor of Nursing, Nutrition, Physical Education, Collective Health and Licentiate in Biological Sciences) of the CAV / UFPE, in inter-professional activities developed in the Family Health Strategy and in the elementary school in the district of Cajueiro in the municipality of Vitória de Santo Antão - PE. Twenty-eight undergraduate students and five CAV / UFPE teachers, six health professionals and 11 municipal school teachers from June 2016 to June 2018 participated in the study. The study was developed in two moments: I. The construction of IPCI; II. The implementation of IPCI in practice scenarios. The data were produced at meetings, workshops and focus groups and were captured through participant observation with field journal recording and recording on mobile device and analyzed in the light of the theoretical reference of health training, inter-professional education and the principles, domains and competences of the Inter-professional Education Collaborative (IPEC) and methodological of research intervention and understanding the dialectical hermeneutics. IPCI was built and implemented with the implication of the actors involved and the overcoming of organizational and political constraints. The experience of the IPCI favored to the students the development and manifestation of knowledge, attitudes and skills that forged collaborative competences for the work in interprofessional team. The IPCI of the CAV / UFPE undergraduate courses in health is possible and promoted in the students the development of collaborative competences for interprofessional teamwork.

Keywords: Higher education. Inter-professional relations. Professional competence. Family health strategy. Basic education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AI – Análise Institucional

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

BI – Bacharelado Interdisciplinar

BM – Banco Mundial

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAIPE – *Centre for the Advancement of Interprofessional Education*

CAV – Centro Acadêmico de Vitória

CCP – Conselho de Coordenação Pedagógica

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CES – Câmara de Educação Superior

CICH – *Canadian Interprofessional Health Collaborative*

CIETIS – Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSP – Conferência Sanitária Pan Americana

DCB – Discente de Ciências Biológicas

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNEB – Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica

DEF – Discente de Educação Física

DEnf – Discente de Enfermagem

DNut – Discente de Nutrição

DSC – Discente de Saúde Coletiva

ECIP – Estágio Curricular Interprofissional

ECO – Estágio Curricular Obrigatório

EIP – Educação Interprofissional

EJA – Educação de jovens e adultos

EPS – Educação Permanente em Saúde

EqDIP – Equipe Discente Interprofissional

eSF – Equipe de Saúde da Família

FAMEMA – Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília

FIES – Fundo Intitucional Estudantil

GF – Grupos Focais

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDA – Integração docente-assistencial

IES – Instituição de Ensino Superior

IPEC – *Interprofessional Education Collaborative*

MEC – Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NDE – Núcleo Docente Estruturante

NIS – Número de identificação social

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PC – Prática Colaborativa

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PE - Pernambuco

PET - Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PI – Pesquisa Intervenção

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNE – Plano Nacional de Educação

PPP - Projeto Político Pedagógico

Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde em União com a Comunidade

PRÓ-Saúde – Programa de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde

PSE –Programa de Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC RS – Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul

ReBETIS – Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional na Saúde

REIP – Rede Regional de Educação Interprofissional das Americas

REUNI – Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SP – São Paulo

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TT – Temas Transversais

UERN – Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UnB – Universidade de Brasília

UNESCO - *United Nation Educational Scientific and Cultural Organization*

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNIFESP – Univesidade Federal de São Paulo

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Noções gerais de competência.....	30
Figura 2 - Princípios e Competências Essenciais – IPEC 2016.....	43
Figura 3 – Momentos da pesquisa-intervenção.....	64
Figura 4- Mapa de Pernambuco por Mesorregiões – Mesorregião da Zona da Mata Centro.....	65
Figura 5 – Mapa territorial USF e NASF – Destacando localização do ECIP – Cajueiro – Vitória de Santo Antão – PE, 2018.....	71
Figura 6 – Composição da Equipe Discente Multiprofissional, Vitória de Santo Antão - PE, 2018.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição da sub competência – Valores e ética para a prática interprofissional – IPEC, 2016.....	43
Quadro 2 – Descrição da sub competência – Papeis e responsabilidade para a prática colaborativa – IPEC, 2016.....	45
Quadro 3 – Descrição da sub competência - Comunicação interprofissional – IPEC, 2016.....	46
Quadro 4 – Descrição da sub competência – Equipe e trabalho em equipe – IPEC, 2016.....	47
Quadro 5 – Semelhanças entre os princípios do SUS com os princípios e competências do CICH e do IPEC, Vitória de Santo Antão (PE), 2018.....	48
Quadro 6-Descrição dos tipos de aula por curso/turno CAV/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.....	67
Quadro 7- Distribuição dos cursos de graduação do CAV segundo características do ECO que acontece no campo da APS e educação básica, Vitória de Santo Antão (PE), 2018.....	68
Quadro 8- Cursos, períodos e designação do tipo de estágio para realização do ECIP. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.....	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	REFERÊNCIAL TEORICO.....	24
2.1	A EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL.....	24
2.2	EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE.....	29
2.3	EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP).....	40
2.3.1	Competências essenciais IPEC.....	44
2.3.2	Princípios da EIP.....	49
2.3.3	A Educação Interprofissional na Região das Américas.....	51
2.3.4	A Educação Interprofissional no Brasil.....	52
3	OBJETIVOS.....	57
3.1	OBJETIVO GERAL	57
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	58
4.1	DEFINIÇÃO DO MÉTODO.....	58
4.1.1	Referencial Metodológico	59
4.1.2	A Pesquisa Intervenção (PI).....	60
4.2	ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DADOS.....	62
4.2.1	Análise da PI.....	62
4.2.2	Análise Hermenêutico-dialética.....	64
4.3	SISTEMATIZAÇÃO DA PESQUISA INTERVENÇÃO.....	65
4.4	CENÁRIOS DA PESQUISA INTERVENÇÃO.....	67
4.4.1	O Município da Vitória de Santo Antão.....	67
4.4.2	O Centro Acadêmico de Vitória (CAV/UFPE).....	67
4.4.2.1	O Estágio Curricular Obrigatório ECO.....	69
4.4.3.1	Os Cenários de Prática do ECIP.....	71
4.4.3.2	A Unidade de Saúde da Família (USF) do Cajueiro.....	72
4.4.3.3	A Escola Santo Yves.....	73
4.5	PARTICIPANTES DA PESQUISA INTERVENÇÃO.....	74
4.6	PERÍODOS DA PESQUISA INTERVENÇÃO.....	75
4.7	PRODUÇÃO DOS DADOS.....	77
4.7.1	Descrição das Técnicas utilizadas.....	78
4.7.1.1	Observação participante.....	78
4.7.1.2	A Foto-filmo-grafia.....	79
4.7.1.3	Grupo Focal.....	80
4.7.1.4	Reuniões e Oficinas.....	81
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	90
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	91

6.1	PRIMEIRO MOMENTO.....	91
6.1.1	Oficina com os docentes do CAV.....	92
6.1.2	Oficina com Profissionais de Saúde.....	96
6.1.3	Oficina com os discentes da graduação.....	99
6.1.4	Oficina com os professores da Escola.....	102
6.1.5	Síntese do Primeiro Momento.....	105
6.2	SEGUNDO MOMENTO.....	107
6.2.1	A implementação e experiência do ECIP.....	107
6.2.2	Síntese do Segundo Momento.....	123
7	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	125
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE A – TCLE – Discentes da graduação CAV/UFPE.....	150
	APÊNDICE B – TCLE – Docentes, Profissionais de Saúde e da Escola.....	152
	APÊNDICE C – Edital de Seleção do PET Saúde Gradua SUS.....	154
	APÊNDICE D – Cronograma das oficinas com professores da Escola Santo Yves.....	160
	APÊNDICE E – Mapa de projetos na escola Santo Yves 2016.2.....	162
	APÊNDICE F – Mapa de projeto na escola Santo Yves 2017.1.....	163
	APÊNDICE G – Roteiro do grupo focal discentes do CAV.....	164
	APÊNDICE H – Questionário Docente CAV.....	165
	APÊNDICE I – Questionário profissionais de Saúde.....	166
	APÊNDICE J – Roteiro de entrevistas do serviço de Educação - Diagnóstico da Escola.....	167
	APÊNDICE K – Experiência do vivido – Imagens fotográficas das ações.....	168
	ANEXO A – Termo Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CCS/UFPE....	179

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da formação superior em saúde surgiu a partir de minha experiência desde 2008 enquanto docente do Centro Acadêmico de Vitória (CAV), campus da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do Curso de Graduação em Enfermagem, onde coordeno e ministro as disciplinas de Estágio Curricular, Enfermagem na Saúde do Homem e Enfermagem na Saúde Coletiva II com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), respectivamente, e das coordenações dos cursos de graduação em Enfermagem em 2012-2013 e da Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde em 2014 do (CAV/UFPE).

A aproximação com o tema da Educação Interprofissional (EIP) partiu da experiência desde 2009 enquanto coordenadora e tutora nos Projetos de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde (PRÓ-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), e mais especificamente no Curso de Especialização em Docência na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2015, no qual os temas da formação profissional para o SUS, da docência na saúde e da EIP foram aprofundados.

Tais experiências me reportaram a minha própria graduação em enfermagem na UFPE em 1997, onde na época fui uma das idealizadoras junto com discentes dos cursos de medicina, nutrição, farmácia e serviço social da “Brigada Estudantil” que atuou no Projeto “Salva Vidas” da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, desenvolvendo investigação de óbitos de menores de um ano em vários municípios de Pernambuco. Essa ação estava vinculada ao Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da UFPE. A Brigada Estudantil funcionou por dois anos com articulações interdisciplinares e prática multiprofissional de educação em saúde e vigilância à saúde nas quais já se vivenciou a rica e marcante experiência de “aprender junto” com outros profissionais em formação.

Essas experiências permitiram perceber que competências e habilidades para a formação autônoma, crítica, reflexiva e colaborativa como “aprender a aprender”, “aprender a fazer”, “aprender a conviver” e “aprender a ser”, os quatro pilares da educação expressos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde desde 2001, ainda encontram-se em processo de implementação nas Instituições de Ensino Superior (IES)

em saúde brasileiras, levando à manutenção do atual modelo de prática profissional, que se expressa, predominantemente, hierarquizado, fragmentado e uniprofissional.

Esta tese originou-se da experiência pessoal e profissional descrita e oportunamente foi construída para o doutoramento no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE de 2014-2018, na linha de pesquisa; Enfermagem e educação em saúde nos diferentes cenários do cuidar, tendo a EIP como objeto de estudo para embasar uma futura proposta institucional do CAV/UFPE.

No momento de construção da tese, intensificando o interesse e a relevância da temática de estudo, em setembro de 2015 foi publicado o Edital Interministerial entre Ministério da Saúde –MS e Ministério da Educação -MEC- PET-Gradua SUS, nº 13. Neste, os projetos deveriam atender temáticas prioritárias, descrita no item 1.2.1 deste, ou seja, “propostas que tragam ações que promovam mudanças curriculares alinhadas às DCN’s para todos os cursos de graduação na área da saúde”. Na ocasião desse edital esta proposta de pesquisa já estava sendo construída e foi integrada ao projeto PET-Gradua SUS do CAV/UFPE para concorrer a este edital, sendo selecionada pelo Ministério da Saúde (MS) para execução no período de 2016-2018. Desse modo, os produtos desta tese vinculam-se à linha temática do PET-Saúde Gradua SUS como proposta institucional do CAV/UFPE.

Sabe-se que o processo de trabalho dos profissionais de saúde acontece nos diversos níveis de complexidade de forma predominantemente individualizada e com pouca interação e compartilhamento entre as diferentes formações. Isto é percebido, mesmo em cenários no qual o processo de trabalho é preconizado para ser realizado em equipe multiprofissional, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como afirmou Albuquerque (2012 p. 231) “[...] na prática o trabalho é desenvolvido por um grupo de trabalhadores de diferentes categorias profissionais e operacionalizado, quase que exclusivamente, de forma individualizada”

A formação destes profissionais de saúde constitui uma das bases explicativas para essa prática profissional individualizada. Isso decorre, porque o modelo de formação é voltado para atender à demanda do mercado, que se projeta em diversos modelos técnicos-assistenciais adotados ao longo do tempo, além dos distintos objetos e instrumentos de trabalho de cada profissão. Esses, tomados como hegemônicos na atenção ao usuário, em

detrimento aos objetos comuns como a humanização do cuidado, a educação em saúde, a clínica ampliada, que compõe o campo de atuação de todos os profissionais de saúde levam à objetivação do sujeito e ao trabalho hierarquizado e individualizado (AYRES, 2001; GOMES et al., 2005).

A identificação de problemas na articulação entre os profissionais da saúde e a busca por mudanças nesse quadro é algo que tem sido realizado, com a participação de trabalhadores, docentes das IES e usuários de saúde. A formação profissional em saúde vem sendo discutida desde a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980. Em 2003 foi criada pelo MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de formular políticas públicas para a reorientação e qualificação de profissionais de saúde, bem como a regulamentação das profissões em saúde.

Nesse cenário acontece a instituição de diretrizes e políticas voltadas à adequação da formação. Entre elas, as DCN's de 2000 a 2004, as diretrizes de qualificação profissional, a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS) em 2004, e o Programa Saúde na Escola (PSE), em 2009, que no eixo III estabelece linhas para a educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

Outras iniciativas que estão voltadas à reorientação da formação superior dos profissionais de saúde instituídas pela SGTES, com a colaboração entre os Ministérios da Saúde e da Educação, vem sendo implementadas como forma de induzir o debate e desenvolver propostas voltadas às mudanças no modelo de formação como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) criado em 2005, e o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) criado em 2009, são exemplos de dispositivos estratégicos para disparar o debate e as ações de reorientação da formação em saúde. Destacam-se nesses programas os princípios da Educação Interprofissional (EIP) para o trabalho em equipe que atendam à realidade complexa das necessidades de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2007; COSTA, 2014a; BORGES, 2015).

Na prática, essas políticas e programas esbarram em modelos institucionais e projetos pedagógicos das IES que mantêm a formação disciplinar, fragmentada e uniprofissional. Esse

modelo de formação dos profissionais de saúde do ensino superior baliza-se, principalmente, na regulamentação das profissões. A profissionalização constituiu-se na demarcação de territórios de competências e atuação dos profissionais, constituindo a reserva de mercado, e está inserida nos currículos de formação profissional. Essa lógica dificulta a comunicação e legitima a disputa e a manutenção hierarquizada de poder, que promove a competição e a fragmentação do cuidado (ELLERY, 2012). Esse é o modelo de formação e prática dos profissionais de saúde em diversos países, estruturado em torno da “normatividade médica”. Modelo que se apresenta atualmente com limitações quanto ao avanço na melhoria dos indicadores de saúde (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014; FRENK et al., 2010).

As transições demográficas e epidemiológicas decorrentes dos avanços tecnológicos do século XX e que influenciaram, significativamente no aumento da longevidade populacional e na redução de agravos transmissíveis nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento, destacando-se nestes últimos, a tripla carga epidemiológica: prevalência e momentos epidêmicos de doenças transmissíveis; doenças crônicas em crescimento exponencial e epidemias de causas externas e violência. Chega-se ao século XXI com necessidades complexas e enormes desigualdades de acesso à saúde e às tecnologias em saúde, conseqüentemente, esse modelo de formação e de prática uniprofissional é questionado (FRENK et al., 2010; PEDUZZI et al., 2013).

Em estudo multicêntrico mundial desenvolvido por uma comissão global independente formada por 20 pesquisadores de diferentes IES de saúde, apoiada pela OMS, afirma-se que a formação superior em saúde no mundo não está alinhada com a urgência e as necessidades da população, e, que o modelo de formação dos profissionais de saúde é predominantemente uniprofissional, fragmentado, focado em ações técnicas e curativas que desconsideram a subjetivação do indivíduo e não atendem às complexas necessidades de saúde, além de promover a manutenção de hierarquias que estratificam, fragmentam e individualizam o processo de trabalho dos profissionais de saúde (FRENK et al., 2010).

Na tentativa de subsidiar as mudanças na formação dos profissionais de saúde no atendimento às demandas complexas e crescentes da sociedade, bem como promover uma melhor equidade no acesso à saúde, a OMS, a OPAS, as universidades e pesquisadores em todo o mundo, subsidiados por diversos estudos e análises da formação em saúde, em nível

global, listaram ações macro, meso e micro políticas necessárias para a mudança no modelo de formação dos profissionais de saúde (FREETH et al., 2005; YAN et al., 2007; WHO, 1998, 2010; FRENK et al., 2010).

Dentre as sugestões de mudanças em nível meso político, o qual envolve o ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, a EIP aparece como estratégica para a readequação do modelo de formação e da educação permanente do profissional de saúde, atendendo às necessidades de saúde da população, e potencializando a eficácia e a integralidade do cuidado em saúde (FREETH et al., 2005; YAN et al., 2007; WHO, 1998, 2010; FRENK et al., 2010)

A EIP é discutida e vivenciada há mais de 30 anos em vários países da Europa, Ásia, Oceania e América do Norte. Associações profissionais e grupos de pesquisa nos Estados Unidos da América (EUA), The American Interprofessional Health Collaborative (AIHC); no Canadá - The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CICH); no Japão - The Japan Association for Interprofessional Education (JAIE); na Austrália e Nova Zelândia - The Australasian Interprofessional Practice and Education Network (AIPEN) vem crescendo e fortalecendo a EIP nesses países e no mundo (ABTH, 2014).

Na última década, as revisões sistemáticas envolvendo a EIP em diversos países descreveram evidências positivas na mudança de perfil dos estudantes de saúde em relação à percepção de atitudes e desenvolvimento de habilidades que forjam competências colaborativas para o trabalho em equipe (COOPER et al., 2005; GOELLEN et al., 2006; HIND et al., 2003; LAPKIN et al., 2013). Entretanto, pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de mais estudos com maior qualidade nas evidências associadas à vivência da EIP (COSTA, 2014a; REEVES, 2016).

Essas pesquisas sobre a efetividade da EIP na mudança do perfil de egressos e na prática profissional vêm contribuindo para a conformação de sistemas e painéis de competências essenciais associadas à experiência da EIP, contribuindo para fundamentar a organização de currículos, na perspectiva da interprofissionalidade nas IES em saúde no Canadá e EUA, como destacou o CICH (2010) sobre seu sistema de competências e o

Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2016) em seu painel de competências essenciais.

O quadro de competências ajudará as agências acreditadoras a incorporar padrões de EIP para todos os elementos do processo de acreditação e articular claramente, para instituições de ensino, os tipos e níveis de evidência necessária que atendam os padrões da EIP CICH (2010, p. 22).

O grupo colaborativo que representa a Odontologia, Enfermagem, Medicina, Medicina Osteopática, Farmácia e Saúde Pública, reuniram um painel de peritos representantes de cada uma das seis profissões integrantes do IPEC para criar as competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa, para guiar o desenvolvimento curricular nas escolas profissionais de saúde IPEC (2016, p. 01).

Contudo, construir e implementar programas e experiências de EIP nas IES demandam intensas e complexas articulações, envolvendo diversos atores e instituições, o que é essencial para o desenvolvimento das ações e a aprendizagem significativa dos discentes (AGUILAR-SILVA, 2011; BATISTA, 2012; NANDAN; SCOTT, 2014; REEVES, 2016).

No Brasil, a implantação da EIP de forma institucional, integrando as diferentes formações em saúde nas disciplinas, teóricas, práticas ou estágios, é incipiente e acontece em algumas IES, porém, sem uma descrição processual de como implantar a EIP nos currículos, aspectos facilitadores e limitações ao seu desenvolvimento e execução (BATISTA, 2012; COSTA, 2013).

Ao considerar que a EIP é uma estratégia de ensino com potencial para a reorientação do modelo de formação na perspectiva do trabalho em equipe e para a eficácia do cuidado integrado em saúde, os organismos internacionais, centro de pesquisas e associações em todo o mundo, recomendam sua inserção nos currículos de graduação em saúde (CICH, 2010; IPEC, 2011; 2016; CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION, 2013; WHO, 2010; FRENK et al., 2010; OPAS, 2017). Assim como, o Plano de Ação e Fortalecimento da EIP no Brasil, no qual a primeira linha de ação, entre cinco linhas, contempla a inserção da EIP nas DCN dos cursos de graduação em saúde; e a homologação pelo CNS da Resolução nº 569 de 12 de dezembro de 2017 na qual aprova o parecer técnico nº 300/2017 que traz “os princípios gerais que devem ser incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde”, no qual a EIP deve ser introduzida

em todos os cursos, objetivando a formação para o trabalho em equipe interprofissional e a integralidade do cuidado centrada nas necessidades dos usuários (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017c).

Diante das premissas e afirmação da inserção da EIP na formação dos profissionais de saúde no Brasil, e da necessidade que as IES e os cursos de graduação em saúde têm em implementar a EIP, justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa, que analisa o processo de construção, implementação e desdobramentos da EIP entre os cursos de graduação em saúde e entre os participantes que a vivenciaram, contribuindo com a temática na perspectiva de ser um referencial para a implementação da EIP nas IES no momento do estágio curricular obrigatório.

Desta forma, supõe-se que existam possibilidade e viabilidade de inserir a EIP no estágio curricular obrigatório dos cursos de graduação em saúde com repercussões na percepção de atitudes e no desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe entre os discentes que a vivenciam.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL

A educação superior no Brasil surgiu no século XIX atrelada às disputas de poder e a hegemonia ideológica ligada às elites portuguesas e à igreja católica. Ao longo dos séculos liberais e conservadores, viam no ensino superior o potencial de concentração de poder que a formação universitária poderia promover, dependendo do modelo de formação que estabeleceria tendo como referências intelectuais a Universidade de Coimbra e a Universidade Napoleônica Francesa (OLIVEN, 2002; TEIXEIRA, 1989).

A primeira universidade oficialmente reconhecida data de 1920, a Universidade do Rio de Janeiro, à época este estado figurava como capital do país e necessitava formar profissionais para comandar os interesses do Estado. A partir deste momento surge leis que regulamentam a criação de instituições de ensino superior no país (ANTUNES et al., 2010; OLIVEN, 2002). Universidade do Rio de Janeiro reunia diversos cursos profissionalizantes;

tais como: Direito e Medicina, que na época apesar de profissionalizantes eram considerados como cursos superiores. O modelo de desenvolvimento do conhecimento era segmentado e centrado na autonomia dos professores que construía e constituía cátedras vitalícias com elevado poder institucional, era mais voltado ao ensino que a pesquisa (ANTUNES et al., 2010; OLIVEN, 2002).

Em 1931 o então presidente Getúlio Vargas, cria o Ministério da Educação e Saúde, onde é aprovado o Estatuto das Universidades no qual passam a ser oficiais, devendo incluir os cursos de Direito, Medicina, Engenharia, Educação, Ciências e Letras. Esse estatuto vigorou até 1961 (OLIVEN, 2002).

A partir desse contexto e, com a evolução econômica do país, a disputa pelo centro do poder passou a mobilizar a construção de universidades no país, surge nesse período a Universidade do distrito federal criada por Anísio Texeira que quatro anos depois é extinta pelo decreto presidencial em decorrência de disputas político ideológicas, sendo seus cursos transferidos para a Universidade do Brasil, a antiga Universidade do Rio de Janeiro. Em 1934 em São Paulo é criada a Universidade de São Paulo com alto padrão acadêmico-científico o objetivo de fortalecer o polo cafeeiro. Primeira Universidade criada pelo governo estadual e não vinculada ao regime federal, a USP foi um divisor de águas e tornou-se a universidade mais importante cientificamente no país. A igreja católica, também objetivando manter quadros de alto padrão de formação sob sua concepção de ensino subordinada a igreja e independente do estado constituiu em 1946 a primeira Universidade Católica do país (TEIXEIRA, 1989; OLIVEN, 2002).

Focadas nas cátedras e no ensino profissionalizante que assegurasse a produção de mão de obra para o mercado, parâmetros do modelo de ensino, a universidade brasileira viveu sob essa concepção por muitas décadas. A partir de 1965 é que ocorre a abertura da universidade onde o conhecimento passou a extravasar seus muros e promover o desenvolvimento de centros populares para educação, cultura e alfabetização de adultos, tendo como um de seus maiores expoentes o educador Paulo Freire, indo de encontro ao projeto de ensino elitista tornando a universidade mais social e democrática (FURUSATO, 2008; OLIVEN, 2002).

A normatização do ensino superior no Brasil iniciou-se com a criação do Conselho Federal de Educação (CFE) que foi instituído pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1961. Antes a educação superior era normatizada por decretos federais. Até 1964 foram criadas 22 Universidades Federais essa expansão bem como a centralização administrativa das Universidades no Ministério da Educação, a não inserção de diplomados no mercado de trabalho e o crescimento do movimento estudantil, levou ao que ficou conhecido como a crise universitária ocasionando a reforma universitária de 1968 em pleno regime militar (ANTUNES et al., 2010; OLIVEN, 2002).

A reforma universitária instituída pela lei 5.540 em 28 de novembro de 1968 promoveu intensas modificações na organização e funcionamento do ensino superior no Brasil que ainda permanecem nos dias de hoje. As modificações propostas foram escritas por um grupo de trabalho formado por 10 membros indicados pelo MEC. Houve consulta aos docentes das instituições de ensino, entretanto, as propostas não foram discutidas abertamente com a população, professores e estudantes (ANTUNES et al., 2010; TEIXEIRA, 1989; OLIVEN, 2002).

A reforma teve uma concepção tecnicista e buscou racionalizar a estrutura universitária com vistas a enxugar os custos. Foram extintas as cátedras sendo substituídas pelos departamentos com alternância de chefias, instituiu a dedicação exclusiva e o regime integral para os docentes incentivando a produção científica, o que permitiu a criação da pós-graduação, dividiu o currículo em ciclo básico e profissional e introduziu a disciplinarização dos conteúdos e a adoção do sistema de créditos (ANTUNES et al., 2010; OLIVEN, 2002).

Foi com a lei 5.540 de 1968 que se estabeleceram os cursos tecnológicos de curta duração para atender as necessidades imediatas do mercado. Em relação às normatizações para o ensino superior foi atribuído ao Conselho Federal de Educação responsabilidades como a fixação do currículo mínimo dos cursos e sua duração, interferir diretamente nas diretrizes e bases da educação nacional por meio de interpretação das leis que a fixam, realizar reconhecimento, autorização de funcionamento e suspensão de cursos, nomear reitores e diretores da IES (ANTUNES et al., 2010; TEIXEIRA, 1989).

Em tese a reforma universitária de 1968 segundo a literatura, teve dois princípios: o controle político das universidades brasileiras e atender as demandas de mão de obra para o mercado de trabalho, um modelo inspirado nas instituições de ensino norte americanas. Foi neste período que iniciou-se a expansão das matrículas no ensino superior principalmente no setor privado no qual registra-se de 1968 a 1973 um crescimento de 300% nas matrículas com a abertura de diversas universidades isoladas, sendo apontada como estratégica pelo governo militar para dificultar a mobilização política e a agregação do movimento estudantil e o crescimento da subversão dos professores presente nas IES públicas (ANTUNES et al., 2010; TEIXEIRA, 1989; OLIVEN, 2002).

A reforma universitária de 1968 foi um acontecimento marcante no sistema educacional brasileiro devido às mudanças significativas no modelo de formação e na organização das IES de forma brusca e imperativa que até os dias atuais permanecem não apenas a nível cartorial, mas principalmente na cultura conservadora e autoritária do ensino superior brasileiro.

A fragmentação do conhecimento em áreas, departamentos, disciplinas, matrizes curriculares, vivenciadas no ensino superior brasileiro são barreiras ao conhecimento interdisciplinar. A separação entre ciências e humanidades ocasionada pelo progresso da pesquisa científica no século XIX, levou ao enfraquecimento da percepção integral do ser humano e fortaleceu a organização disciplinar e a fragmentação dos saberes (FURUSATO, 2008; MORIN, 2007).

O movimento de redemocratização com vistas à abertura política iniciado na década de 1980 culminando com a constituição de 1988, trouxe mudanças que promoveram maior flexibilidade na organização e na autonomia universitária. Grupos opositores entre os que defendem a educação pública e os que defendem a privatização se fizeram presentes nesse processo buscando garantir seus interesses. Em 1980, a maioria das matrículas no ensino superior (86%) foi em IES privadas nas quais o foco era o ensino para atender a demanda do mercado de trabalho. A pesquisa, no entanto não era por este setor priorizado e sim pelas IES públicas o que levou ao desenvolvimento da pós-graduação e a qualificação do ensino superior nas instituições públicas (ANTUNES et al., 2010; OLIVEN, 2002).

A constituição de 1988 assegurou a gratuidade do ensino público e estabeleceu um percentual mínimo de 18% das receitas da união para a educação. Entretanto, a expansão do setor privado continuou crescente e vertiginoso (ANTUNES et al., 2010; OLIVEN, 2002). Na década de 1990 houve avanços efetivos no ensino superior brasileiro por meio da proposta de integração de ensino, pesquisa e extensão, bem como a valorização docente e a discussão de modelos de formação que buscavam integrar os conhecimentos.

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 9.394 em 1996 que revogou a lei 5.540 de 1968, o ensino superior passou a ser mais homogêneo em termos de modelo de formação, princípios e objetivos, as IES passaram a ser avaliadas quanto a seu desempenho e dos estudantes com vistas ao seu credenciamento e reconhecimento (BRASIL, 1996; OLIVEN, 2002).

Desde a década de 1990 e continuada na década de 2000, o ensino superior brasileiro manteve sua expansão pela via privada buscando atingir a meta do Plano Nacional de Educação (PNE) de 2000, de até 2010 aumentar em 30% o número de jovens na faixa etária de 18 a 24 anos matriculados no ensino superior sendo essa opção atrelada as políticas neoliberais do Banco Mundial (BM) como uma alternativa rápida para o crescimento das matrículas no ensino superior (BARROS, 2015). Amplamente criticada por diversos teóricos da educação uma vez que recomendavam que esse investimento fosse destinado as instituições públicas onde o compromisso com a pesquisa e a extensão garante o ensino de qualidade diferente do que acontece nas instituições privadas (MANCEBO, 2004; CATANI, HEY, GILIOLI, 2006; ZAGO, 2006). É o que Barros (2015, p.11) chama de “democratização do ensino superior às avessas”.

As iniciativas como o programa de Financiamento Estudantil (FIES), Programa Universidade Para Todos (ProUni) estabelecido pelo decreto Nº 6.096 de 24 de abril de 2007, buscaram ofertar o ensino superior nas IES privadas e garantir a permanência até o final do curso de graduação, de jovens de baixa renda e trabalhadores e estes últimos, principalmente, em cursos noturnos, amplamente ofertados na rede privada. Outra importante iniciativa foi a reestruturação e a expansão das universidades federais, no período de 2003 a 2010, 14 instituições federais foram criadas em vários estados brasileiros e 533 aderiram ao programa de apoio à Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) criado em 2007

que além da expansão promoveu a interiorização do ensino superior para 237 municípios ao final de 2011 (BRASIL, 2011; BARROS, 2015).

O segundo PNE estabelecido para o decênio de 2014 a 2024, estabelecido pela Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014, levou dois anos e meio de tramitação desde 2011 na câmara dos deputados e no senado, por isso sua implementação ocorreu em 2014. Estabelece 20 metas que objetivaram em linhas gerais ampliar o acesso à educação em todos os níveis. Traz como metas principais a erradicação do analfabetismo, universalização do ensino básico, aumentar o número de vagas no ensino superior elevando a taxa líquida de matrículas em 33% na faixa etária de 18 a 24 anos e elevar o número de matriculados em nível de pós-graduação. Uma das metas objetivando melhorar a qualidade do ensino é ampliar a proporção de mestres e doutores em pleno exercício, sendo em 75% de mestres e em 35% de doutores com o financiamento de 10% do PIB para a educação, um avanço significativo no ensino superior do país (BRASIL, 2014b) ‘

2.2 A EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE

No início do século XX, em conformidade com o paradigma cartesiano, onde prevalecia à ideia de divisão das partes para a análise objetiva da “realidade”, e liderada pelo relatório do médico americano Abraham Flexner, na primeira reforma do ensino superior de saúde, a ciência foi introduzida significativamente nos currículos solidificando a separação das disciplinas. A formação científica tornou-se então hegemônica nos EUA, Canadá e América Latina (FRENK et al., 2010; MORAES, 2004).

Um modelo de formação fragmentado e uniprofissional que se organiza por disciplinas e conteúdos baseados na “racionalidade biomédica, biológica e anatomopatológica da saúde-doença”, no qual o processo de ensino-aprendizagem centra-se no conhecimento do professor, baseando-se na transmissão do conhecimento e habilidades que acontecem preponderantemente, em laboratórios de ensino e no ambiente hospitalar. Um modelo que conduz a não preocupação com o que não lhe “compete” e à indiferença social (MORIN, 2007; FRENK et al., 2010; PEDUZZI et al., 2013). O qual se reproduz na prática profissional, na qual se observa uma atuação reducionista, objetivando-se os sujeitos, e estes não são

considerados na sua integralidade e nem como agentes do processo de ensino-aprendizagem do cuidado (AYRES, 2001; MORAES, 2004).

É um modelo que se apresenta com limitações, pois não atende às crescentes necessidades complexas da população, e sim às demandas de mercado. O cuidado à saúde é centrado no profissional médico, atuando como ordenador da assistência referenciando os usuários na rede de saúde, nos procedimentos e na sua medicalização, levando a um maior consumo de materiais e insumos médico-hospitalares (FRENK et al., 2010; GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).

A literatura descreve três gerações de reformas no modelo de ensino superior de saúde no mundo. A primeira aconteceu no início do século XX, em decorrência do desenvolvimento tecnológico, com a ciência sendo significativamente introduzida nos currículos. A segunda geração ocorreu em meados do século XX, onde as mudanças se deram no campo pedagógico com as metodologias ativas e a aprendizagem baseada em problemas (FRENK et al., 2010).

A terceira geração de reformas, emergente do século XXI, baseia-se na necessidade de interação entre o sistema educacional e o sistema de saúde, sendo denominada de abordagem sistêmica, que encontra base também no pensamento de Edgar Morin (2007), como um componente da teoria da complexidade, segundo esse autor a teoria sistêmica busca compreender um fenômeno a partir da compreensão das partes que compõem o todo e deste para compreender as partes, unindo os saberes fragmentados (MORIN, 2007; FRENK et al., 2010).

Esta nova geração de reformas propõe um modelo de formação profissional focado nas necessidades da população, no qual o processo de ensino-aprendizagem desenvolva competências para o raciocínio crítico, a conduta ética e a racionalização com a qualidade no cuidado. Nesta, o modelo de formação baseado em competências e a EIP são dispositivos significativos que trazem a expectativa de romper com os silos profissionais, ativando a prática interprofissional colaborativa, a interdependência e a transversalidade do diálogo fundamental para o trabalho em equipe (FRENK et al., 2010; COSTA, 2014).

A discussão de competências, entretanto, não é recente e surgiu no interior do mundo do trabalho, a literatura relata forte vinculação desde 1920 entre a revolução industrial e a formação profissional (ROCHA, 2014). Contudo, é a partir de 1950 com a teoria behaviorista que intensificam-se as discussões sobre competências baseadas na teoria comportamentalista dando início as reformas curriculares (ROCHA, 2014; ZARIFIAN 2003).

É necessário neste momento compreender como os teóricos conceituam o que é competência. A raiz etmológica da palavra vem do latim *competere* – *com* (junto) e *petere* (disputar, procurar, inquirir, convergir) remetendo desta forma à concepção de batalhas e disputas por território, à ideia de justiça, de estar preparado para as disputas e de atuação coletiva com um mesmo fim (LOIOLA, 2013; ROCHA, 2014).

Desta forma compreende-se que a definição de competência não é algo encerrado, e por ser um termo polissêmico a literatura traz que o mesmo precisa ser contextualizado e revisto de acordo com seus diferentes sentidos (FLEURY, 2001; ROCHA, 2014). Assim parte-se de definições contidas nos dicionários: no dicionário Aurélio encontra-se três definições para competência; 1. Faculdade concedida por lei a um funcionário, juiz ou tribunal para apreciar e julgar certos pleitos ou questões; 2. Qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade; 3. Oposição, conflito, luta (FERREIRA, 2001). O Dicionário Larousse também associa sua definição ao direito e traz as palavras aptidão e habilidade como sinônimos de competência. Neste, competência decorre do conhecimento que se tem e que capacita o indivíduo sobre um assunto. É a soma de conhecimentos ou habilidades (LARROUSE, 2007).

Moura¹ (2005, p 66) *apud* Loiola (2013, p.02) levantou diferentes conceitos de competência na literatura como pode ser identificado na figura 4. Os conceitos confluem para uma concepção individualista e voltada para situações comportamentais, corroborando com a concepção behaviorista que permaneceu forte até os anos 1980 (ROCHA, 2014). O conhecimento e o saber estão presentes na maioria dos conceitos e alguns remetem para a mobilização dos conhecimentos, habilidades e atitudes para a resolução de problemas,

¹ MOURA, Gerson Araujo de. A hominização da linguagem do professor de LE: da prática funcional à práxis comunicacional. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília. Departamento de línguas estrangeiras e tradução, 2005.

concepções que buscam superar as teorias comportamentalistas (FLEURY, 2001; LOIOLA, 2013).

Autor	Compreensão do Termo Competência
Levy-Leboyer, 1996 (op. Cit, p. 36).	“(…) repertórios de comportamentos [que tornam as pessoas eficazes] em uma determinada ação”.
Ollagnier 2004 (p.10)	“(…) a capacidade de produzir uma conduta em um determinado domínio”.
Zarifian, 2001 (p.68)	“(…) o “tomar iniciativa” e o “assumir responsabilidade do indivíduo” diante de situações profissionais com as quais se depara.
Allal, 2004 (apud Ollignier, 2004, p.15; 83).	“(…) organização dos saberes em um sistema funcional”. (...) suas principais dimensões são: a rede dos componentes cognitivos, afetivos, sociais e sensorio motores, bem como sua aplicação a um grupo de situações e a orientação para uma determinada finalidade”. “(...) uma rede integrada e funcional constituída por componentes cognitivos, afetivos, sociais, sensorio-motores, capaz de ser mobilizada em ações finalizadas diante de uma família de situações”.
Gillet, 1991 (op. Cit, p. 36).	“(…) sistema de conhecimentos, conceituais e procedimentais, organizados em esquemas operatórios, que permitem, em função de uma família de situações, identificar uma tarefa-problema e resolvê-la por meio de uma ação eficaz”.
Toupin, 1995 (op. Cit, p. 36).	“(…) a capacidade de selecionar e agrupar, em um todo aplicável a uma situação, os saberes, as habilidades e as atitudes”.
Perrenoud, 2004 (op. Cit, p. 153).	“(…) a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, etc) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”.
Tardiff, 1994 (op. Cit, p. 36).	“(…) um sistema de conhecimentos, declarativos [...], condicionais [...] e procedimentais [...]organizados em esquemas operatórios” que permitem a solução de problemas”.

Figura 1. Noções gerais de competência. Fonte: Moura (2005) *apud* Loiola (2013 p 03).

A competência é desta forma pensada como uma característica subjacente à pessoa decorrente de um conjunto de capacidades humanas (conhecimentos, habilidades e atitudes) que são acumuladas ao longo da história de vida, da formação e da experiência profissional. Outra característica presente nos conceitos é o desenvolvimento de competências de acordo com os cargos e profissões, o que levou a fundamentar a regulamentação das profissões e a construir a qualificação profissional classificada por meio do sistema educacional (FLEURY, 2001; LOIOLA, 2013).

O conceito com o passar dos anos foi sendo ressignificado uma vez que as capacidades humanas podem ser desenvolvidas por meio das oportunidades de experiência e o desenvolvimento de competências voltadas para o cargo ou função, limita a atuação e não atende as demandas complexas e mutáveis da população em um mundo globalizado (FLEURY, 2001, ZARIFIAN, 2003).

Desta forma e atrelado ao contexto do século XXI, tornou-se imperativo ampliar as competências e seu desenvolvimento para atender as necessidades complexas. Segundo Zarifian², (1999) *apud* Fleury, (2001, p. 04) correram três mutações no mundo do trabalho nas últimas décadas que justificaram o modelo de competências:

A noção de incidente, imprevisto, não programado, não protocolado. O profissional precisa estar sempre mobilizando recursos para resolver as novas demandas/situações de trabalho. A Comunicação – comunicar implica compreender o outro e a si mesmo. Significa entrar em acordo sobre objetivos organizacionais, partilhar normas comuns para sua gestão. O Serviço – A noção de serviço/servir/de atender a um cliente externo ou interno. Fleury (2001 p.04).

A competência desta forma é compreendida para além da qualificação, que habilita o profissional com competências, mas que não garante que esse seja competente em determinada atividade ou função. Para ser competente é necessário segundo Fleury (2001 p 05), “saber-agir, ter capacidade de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto pessoal e profissional determinado... agregando valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

O desenvolvimento das competências de forma a tornar o indivíduo competente, exige a aprendizagem que na concepção da literatura é um processo complexo a nível neural e está

² ZARIFIAN, P. *Objectif compétence*. Paris: Laisons, 1999.

associado à construção de memórias emocionais vivenciadas e experimentadas, que o tocam em seu processo de aprender na vida e na profissão. O poder simbólico da aprendizagem parece ser significativo no qual as competências são desenvolvidas no indivíduo de dentro para fora podendo ou não ser evidenciada de forma comportamental (FLEURY, 2001; ZAFIRIAN, 1998, 2003; BONDÍÁ, 2002).

Desta forma a aprendizagem que leva ao desenvolvimento da competência é compreendida em um processo amplo e cognitivo que envolve os aspectos objetivos e comportamentais como também os subjetivos que consideram as crenças e percepções dos indivíduos e que influenciam em seu processo de apreender à realidade. Compreende-se assim que o desenvolvimento de competência é processual, relacional, simbólica e experiencial (FLEURY, 2001; BONDÍÁ, 2002; FREIRE, 2004).

Na década de 1990, o relatório da Comissão Internacional sobre a educação para o século XXI encomendado pela UNESCO – ou como é conhecido, relatório Delors, elaborado em 1996, onde os especialistas formularam orientações para a educação mundial, sendo amplamente recomendado para atender à formação por competência. Nesse sentido, seguindo as demandas do mundo do trabalho para este século, recomenda-se o comprometimento do indivíduo atribuindo-lhe responsabilidades sobre os problemas do planeta (UNESCO, 2010).

Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de competências plásticas e auto formativas como aprender a conhecer, aprender a conviver, indispensáveis segundo o relatório para a adaptação dos sujeitos à sociedade mutante; aprender a fazer, habilidade de lidar com as mais diferentes situações e pessoas contando com a imprevisibilidade do viver (UNESCO, 2010).

Essas orientações do relatório Delors, vêm sendo introduzidas como pilares da educação nos planos, bases nacionais, resoluções e diretrizes da educação básica e superior em todo o mundo. Conhecidos como os quatro pilares da educação: Aprender a conhecer; Aprender a fazer; Aprender a conviver; Aprender a ser, enquanto premissas à educação para a vida e para toda a vida, em constante modificação onde o indivíduo deve aperfeiçoar-se,

enquanto ser inacabado com responsabilidade de buscar o conhecimento e a transformação social (DELORS, 2010; FREIRE, 2009).

Para tal faz-se necessário à reorientação de modelos de formação que desenvolva além das competências específicas de cada formação, necessárias a atuação especializada, o desenvolvimento de competências comuns e competências colaborativas pensando em um profissional conectado com o contexto local e mundial reconhecendo suas complexidades com uma visão crítica e ampliada da vida e do viver (MORIN, 2007).

No contexto brasileiro, na década de 1980 com o Movimento da Reforma Sanitária, emergiu o debate acerca do conceito ampliado da saúde, não apenas como ausência de doença, mas como resultante de uma totalidade de fatores condicionantes, o que reforça a necessidade de mudança no modelo assistencial vigente, que é centrado na doença, na cura, nos procedimentos e na medicalização focando o desenvolvimento das competências específicas para o modelo da integralidade do cuidado, que disparou também a discussão sobre as competências profissionais, propostas e discutidas em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde onde nasce à proposta para a criação de um modelo da saúde descentralizado, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; PAIM, 2009).

Em 1988 a Constituição Federal instituiu então o SUS e traz no artigo 196, “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Em 1990 este é regulamentado pela lei nº 8.080 que traz como princípios; a universalização da saúde a todos os cidadãos, a equidade no acesso e a integralidade da atenção em todos os níveis de complexidade e os fundamentos para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Um modelo único de atenção à saúde, descentralizado, regionalizado e hierarquizado em todo o território nacional (PAIM, 2009). Ainda no Art. 200 § III da Constituição Federal diz que cabe ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 2017c).

Dessa forma e para atender ao novo modelo de atenção à saúde a discussão sobre a formação do profissional de saúde que atenda a este novo paradigma se amplia. Estudos demonstram que a formação profissional baseada no modelo biológico e especializado, tornou-se ineficiente à crescente complexidade das necessidades de atenção à saúde e de

cuidados integrais demandados pela população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, FRENK et al., 2010; PEDUZZI et al., 2013).

No contexto da gestão global em saúde, com objetivo da reorientação do modelo assistencial e das práticas em saúde, a OPAS/OMS em 1994, propõem a implantação de políticas e programas para ampliar a APS nos diversos países buscando melhorar indicadores de saúde e de vida da população mundial. No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde ampliou a APS por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por uma equipe de Saúde da Família (eSF) com médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, e agentes comunitários de saúde (CONILL, 2008)

Em 2011 com a instituição de uma nova edição da Política Nacional da Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pode ser composto por: psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo e outros profissionais conforme a necessidade local possibilitou um novo arranjo no processo de trabalho, em equipe multiprofissional (CONILL, 2008; ANDRADE et al., 2012).

Entretanto, a literatura destaca que o trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde não se realiza de forma colaborativa, os profissionais atuam de forma isolada onde a atuação conjunta de diferentes profissionais nem sempre se constitui em trabalho em equipe (ALVES, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; ALBUQUERQUE, 2012; GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).

Em resposta às demandas complexas de cuidado em saúde e frente à inadequação da formação profissional, na década de 1990 a 2000 ampliam-se os esforços para a implementação de políticas indutoras para a reorientação da formação dos profissionais de saúde. Organismos fortemente engajados como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e projetos propostos pela OPAS/OMS que buscaram intensificar a integração entre ensino-serviço como a Rede IDA - Integração Docente-Assistencial desde 1973 e, em 1990 o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde.

Na América Latina 23 projetos UNI foram implantados, destes seis foram no Brasil, envolvendo 103 cursos de graduação e 23 universidades nas cidades de Natal, Salvador, Londrina, Botucatu, Brasília e Marília. Ambos os projetos centraram esforços na atenção integral e no ensino multiprofissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; PEDUZZI et al., 2013).

Indo ao encontro da corrente pedagógica mundial que destaca a necessidade de uma terceira geração de reformas no ensino para a formação de profissionais para um novo século (FRETH et al., 2010), e tensionado pelas organizações sociais da saúde e instituições formadoras, os projetos executados a exemplo da Rede IDA e dos Projetos UNI, o Conselho Nacional de Educação (CNE), após intensas e ampliadas discussões, publica entre 2000-2004 resoluções definindo Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em substituição aos currículos mínimos. As DCN's passam então a definir o perfil, os princípios, fundamentos, conteúdos, competências e habilidades para a formação dos profissionais do ensino superior no país (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; FERNANDES et al., 2005).

De forma geral as DCN's dos cursos da área de saúde concretizaram no âmbito legal a mudança ansiada na formação superior no Brasil. Os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) devem tecer a formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, contextualizada aos problemas e necessidades da população de sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-social dos determinantes de saúde e doença e focar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2001b).

As DCN's afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar: o sistema de saúde vigente no país, o SUS; o trabalho em equipe multiprofissional e a atenção integral à saúde e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2001b). As mudanças propostas nas DCN's tornam-se substrato para o processo de trabalho docente nas IES, colocando a formação superior em saúde na direção da autonomia do sujeito, uma formação mais participativa, solidária e colaborativa, comprometida com a integralidade do cuidado como política de formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; FREIRE, 2004; FERNANDES et al., 2005).

Assim, as principais tendências de transformações educacionais foram:

[...] a desospitalização do processo ensino-aprendizagem; a aprendizagem baseada em problemas e evidências; a aprendizagem direcionada para a aquisição de competências cognitivas e tecnológicas em prevalência à apreensão de aptidões específicas; a adoção da transdisciplinaridade; a incorporação da avaliação econômica e da bioética nos currículos; e o estímulo à investigação (BRASIL, 2001b).

E, em conformidade com o relatório Delors, o CNE conforme o parecer nº 1.133/2001 estabelece o modelo de competências presente nos objetivos das DCN's para todos os cursos de saúde:

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001b, p. 4).

Estabelece-se para a formação de profissionais críticos, reflexivos, com compromisso político e capaz de enfrentar os problemas complexos que apresentam-se na sociedade e, mais especificamente, na área da saúde, utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitem autonomia aos estudantes para ocupar o lugar de sujeitos de mudança, condizentes com a aprendizagem transformadora, proposta da terceira geração de reformas do ensino dos profissionais de saúde (FERNANDES et al., 2004; FREIRE, 2004; FRENK et al., 2010; ROSITO, 2012).

Enfim, uma ampla modificação nos modelos políticos e pedagógicos para a adequação da formação, ampliada e para além do curso em si, vislumbrando um profissional cidadão, que consiga perceber os problemas globais e complexos da humanidade, sustentado no que preconizou Morin (2007), a educação deve proporcionar e desenvolver a mente para formular e resolver problemas, não deixando a curiosidade se extinguir ao longo da formação.

Avançar na mudança estrutural e na “reforma do pensamento” fragmentado e positivista ainda hegemônico nos projetos pedagógicos de formação dos profissionais de saúde e no fazer docente, é um caminho a ser trilhado na busca por um profissional mais humanizado e implicado com as reais necessidades de saúde da população, com competências

para a pesquisa, tomada de decisão e trabalho em equipe em uma relação dialógica com os usuários e os membros da equipe (MORIN, 2007; FRENK et al., 2010; BATISTA, 2012).

As reformas curriculares com base nas DCN's, o ensino por competência desenvolvendo a capacidade de mobilizar conhecimento (saberes), habilidades (saber-fazer) e atitudes (qualidades pessoais e recursos emocionais) para resolução de problemas no contexto real, e ainda a integração ensino-serviço, a diversificação dos campos de prática, o ensino contextualizado e problematizador e a interdisciplinaridade, foram obrigatoriamente inseridas nos PPC dos cursos de graduação. Entretanto, na maioria das instituições de ensino há dificuldades para sua efetivação na atuação pedagógica dos docentes e nos cenários de prática devido à histórica e hegemônica cultura da formação uniprofissional, especializada e conteudista, e às barreiras estruturais e organizacionais das IES (BATISTA 2012; COSTA 2016; ROCHA, 2014).

A resistência a essas mudanças se faz presente e os estudos demonstram que dentro das diferentes categorias profissionais ainda predomina a tendência em satisfazer suas aspirações e manter sua autonomia fortalecendo suas competências específicas. A manutenção da hierarquização e do *status* profissional ainda é muito forte nas três dimensões, a macro política que envolve a dimensão da gestão governamental das políticas públicas, nas diretrizes educacionais; a dimensão meso política, à nível das instituições de ensino envolvendo as matrizes curriculares e os PPC e nas gestões locais de saúde e educação e a nível micro político envolvendo o processo de trabalho nos espaços de atuação dos profissionais da educação e da saúde. (FREETH et al., 2005; D'AMOUR et al., 2008; FRENK et al., 2010; WHO, 2010).

A DCN de cada curso de saúde contempla uma diretriz geral que é comum em todas as DCN's; as competências específicas da profissão e as competências comuns a todos os profissionais de saúde, exemplificado neste trecho presente nas diretrizes dos cursos de Bacharelado em Enfermagem e de Nutrição, nas quais estabelecem-se para a formação destes profissionais:

Atender às necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, o trabalho em equipe, com ênfase no SUS. Assegurar a integralidade da

atenção e a qualidade e humanização do atendimento [...] (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2001d).

Nesse sentido, desde o início do século XXI as DCN's já orientavam para uma formação por competências, interdisciplinar em termos de objetivos, finalidades e para o trabalho multiprofissional entre as profissões de saúde, condizentes com a proposta de trabalho em equipe. Considera-se que as DCN's foram um avanço na perspectiva da formação uniprofissional e na regulamentação das profissões que prezam pelas competências específicas hierarquizando o processo de trabalho em saúde.

Entretanto, no contexto internacional já há um movimento a frente e avançando-se na perspectiva da Educação da Prática Interprofissional que promovem o reconhecimento de competências específicas e competências comuns como também de competências colaborativas, estas últimas apontadas como mudanças importantes ao nível meso e micro político, ou seja, no ensino e no processo de trabalho, com repercussões diretas para o trabalho em equipe (D'AMOUR et al., 2008; FRENK et al., 2010).

2.3 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP)

A crescente complexidade das necessidades de cuidados em saúde decorrente das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população e a discussão sobre a abordagem integral do cuidado centrada no indivíduo e na melhoria da segurança do paciente e na racionalização do custo-efetividade dos sistemas de saúde vêm demandando o aprendizado de novas competências pelos trabalhadores de saúde (FRENK et al., 2010; PEDUZZI et al., 2013; AGRELI, 2017).

A World Health Organization (WHO) em 1988 reforçava a necessidade de mudança na formação do profissional de saúde lançando a publicação "*Learning Together to Work, Together for Health*", preconizando a Educação Multiprofissional (EMP) para promover o compartilhamento de conhecimentos e de práticas entre as diferentes profissões (WHO, 1988).

A EMP passa a ser adotada por diversas organizações e órgãos internacionais, reconhecendo-a como estratégica para a mudança nos modelos de atenção à saúde adotada pelos sistemas nacionais, conceituando-a como "a ocasião em que duas ou mais profissões

aprendem ao lado da outra, porém, sem desenvolver uma interação entre ambas”, ou seja, atuam juntas, mas de uma forma independente (BARR et al., 2005).

Em 2007 a WHO avançou nesse conceito e criou um grupo de estudos em educação interprofissional (EIP) e prática interprofissional colaborativa (PIC), reconhecendo a necessidade da interação entre os profissionais de forma mais efetiva por meio da EIP conceituando-a como, “a ocasião onde duas ou mais profissões aprendem com, e a partir da outra promovendo interação e colaboração para a qualidade do cuidado”, ou seja, atuam juntas e de forma interdependente (CAIPE, 2013; WHO, 2007).

Em 2010 a WHO lançou uma nova publicação superando o conceito de EMP para o de EIP – *Framework for Action on Interprofessional Education e Collaborative Practice*, afirmando a colaboração interprofissional como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde, desempenhando um importante papel para enfrentar os problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuindo para fortalecer e melhorar a eficácia e a efetividade dos sistemas de saúde (WHO, 2010).

Esses movimentos influenciaram vários países europeus, entre os quais o Reino Unido, onde se localiza o mais antigo e avançado programa de EIP no mundo o Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) pioneiro nas pesquisas, incentivos formativos e compartilhamento de experiências fomentando a EIP em vários países (PEDUZZI et al., 2013).

Ao considerar o contexto sócio-histórico europeu que há mais de 30 anos já vivenciou as mudanças demográficas e epidemiológicas com o conseqüente aumento da expectativa de vida de sua população, as propostas de mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde foram implementadas desde a década 1980, a exemplo das Universidades Bobigny, no norte de Paris e Limburg na Holanda. Na Oceania, encontra-se a experiência mais antiga de EMP, na cidade de Adelaide (Austrália), na qual estabeleceram programas de formação multiprofissional desde 1976, buscando adequar a formação dos profissionais de saúde às necessidades crescentes da população (CARPENTER, 1995).

Estudos avaliando experiência de EIP vivenciada por estudantes em diferentes universidades da Europa, situadas na Inglaterra, Bélgica, na Austrália e na África do Sul na cidade de Western Cape, evidenciaram efeitos diretos no perfil dos egressos registrando-se aumento de atitudes como: decisões compartilhadas, comunicação horizontalizada, respeito e reconhecimento dos papéis profissionais e complementaridade das práticas profissionais desenvolvendo competências colaborativas (HIND et al., 2003; MCNAIR et al., 2005; GOLELEN et al., 2006; WAGGIE; LATOE, 2014). Na universidade de Liverpool foram apresentados resultados significativos no aprender com a outra formação, os dados registram significância com um p valor $< 0,001$ e na melhora da eficácia no atendimento com valor de $p < 0,001$ (COOPER et al., 2005).

A EIP pode levar as mudanças no perfil dos egressos e, conseqüentemente, a prática interprofissional colaborativa (PIC), que é conceituada como um conjunto de interações que asseguram a articulação das ações e a comunicação efetiva entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito das equipes de saúde garantido à continuidade do cuidado em rede. Segundo os pesquisadores do tema, a PIC, é um processo complexo, com múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico, que implica em constante negociação (ORCHARD; CURRAN; KABENE, 2005; D'AMOUR et al., 2008; REEVES et al., 2010; PEDUZZI et al., 2016).

Nos países onde a EIP desenvolve-se há algumas décadas, os estudos se debruçam para avaliar as evidências da PIC, revelando uma crescente melhoria na resolubilidade das ações de saúde, ampliação na oferta de serviços, aumento do respeito entre os integrantes das equipes, e melhoria nos cuidados a grupos específicos (OANDASAN et al., 2004; STRASSER et al., 2008; SINCLAIR; LINGARD; MOHABEER, 2009).

A atualização de uma revisão sistemática compreendendo nove estudos sobre EIP e PIC entre os anos de 1999 a 2006, evidencia resultados positivos nas áreas de: cuidado ao diabetes, satisfação do usuário/cliente, redução nas taxas de erros clínicos nas equipes de emergência, colaboração entre equipes, na gestão de casos de violência doméstica e de saúde mental (REEVES et al., 2010). Em outra revisão sistemática sobre a efetividade da EIP com nove estudos realizados entre 2005 e 2011, sendo três ensaios clínicos controlados, cinco estudos antes e depois e um estudo longitudinal controlado, apontam evidências de que o

aumento nas atitudes e percepções para colaboração interprofissional e a tomada de decisão clínica dos estudantes pode ser potencialmente reforçada por meio da EIP (LAPKIN et al., 2013).

Os estudos existentes vêm contribuindo para o conhecimento da EIP e sobre sua contribuição para aumentar a qualidade da atenção à saúde. Apesar dos resultados serem promissores, pesquisadores do tema ressaltam que ainda se faz necessário um número maior de estudos para fortalecer as evidências da efetividade da EIP para o trabalho colaborativo em equipe e a qualidade da atenção à saúde. (REEVES, 2016). Essas experiências vêm difundindo-se por meio dos organismos internacionais que apostam a formação interprofissional para a melhoria dos indicadores de atenção à saúde quando a PIC é realizada pelos profissionais das equipes (LAPKIN et al., 2013).

Algumas dessas atitudes já haviam sido descritas por Barr em 1998 que as configurou em três tipos: competências comuns compartilhadas entre todos os profissionais; competências complementares (específicas) de cada profissão; e competências colaborativas, estas, imprescindíveis para o trabalho interprofissional como: respeito e reconhecimento dos papéis profissionais, complementaridade das ações, resolução compartilhada de problemas, compartilhamento de conhecimentos e trabalho em equipe (BARR, 2011).

Associações nacionais de escolas de ensino em saúde, professores, pesquisadores, estudantes, profissionais da saúde no Canadá e EUA, com base na literatura sobre a EIP, implementaram esforços para a construção de painéis ou matrizes com domínios de competências para o trabalho em equipe interprofissional. Em 2010 o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) estabeleceu seis domínios de competências para a PIC: 1. Comunicação interprofissional; 2. Cuidado centrado no indivíduo/família/comunidade; 3. Identidade e papéis profissionais; 4. Dinâmica de funcionamento em equipe; 5. Resolução de conflitos e, 6. Liderança colaborativa (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Em 2011 o grupo norte americano, Interprofessional Education Collaborative (IPEC) constituído originalmente por mais de seis organizações de ensino profissional em saúde, Medicina, Enfermagem, Odontologia, Medicina osteópata, Farmácia e Saúde Pública, as

quais colaboraram por meio de seus pesquisadores estabeleceu um painel de competências essenciais (*core competencies*) para a PIC. Em 2016 o IPEC passa a contar com 15 membros institucionais entre associações e organizações de ensino em saúde, que reconhecem a PIC como elemento-chave para promover a segurança do paciente, aumentar a qualidade da assistência, ampliar o acesso e promover o cuidado centrado no paciente, sendo nesta ocasião atualizado o painel de competências (IPEC, 2011; 2016).

2.3.1 Competências Essenciais (IPEC)

As competências essenciais estabelecidas pelo IPEC em 2011 foram atualizadas e organizadas em 2016 (Figura 2) em torno de dois princípios centrais: Cuidado Centrado no Paciente e Orientado na Comunidade/População; em quatro domínios/competências: valores e ética para a prática interprofissional, papéis e responsabilidades para a PIC; comunicação interprofissional, trabalho em equipe interprofissional e em 39 sub-competências (IPEC, 2016).

Esses painéis de competências vêm sendo recomendados por estes grupos colaborativos para avaliar a implantação e o desenvolvimento da EIP, uma vez que permitem a introdução destas competências nos currículos de formação, possibilitando avaliar o desenvolvimento das mesmas por meio do perfil dos egressos e também para fomentar programas de acreditação da EIP nas IES (CICH, 2010;IPEC, 2016). O painel de competências do IPEC (2016) caracteriza-se por competências ampliadas, podendo ser aplicado e adaptado a outras realidades e países (IPEC, 2016).

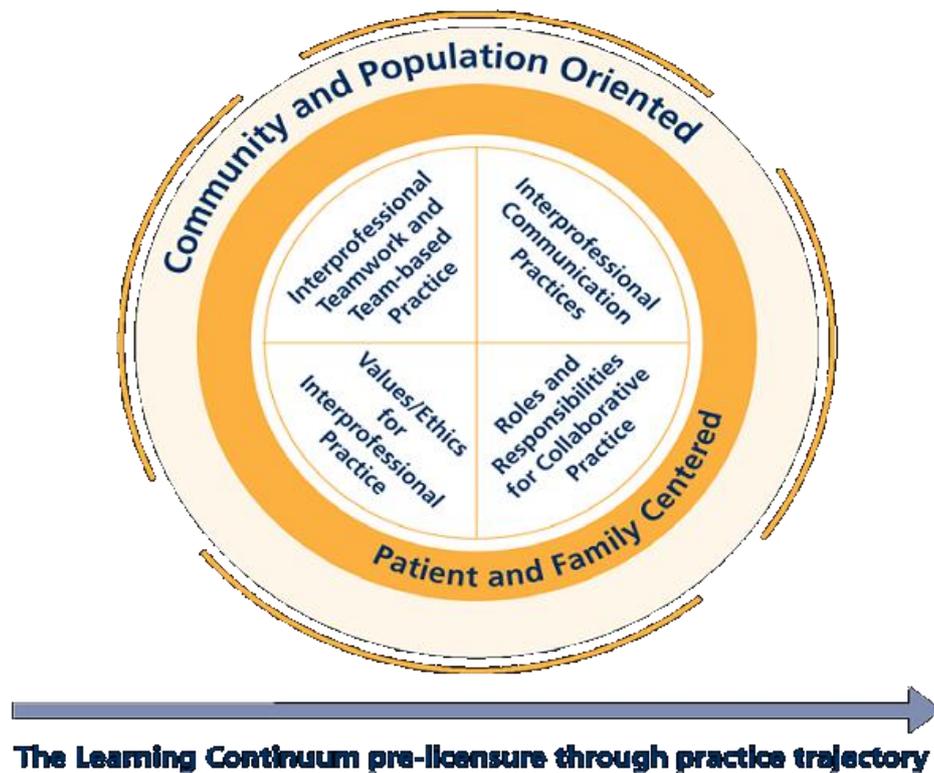


Figura 2 – Princípios e Competências Essenciais IPEC (2016).

As competências essenciais e sub-competências para a colaboração interprofissional estabelecidas pelo grupo colaborativo americano (IPEC), envolve conhecimentos, habilidades, valores e atitudes para trabalhar juntos com outros profissionais de saúde, pacientes, famílias e comunidades, de forma apropriada melhorando os resultados de saúde em contextos específicos de cuidados. Apresentam-se a seguir os quatro domínios/competência e as respectivas sub-competências estabelecidos pelo IPEC (2016) descritos nos quadros 1, 2, 3 e 4 que foram traduzidos para a língua portuguesa, para esta pesquisa.

Domínio/ competência 1 - Valores/ética para a prática interprofissional.

Definição: Trabalhar com pessoas de outras profissões para manter um clima de respeito mútuo e compartilhar valores.

Quadro 1 - Descrição da sub-competência - valores/ética para a prática interprofissional, IPEC (2016).

VE1	Colocar os interesses dos pacientes e populações no centro dos programas de saúde. Promover cuidados de saúde interprofissionais atendendo a população e as políticas, com o objetivo de promover a saúde e a equidade da saúde em toda a extensão da vida.
VE2	Respeitar a dignidade e a privacidade dos pacientes, mantendo a confidencialidade na prestação de cuidados baseados em equipe.
VE3	Acolher a diversidade cultural e as diferenças individuais que caracterizam os pacientes, as populações e a equipe de saúde.
VE4	Respeitar as culturas únicas, valores, funções/responsabilidades e conhecimentos de outras profissões de saúde, e o impacto que esses fatores podem ter nos resultados de saúde
VE5	Trabalhar em cooperação com aqueles que recebem cuidados, aqueles que prestam cuidados, e outros que contribuem para promover a elaboração de programas e serviços de saúde e prevenção.
VE6	Desenvolver uma relação de confiança com os pacientes, famílias e outros membros da equipe (CIHC, 2010).
VE7	Demonstrar altos padrões de conduta ética e qualidade dos cuidados contribuindo para o cuidado em equipe.
VE8	Gerenciar específicos dilemas éticos de situações de cuidado centrado no paciente / população de forma interprofissional
VE9	Agir com honestidade e integridade nas relações com os pacientes, famílias, comunidades e outros membros da equipe.
VE10	Manter a competência na própria profissão apropriada para o âmbito da prática.

Fonte: IPEC (2016).

Domínio/competência 2 - Papéis e responsabilidades profissionais para a prática colaborativa.

Definição: Usar os conhecimentos próprios e de outras profissões para avaliar adequadamente e atender às necessidades de cuidados de saúde dos pacientes, promovendo a saúde das populações.

Quadro 2 - Descrição da sub-competência - papéis e responsabilidade para a prática interprofissional. IPEC (2016).

RR1	Comunicar seus papéis e responsabilidades claramente para pacientes, famílias, membros da comunidade e outros profissionais.
RR2	Reconhecer suas limitações de habilidades e conhecimentos e atitudes.
RR3	Envolver diversos profissionais que complementam a própria experiência profissional, bem como recursos associados, para desenvolver estratégias para atender a saúde específica e as necessidades de saúde dos pacientes e das populações.
RR4	Explicar as funções e responsabilidades de outros provedores e como a equipe trabalha em conjunto para fornecer cuidados, promover a saúde e prevenir doenças.
RR5	Usar o escopo completo de conhecimentos, competências e habilidades de profissionais de saúde e outros campos para fornecer o cuidado que seguro, oportuno, eficiente, eficaz e equitativa
RR6	Comunicar-se com membros da equipe para esclarecer a responsabilidade de cada membro na execução de componentes de uma intervenção de tratamento ou plano de saúde pública
RR7	Forjar relações interdependentes com outras profissões, dentro e fora do sistema de saúde para melhorar os cuidados e fazer avançar a aprendizagem.
RR8	Envolver contínuo desenvolvimento profissional e interprofissional para melhorar a colaboração e o desempenho da equipe.
RR9	Usar habilidades específicas e complementares, de todos os membros da equipe para otimizar os cuidados de saúde e paciente.
RR10	Descrever como os profissionais de saúde e outros campos podem colaborar e integrar intervenções clínicas de cuidados e de saúde pública para otimizar a saúde da população.

Fonte: IPEC (2016).

Domínio/competência 3 - Comunicação interprofissional.

Definição: Comunicar-se com pacientes, famílias, comunidades e profissionais de saúde e outros campos de forma ágil e responsável que ofereça suporte a uma abordagem de equipe para a promoção e manutenção da saúde e a prevenção e tratamento da doença.

Quadro 3 - Descrição da sub-competência - comunicação interprofissional. IPEC (2016).

CC1	Escolher ferramentas de comunicação eficazes e técnicas, incluindo sistemas de informação e tecnologias de comunicação, para facilitar as discussões e as interações que realçam a função da equipe.
CC2	Comunicar informações aos pacientes, às famílias, aos membros da comunidade e membros da equipe de saúde em um formulário que é compreensível, evitando terminologia de área específica quando possível.
CC3	Expressar os conhecimentos e opiniões de membros da equipe envolvidos nos cuidados ao paciente, melhoria da saúde da população com confiança, clareza e respeito, trabalhando para garantir a compreensão comum de informações, tratamento, decisões de cuidados e saúde da população programas e políticas.
CC4	Ouve ativamente e incentiva ideias e opiniões de outros membros da equipe.
CC5	Expressar oportunamente de forma esclarecedora e sensível aos outros sobre seu desempenho na equipe, respondendo com respeito como um membro da equipe para obter <i>feedback</i> de outros.
CC6	Usar linguagem respeitosa apropriada para uma dada situação difícil, conversa crucial ou conflito.
CC7	Reconhecer como a singularidade (nível de experiência, conhecimento, cultura, poder e hierarquia dentro da equipe de saúde) contribui para uma comunicação eficaz, resolução de conflitos e relações de trabalho interprofissional positiva (UNIVERSIDADE DE TORONTO, 2008).
CC8	Comunicar a importância do trabalho em equipe com cuidado centrado no paciente e na população, com as políticas e programas de saúde.

Fonte: IPEC (2016).

Domínio/competência 4 - Equipes e trabalho em equipe.

Definição: Aplicar a relação de construção de valores e os princípios da dinâmica da equipe executada eficazmente entre as diferentes profissões, para planejar, oferecer e avaliar os programas de saúde com cuidado centrado no paciente/população e, em políticas de segurança, eficiente e oportuna, eficaz e equitativa.

Quadro 4 - Descrição da sub-competência - trabalho em equipe interprofissional. IPEC (2016).

TT1	Descrever o processo de desenvolvimento de equipe, as funções e as práticas de equipes eficazes.
TT2	Desenvolver o consenso sobre os princípios éticos para orientar todos os aspectos do trabalho em equipe.
TT3	Envolver a saúde e outros profissionais no compartilhamento do cuidado centrado no paciente e na população com foco na resolução de problemas.
TT4	Integrar o conhecimento e a experiência da saúde e outras profissões para informar as decisões de saúde de cuidados, respeitando os valores e prioridades/preferências do paciente e da comunidade.
TT5	Aplicar as práticas de liderança que apoiam as práticas colaborativas e a eficácia da equipe.
TT6	Envolver a si e aos outros de forma construtiva, gerir desacordos sobre valores, funções, objetivos e ações que possam surgir entre os profissionais de saúde e outros e com pacientes, familiares e membros da comunidade.
TT7	Compartilhar responsabilidades com outras profissões, pacientes e comunidades para obter resultados relevantes para a prevenção e cuidados de saúde.
TT8	Refletir sobre o desempenho individual e da equipe, aumentando o desempenho individual bem como o da equipe.
TT9	Usar o processo de melhoria para aumentar a eficácia do trabalho em equipe interprofissional e de serviços, programas e políticas baseados em equipe.
TT10	Utilizar a avaliação de evidências para informar a efetividade do trabalho em equipe e das práticas baseadas em equipe.
TT11	Atuar de forma eficaz em equipe e com diferentes funções na equipe com uma variedade de configurações.

Fonte: IPEC (2016).

2.3.2 Princípios da EIP

O CAIPE estabeleceu os princípios da EIP baseados na experiência dos seus membros e na literatura interprofissional: formação focada nas necessidades de saúde da população; troca de experiências e saberes; respeito às diferentes competências profissionais que se

complementam; exercício do diálogo; tomada de decisões compartilhadas, e do exercício de práticas transformadoras (BARR, 2011).

Percebe-se que há uma similaridade entre os princípios da EIP em relação aos princípios do SUS, no que diz respeito à atenção centrada no usuário e desenvolvida por meio do trabalho em equipe, com foco na integralidade do cuidado (BARR, 2015), e os domínios e competências canadense e norte-americanos como pode ser visto no quadro 5.

Ao tomar a integralidade como uma diretriz de formação, presente nas DCN's dos cursos de graduação em saúde no Brasil, ocorre necessariamente à ampliação da “dimensão cuidadora”, onde o sentido da integralidade do cuidado na dimensão do fazer profissional implica o compartilhamento de saberes, a complementaridade das competências, o respeito profissional, e a horizontalização de poderes para o trabalho em equipe (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Evidencia-se que a integralidade do cuidado presente na política de saúde do Brasil Lei 8.080 de 1990, os princípios e domínios de competência da EIP assemelham-se e que a proposta em curso da mudança de modelo da formação profissional no contexto brasileiro presente nas DCN's dos cursos de graduação em saúde de 2001 e especificamente na mais recente DCN do curso médico resolução N° 03 de 2014 e na Resolução N° 569 de 2017 do CNS avançam no referencial da educação interprofissional no contexto global em relação ao perfil profissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa, embora se reconheça que em solo brasileiro a EIP ainda encontra-se incipiente (BATISTA, 2012; PEDUZZI et al., 2013; CÂMARA et al., 2016; BRASIL, 2017c).

Ao considerar a atualização da nomenclatura e ampliação do conhecimento sobre as evidências da EIP para o desenvolvimento das competências colaborativas, percebe-se as similaridades entre as competências essenciais nas diversas organizações (Quadro 5).

Quadro 5 - Semelhanças entre os princípios do SUS com os princípios e competências do CICH e do IPEC. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

Competências Essenciais (Core competencies)	SUS Lei 8.080/ (1990)	CICH (2010)	IPEC (2016)
Cuidado Centrado no	✓	✓	✓

paciente/família/comunidade			
Comunicação interprofissional	-	✓	✓
Valores/ética para a prática interprofissional	-	✓	✓
Trabalho/Funcionamento em equipe/ Integralidade	✓	✓	✓
Identidade e papéis profissionais	-	✓	✓
Resolução de conflitos	-	✓	✓
Liderança colaborativa	-	✓	✓

*SUS (Sistema Único de Saúde); CICH (Canadian Interprofessional Collaborative Health); IPEC (Interprofessional Education Collaborative). Elaboração da autora.

2.3.3 A Educação interprofissional na região das Américas

A EIP vem ganhando visibilidade global em relação à mudança no modelo de formação, recebendo maiores incentivos na região das Américas por meio da OPAS que vem mobilizando os estados membros nas discussões dos temas e na construção de políticas nacionais que insiram a EIP na formação e na educação permanente dos profissionais da saúde (SILVA, 2018).

Em dezembro de 2016 aconteceu na cidade de Bogotá – Colômbia a primeira reunião da Região das Américas objetivando levantar o panorama sobre a educação dos profissionais de saúde e a educação interprofissional nos países Latino Americanos e Caribe. Nesta reunião em que estiveram presentes representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação das Instituições de Ensino Superior houve a construção de propostas nacionais de planos de ação para implantar a EIP nos países da região das Américas até 2019 (BRASIL, 2017a).

A OPAS/OMS aprovou na 29ª Conferencia Sanitária Pan-Americana (CSP), realizada em setembro de 2017, na cidade de Washington D.C, a Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, onde recomenda-se que os países membros:

- d) promovam o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos

contextos de aprendizagem, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho (delegação e redistribuição de tarefas), possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde OPAS (2017, p. 2).

Em dezembro de 2017, com o objetivo de discutir a implementação da EIP nas políticas de recursos humanos para a saúde na região das Américas, foi realizada a segunda reunião da OPAS no Brasil, na cidade de Brasília (DF), contando com a presença de 22 países latino-americanos. Como produto deste encontro houve a apresentação por 18 países de seus planos de ação para a implementação da EIP em suas políticas de saúde, a serem desenvolvidos entre os anos de 2018 e 2019, além da formalização da Rede Regional de EIP das Américas (REIP) e a aprovação de suas diretrizes (BRASIL, 2017a; SILVA, 2018).

A EIP nas Américas está em estruturação, a maioria dos países já a discute e a implementam. Países como Brasil, Bolívia, Cuba, Chile, Honduras e Peru, vêm discutindo sobre a readequação da formação dos profissionais de saúde que vêm sendo implementadas nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde e em propostas de qualificação docente. Nos países como Guatemala, Nicarágua, Panamá e Venezuela os investimentos vem sendo feitos na qualificação dos profissionais dos serviços em relação à interprofissionalidade. Nos demais países, Argentina, Guiana, República Dominicana, Suriname, Paraguai, Uruguai, Colômbia e Costa Rica, o tema da EIP vem sendo avaliado com vistas à sua adequação às realidades nacionais (SILVA, 2018).

2.3.4 Educação Interprofissional no Brasil

A crítica ao modelo de atenção à saúde culminou com a reforma sanitária brasileira na década de 1980. Foi proposto um modelo de atenção que atendesse às necessidades da população, levando a criação do SUS na década seguinte, precedido por “estratégias-ponte” como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o SUDS, que também atingem diretamente o modelo de formação e de prática profissional em saúde (PAIM, 2009; PEDUZZI et al., 2013).

Ao sair de currículos mínimos para a proposta de currículos ampliados, interdisciplinares, cujo foco do processo de ensino é o aluno, utilizando-se de metodologias ativas, tendo a integralidade do cuidado como matriz de formação, a aprendizagem para o trabalho em equipe torna-se necessária. Dessa forma, a literatura nacional aponta avanços na

última década na formação profissional em relação à integração ensino-serviço-comunidade e às mudanças curriculares estabelecidas pelas DCN's de 2001, atendendo às demandas da população e ao modelo de atenção à saúde preconizado do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; COSTA, 2016).

As recentes atualizações das DCN's afirmam a EIP, a exemplo do curso de graduação em Medicina, cuja DCN atualizada em 2014, Resolução nº 03 propõe no Art. 5 – “Atenção à saúde: § IX - Cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada” (BRASIL, 2014a).

A DCN do curso de graduação em Enfermagem, atualizada em outubro de 2017, construída colaborativamente entre a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), as IES públicas e privadas do país, e que encontra-se na CNE aguardando parecer para sua homologação, também enfatiza a EIP, como verifica-se no Art. 11,

O processo educativo e formativo do enfermeiro deve estar fundamentado na educação emancipatória e crítica, tendo como princípios metodológicos que orientam a formação profissional a interdisciplinaridade do conhecimento, a integralidade da formação e a interprofissionalidade das práticas e do trabalho (Minuta DCN Enfermagem, ABEn, 2017).

O modelo de formação que vem sendo estruturado por meio das políticas indutoras e das DCN's para atender aos princípios do SUS se alinham com a proposta da EIP, porém, apesar dos avanços em termos legais, na prática o modelo atual de formação mantém a incoerência entre o modelo de formação e a demanda da população e da organização do sistema de saúde, contribuindo para sua ineficiência e descrédito (COSTA, 2016, PEDUZZI, 2016).

Dessa forma reconhece-se que a EIP no Brasil é incipiente, algumas experiências institucionais vêm ganhando maior visibilidade como a da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), campus Baixada Santista, que desde sua implantação em 2006, já iniciou a proposta de modelo de formação na perspectiva da EIP, desenvolvido no ciclo básico e profissional entre os cursos de graduação em Nutrição, Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social (BATISTA, 2012).

Outras experiências buscam avançar no campo da interdisciplinaridade e da interação entre as diferentes formações como a Faculdade de Medicina e de Enfermagem de Marília em São Paulo (FAMEMA), com um currículo fundamentado em competências comuns, em ciclos de dois anos entre os cursos de Enfermagem e Medicina. A Universidade de Brasília (UnB), campus Ceilândia, onde a EIP aparece como proposta formativa, a Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus Botucatu entre os cursos de Medicina e Enfermagem na disciplina integração universidade, serviços e comunidade, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com a disciplina Integralidade em Saúde envolvendo os 13 (treze) cursos de saúde do campus Recife em atividades teóricas e práticas na APS (SANTOS, 2014; BRASIL, 2017a).

Destacam-se ainda diversas experiências de integração por meio de disciplinas comuns entre os cursos e atividades extracurriculares em diversas IES do país disparadas nos projetos PRÓ-Saúde e PET-Saúde em que a formação dos grupos tutoriais de docentes/tutores, profissionais de saúde/preceptores e discentes da graduação devem necessariamente, se orientar pelo modelo da EIP (FERREIRA et al., 2012; COSTA, 2014b; BORGES, 2015; SANTOS, 2015).

Há um crescente e entusiasta debate em torno da EIP, porém, existe também uma grande resistência cultural, como destacou Costa (2016) “A lógica da formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais”. Apesar do esforço para a construção de políticas que reformaram o modelo de formação profissional no país, se faz também necessário “reformar o pensamento” das instituições e de seus atores, e vice-versa (MORIN, 2007).

Ao buscar ampliar e dar visibilidade ao debate em torno da formação profissional e da EIP, pesquisadores, profissionais de saúde e estudantes envolvidos com a temática vêm articulando-se para construir uma rede que congregue estudos, propostas e discussões para seu fortalecimento em âmbito nacional. Desde 2015 vem sendo realizado o Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (CIETIS), sendo nesses encontros iniciadas as discussões para a criação de uma rede brasileira de EIP (CÂMARA et al., 2016).

Em junho de 2017 os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a OPAS, contando com a participação de pesquisadores brasileiros e da Itália promoveram discussões objetivando ampliar o debate sobre o plano de ação para a implantação da EIP no Brasil, realizaram em junho de 2017 uma oficina para alinhamento de seus conceitos e também foram analisadas as perspectivas e escuta de sugestões ao Plano de Ação para Fortalecimento da EIP no Brasil, construído pela SGTES/MS na reunião de Bogotá e apresentado á OMS/OPAS. O Plano brasileiro estrutura-se em dez atividades organizadas em cinco linhas de ação: 1.Fortalecimento da EIP nas DCN; 2.Mapeamento das iniciativas de EIP; 3.Desenvolvimento docente para a EIP; 4.Fortalecer pesquisas de EIP; 5.Introduzir a EIP na educação permanente nas residências, Programa Mais Médicos e práticas do serviço (BRASIL, 2017a).

O IIIº CIETIS aconteceu entre os dias 7 a 9 de dezembro de 2017 em Brasília (DF), pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde de todo o país e pesquisadores representantes do CAIPE e do CIHC contribuíram nas discussões e relatos das suas experiências sobre a EIP no Reino Unido, Canadá, EUA e Brasil. Nesse encontro foi formalizada a rede brasileira de educação e trabalho interprofissional em saúde (ReBETIS), na qual os quase 300 participantes voluntariamente se integraram à rede.

Nesse mesmo período, o plenário do CNS, instância consultiva e deliberativa das políticas de formação profissional respeitando o artigo 200 da Constituição Federal, no qual estabelece que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a saúde, aprova a resolução nº 569 em 08 de dezembro de 2017, na qual são estabelecidos os pressupostos, princípios e diretrizes para a atualização das novas DCN's dos cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2017c).

Esta recomendação de atualização é resultado do parecer técnico nº 300/2017 que foi elaborado entre 2016-2017 por um grupo de trabalho composto por representantes de associações e entidades de ensino, conselhos e federações profissionais, executivas estudantis e gestores do MEC e do MS. O parecer que deve orientar as atualizações, a EIP é recomendada para ser inserida nas DCN's de todos os cursos de saúde (BRASIL, 2017c). A resolução foi homologada no CNS e seguiu para a Câmara de Educação Superior (CES) do

Conselho Nacional de Educação (CNE) do MEC, órgão que institui as políticas de educação em âmbito nacional, aguardando ser analisada e seguir para homologação e publicação.

Os caminhos da EIP no território brasileiro vêm sendo construídos colaborativamente. As políticas indutoras e as atuais e futuras DCN's são importantes dispositivos institucionais para sua discussão e fortalecimento, entretanto, é preciso ampliar a compreensão entre os diferentes atores envolvidos no processo de formação e prática profissional de que a formação uniprofissional e especializada já não atende às demandas crescentes e complexas de atenção à saúde da população atual e em contínua transformação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de construção, implementação e desdobramento do estágio curricular interprofissional dos cursos de graduação em saúde do CAV/UFPE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Construir coletivamente a proposta do estágio curricular interprofissional;
- b) Implementar a proposta do estágio curricular interprofissional considerando os diferentes atores sociais (discentes, docentes, profissionais de saúde e professores da educação básica).
- c) Analisar por meio da percepção dos discentes que vivenciaram o estágio curricular interprofissional a manifestação de atitudes e habilidades que forjam competências para o trabalho em equipe;

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DEFINIÇÃO DO MÉTODO

A escolha do método de investigação, segundo Minayo (2002; 2010) deve levar em conta a natureza do objeto de estudo, buscando considerar a coerência com suas bases ontológicas e epistemológicas, conferindo qualidade à pesquisa.

O desejo pela qualidade na pesquisa é algo que toma conta das preocupações do pesquisador, principalmente quando este é iniciante. Deve-se dar atenção suficiente a esta preocupação sem, entretanto, fazer comparações entre métodos, não enquadrando uma forma de fazer em outra lógica de produção de conhecimento. Como destacou Minayo (2002): “Estudos que buscam compreender a ação humana, esta significativa, demandam por métodos e teorias que possam ir além da explicação, emergindo em seu sistema de significados”, ou seja, não basta explicar e descrever, é preciso também compreender.

O objeto de estudo desta pesquisa, envolve a subjetividade da ação humana, no seu contexto histórico e social, logo, o método qualitativo foi eleito para o caminhar desta investigação.

Este método avalia o conjunto de fenômenos humanos, que não poderiam ser quantificados, pois versam sobre as subjetividades dos significados, a motivação, a aspiração, as crenças, os valores e as atitudes (PATONN, 2002). É o percurso, a forma de fazer, o caminho trilhado para se conseguir apreender uma realidade social.

A pesquisa qualitativa segundo Denzin e Lincoln (2006) nasce da ineficiência da pesquisa quantitativa em avançar nas questões fundamentais da humanidade. Entretanto, a pesquisa qualitativa ainda mantém muito do positivismo quando correntes, técnicas e estratégias buscam quantificar os fenômenos e construir instrumentos que vão além da sistematização e organização de processos de coleta e análise, buscando garantir a cientificidade em sua execução e respostas.

Dessa forma, na escolha pela estratégia metodológica buscou-se o equilíbrio entre a sistematização, a flexibilidade e a criatividade em todo o processo do fazer na construção desta pesquisa.

No campo da pesquisa social, onde a abordagem qualitativa é simplesmente necessária, a estratégia e dispositivos utilizados proporcionaram a aproximação requerida ao objeto de estudo, vivenciando as concepções que os participantes compartilharam e a maneira como experimentaram as ações desenvolvidas.

4.1.1 Referencial Metodológico

As pesquisas de campo surgiram na década de 1930 nos EUA possibilitando novas perspectivas de articular teoria e prática na pesquisa social como forma de conhecer e intervir nas realidades concretas. As pesquisas participativas emergem da concepção de que as questões dos grupos sociais devem ser problematizadas com o envolvimento destes, contextualizando suas realidades e criando oportunidade de ação ativa e transformadora (ROCHA, 2003; THIOLENT, 2011).

Essa concepção desestabiliza dois mitos na produção do conhecimento da ciência positivista, o da objetividade, com a implicação do pesquisador e sua inserção no “contexto vivo” da investigação em campo, na qual sua presença e análise já modifica o objeto de estudo, deixando cair por terra outro mito, o da neutralidade analítica, que é dada como inexistente, segundo os pesquisadores sociais (ROCHA, 2003; MINAYO, 2010)

Ao considerar a construção histórico-social de onde partem as concepções de produção do conhecimento na pesquisa científica, estes conceitos ainda são fortemente valorizados na ciência moderna, que acreditam em outras possibilidades de se conhecer a realidade, como se existisse apenas uma verdade, a da ciência positivista.

O caminho trilhado busca a coerência metodológica com o objeto de estudo, visando atender as exigências da pesquisa moderna, sobretudo, quando se investe na investigação qualitativa. Este tipo de estudo é tomado como essencialmente empírico, não rigoroso, no

entanto, reconhece-se a riqueza e a complexidade dessa metodologia que busca compreender “outras” verdades.

Dentre as diversas estratégias metodológicas, que buscam a produção do conhecimento com a participação ativa dos atores envolvidos, encontra-se a pesquisa-ação, pesquisa-intervenção, cartografia, genealogia, etnografia. Neste estudo, optou-se pela pesquisa-intervenção. Esta estratégia de pesquisa participativa adequa-se às questões que emergem de contextos da prática profissional (ROCHA, 2003).

4.1.2. A Pesquisa-Intervenção

A Pesquisa-Intervenção (PI) se firmou na década de 1970 no Brasil, em meio às diversas outras pesquisas sociais e ao movimento institucionalista, originário na França na década de 1960, envolto aos movimentos sociais revolucionários que questionavam a política, a saúde mental, a psiquiatria, o ensino médio, o trabalho. A produção de seus conceitos vieram acompanhados da efervescência social e política desta década, sendo considerado seu ápice, maio de 1968 (ROSSI 2014; L’ABBATE, 2012).

Os teóricos de referência são os franceses René Lourau e Félix Guattari, o italiano Georges Lapassade, o americano Carl Rogers e as brasileiras, Regina Benevides e Maria Elizabeth de Barros (ROCHA, 2006). A PI é caracterizada como uma prática “ético-estético-política” onde cada termo integra a lógica de compreensão dessa estratégia de pesquisa como definiu Guattari³ (1992 *apud* ROCHA 2003, p. 1)

A Ética está referida ao exercício do pensamento que avalia situações e acontecimentos como potencializadores ou não de vida; a Estética traz a dimensão de criação, articulando os diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade; a Política implica a responsabilização frente aos efeitos produzidos, ou seja, sobre os sentidos que vão ganhando forma através das ações individuais e coletivas.

A PI, segundo Rossi (2014) é uma “inflexão” brasileira da Análise Institucional (AI) francesa. Este autor contextualiza que a AI se constituiu de três correntes dinâmicas, e foi ao longo dos anos modificando-se, sofrendo transformações em seu campo teórico. A primeira

³ GUATTARI, F. *Caosmose. Um novo Paradigma Estético*. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

linha foi a da saúde mental em 1940 com as práticas da Psicoterapia Institucional, nessa linha destaca-se o teórico Felix Guatari; a segunda com a Pedagogia libertária em 1950 onde os professores René Lourau e Georges Lapassade, destacam-se com crítica a formação vigente sendo conhecida como Pedagogia Institucional e a terceira linha, da Psicossociologia que trouxe as técnicas de grupo do pós-guerra criadas nos EUA pelo psicólogo e psicoterapeuta Carl Rogers (ROSSI, 2014).

Assim, a AI passa a intervir em grupos e organizações analisando os aspectos constitutivos da instituição estabelecidos coletivamente, as subjetividades que se apresentam no fazer, dizer e ouvir. A “Instituição” no sentido do que é instituído pela sociedade, decorrente de seus processos históricos, e que se institucionalizam em estabelecimentos e ou dispositivos sendo possível a análise institucional/socioanálise/PI nos espaços profissionais por meio de seus atores (LOURAU, 1993; ROSSI, 2014).

A PI, nessa perspectiva segundo Rocha (2003), emerge da vivência e identificação de problemas ou necessidades no cotidiano organizacional das instituições. É uma estratégia que se apresenta como uma proposta transformadora da realidade, correspondendo, respectivamente, aos espaços da organização como: departamentos, seção, grupos ou equipes, das pessoas, o qual é visto de uma perspectiva da implicação individual, como traços de personalidade, crenças e atitudes. Caracteriza-se por ser desarticuladora das práticas e dos discursos instituídos, partindo do processo mobilizador e transformador da realidade pautada no paradigma Marxista do “transformar para conhecer” sugerindo possibilidades e novas formas de pensar e fazer (ROCHA, 2003; 2006; ROSSI, 2014).

Uma estratégia metodológica em que a intervenção e a análise se realizam concomitantemente, na medida em que se reflete e problematiza a prática, mobilizam-se os atores identificando-se as necessidades (ROCHA, 2003; PAULON, 2010) Compreendendo a palavra intervenção no sentido de “vir entre”, “interpor-se” (L’ABBATE, 2012), fazer junto onde o pesquisador está nesse processo metamorfoseando-se junto ao grupo pesquisado, no qual os “resultados” são os “efeitos” do vivido, a experiência, que na concepção de Bondía, (2002, p. 2), “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”.

Compreende-se então, que a produção dos dados e sua análise acontecem no processo da PI, sem a pretensão de esgotá-los e, sim, de apreender o que se apresenta como significativo, o que toca. A intervenção coletiva na qual, as discussões, reflexões da formação, da prática profissional e a experiência vivida, promovem uma dupla função da PI, que assume

no seu desenvolvimento um caráter pedagógico, possibilitando aos participantes a construção de sentido/nexo entre fazer/pensar entre teoria/prática (ROSSI, 2014). Como destacou Rocha (2006, p. 1):

[...] as práticas que constituem o social e os referenciais que lhe dão sentido vão se produzindo concomitantemente, uma vez que o conhecimento e a ação sobre a realidade são constituídos no curso da pesquisa de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo.

O exercício da pesquisa-intervenção desta forma caracteriza-se como uma proposta ético-estético-política mobilizando os diferentes conhecimentos para o empoderamento social que são requeridos à transformação.

4.2 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS DADOS

4.2.1 Análise da PI

A PI utiliza-se de alguns conceitos articulados e importantes para a análise objetivando compreender a realidade social estudada. Os conceitos “análise de encomenda” quem pede a PI? e “análise de demanda” o que é pedido?, “análise de oferta”, o que será ofertado e quais seus interesses?, “analisador” que acontecimentos, discursos, atitudes, põem em análise a realidade institucional? E principalmente, a “análise de implicação”, como todos se envolvem na realidade institucional? (ROSSI, 2014).

Estes conceitos estão envolvidos no processo de desenvolvimento da PI no qual, encomenda, demanda e oferta são os primeiros passos da pesquisa e em todo o processo é realizada a análise dos analisadores que emergem dos acontecimentos e a análise da implicação numa abordagem dialética entre o instituído e o instituinte, presente em todas as instituições, do “salário ao casamento” (LOURAU, 1993).

A articulação entre o momento da universalidade ou o instituído, reconhecido como legítimo com o momento particular que é o instituinte em sua infinita negação do momento anterior e o momento singular que é resultado as relação entre instituído e instituinte, surge a institucionalização na qual toda instituição é tensionada levando a sua atualização pela ação

dos sujeitos que a constituem, desta forma tudo é tensionado e atualizado continuamente (MENDES et al., 2016).

A análise de implicação segundo L'abbate (2012, p. 8) representa o “nosso envolvimento até mesmo inconsciente em tudo que fazemos”. Dividem-se em duas categorias: implicações primárias que envolvem as relações entre o pesquisador e os pesquisados e as implicações secundárias que envolvem tudo que passa e transpassa, sendo percebida em três dimensões ou naturezas: implicações afetivo-libidinal, existencial-ideológica e estruturo-profissional, como destacou a autora:

Somos movidos o tempo todo pelas nossas escolhas afetivas, ideológicas profissionais com relação a nossa prática de pesquisa e ou intervenção, com as instituições às quais pertencemos, com nosso campo teórico-metodológico e com a sociedade a qual fazemos parte (L'ABBATE, 2012 p.08).

Na perspectiva de alcançar objetivos compreensivos aproximando-se do significado da ação humana diversas epistemologias com diferentes pontos de vista poderiam ser desenvolvidas, algumas, entretanto não avançam nas possibilidades explicativas dos aspectos discursivos e extradiscursivos. Dentre as técnicas de análise qualitativa com as quais se podem navegar para alcançar esses objetivos, Minayo (2010, p. 353) diz que,

[...] uma boa análise interpreta o conteúdo ou o discurso dentro de um quadro de referências em que a ação e a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes [...].

Segundo a autora, *ibidem*, avaliar os discursos para além de sua descrição, uma perscrutação da linguagem falada no qual a “hermenêutica-dialética é a que oferece um quadro referencial mais completo para essa a análise”, pois trata-se de um método que aprofunda a compreensão. Entende-se ainda que nos discursos, o contraditório aparece de forma também esclarecedora, nos quais a crítica presente na linguagem complementa o que falta no consenso na hermenêutica, a dialética envereda para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentidos, “checar o que é dito com o que é feito, com o que é celebrado e está cristalizado” (MINAYO, 2002, 2010).

4.2.2 Análise Hermenêutico-dialética

Conceitualmente, a hermenêutica é a arte da compreensão, a linguagem cotidiana entre os seres humanos o seu objeto; compreender o sentido implícito que se dar nesta comunicação é seu núcleo central (GADAMER, 1999).

A compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado, a abordagem hermenêutica não está na busca da intenção do autor, nem na contemplação, ou ainda, na captação da vontade do indivíduo. A hermenêutica busca enfatizar o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido presente na linguagem, buscando revelar, descobrir, esclarecer qual o significado mais profundo que está oculto, não-manifesto, implícito não apenas de um texto ou norma, mas também da linguagem (MINAYO, 2010).

A hermenêutico-dialética analisa a comunicação da vida cotidiana e do senso comum dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito que complementa-se por meio da comunicação com o outro; sua linguagem, que também é limitada, ocupa um ponto no tempo e no espaço; desta forma é preciso compreender seu contexto e sua cultura, quem é (são) os sujeitos, em que realidade instituída viveram e vivem, o que acreditam, pensam, reproduzem como seres históricos (MINAYO, 2010).

A hermenêutico-dialética como a arte da compreensão e da interpretação, exige que o pesquisador “interprete”, consiga se projetar para o lugar do outro, “interpor-se”, “vir-junto”, mas, enxergando o diferente do eu, exercitar a alteridade, atitude necessária para se compreender o que o outro passa, faz, e pensa.

Desta forma a análise dos dados produzidos, articulou os conceitos analíticos da pesquisa-intervenção: encomenda, demanda, oferta, analisadores e de implicação, numa leitura perscrutiva que utilizou a lente da hermenêutica-dialética à luz dos referenciais teóricos da formação em saúde, da EIP e dos princípios, domínios e competências do *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC) publicado em 2016.

4.3. SISTEMATIZAÇÃO DA PESQUISA-INTERVENÇÃO

A PI desenvolveu-se em dois momentos sequenciais, contemplando seus conceitos (Figura 3).

- ❖ O primeiro momento com a ideação da PI com a reflexão da prática e do cenário profissional, o que correspondeu à “encomenda”, seguindo para a “demanda”, a necessidade de mudança do modelo de formação dos profissionais de saúde, tendo como dispositivo estratégico a EIP. Para atender a essa demanda “oferta-se” a proposta de construção coletiva do Estágio Curricular Interprofissional (ECIP), que exigiu a mobilização dos diferentes atores institucionais por meio de reuniões com cada instituição, onde foi apresentada a proposta de desenvolvimento do ECIP e programado oficinas preparatórias, realizadas com docentes e profissionais da APS, com discentes da graduação e uma oficina coletiva, envolvendo todos os participantes desta PI, tendo como produto a proposta do ECIP na APS e na escola.
- ❖ O segundo momento correspondeu a implementação/“acontecimento” do ECIP envolvendo os discentes da graduação nos dois cenários de prática, a APS e a escola sob a tutoria dos docentes e a preceptoría dos profissionais de saúde e professores da escola.

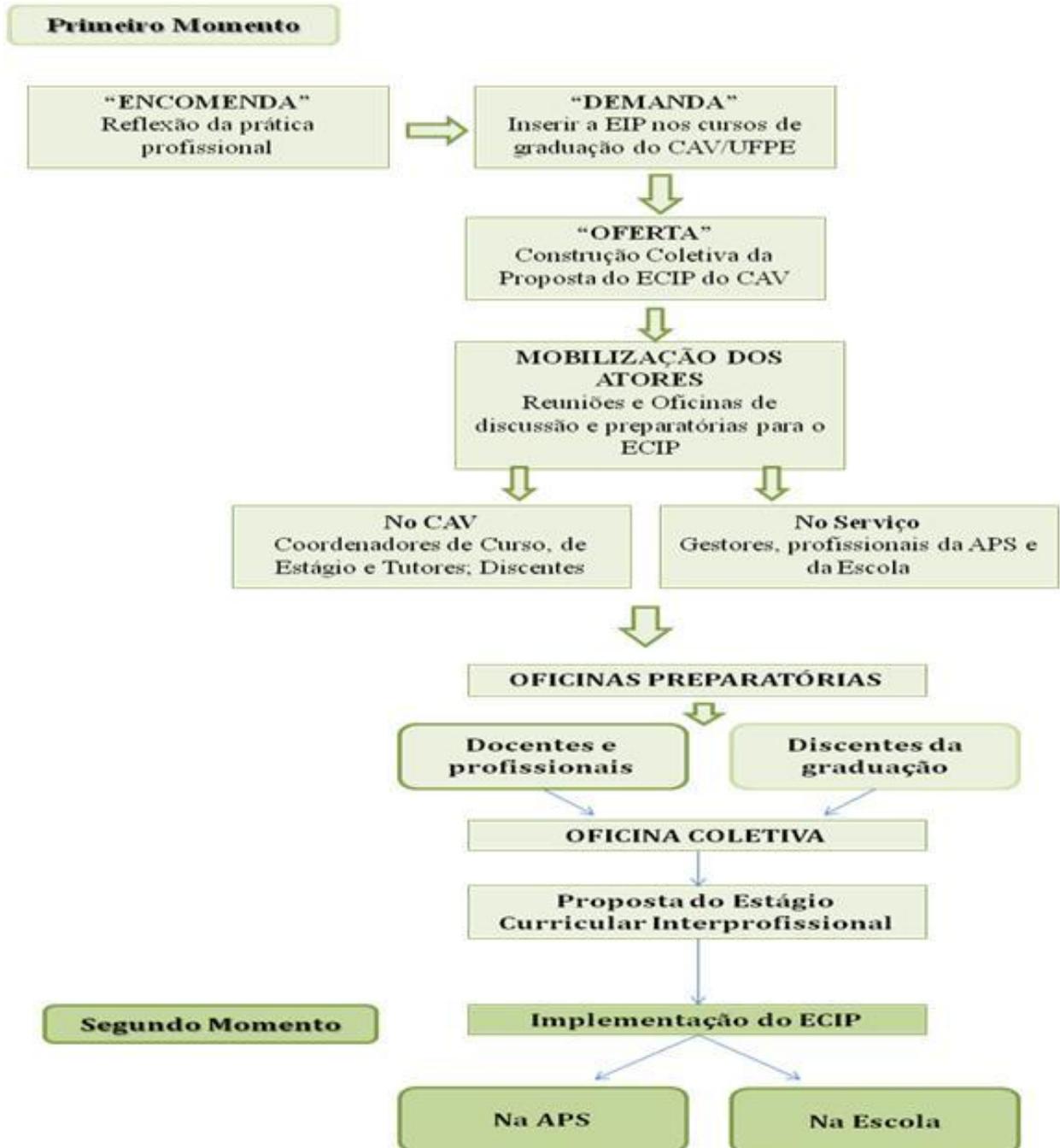


Figura 3 – Momentos da pesquisa-intervenção

Fonte: elaborado pela pesquisadora, Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

4.4 CENÁRIOS DA PESQUISA-INTERVENÇÃO

4.4.1 O Município de Vitória de Santo Antão

Localizado na Mesorregião da Zona da Mata centro, limita-se ao Norte com as cidades de Glória de Goitá e Chã de Alegria; ao Sul, com Primavera e Escada; a Leste, com Moreno, Cabo e São Lourenço da Mata e a Oeste, com Pombos (Figura 4). Estas limitações englobam uma área municipal de 2.234 km² e uma população de 137.578 habitantes (IBGE, 2017).

A sustentabilidade econômica da cidade provém da agroindústria, por meio do cultivo da cana-de-açúcar, banana, côco, manga, milho, mandioca, batata-doce e feijão; criação de gado Nelore e fabricação de aguardente. As indústrias que mais se destacam são: vidro pertencente ao grupo Owens-Illinois (O-I); Destilaria JB produtora de álcool e açúcar; Isoeste fabricante de telhas térmicas; Aguardente Pitú, conhecida internacionalmente; Fábricas de alimentos Sadia e Kraft Foods do Brasil (UFPE, 2011).

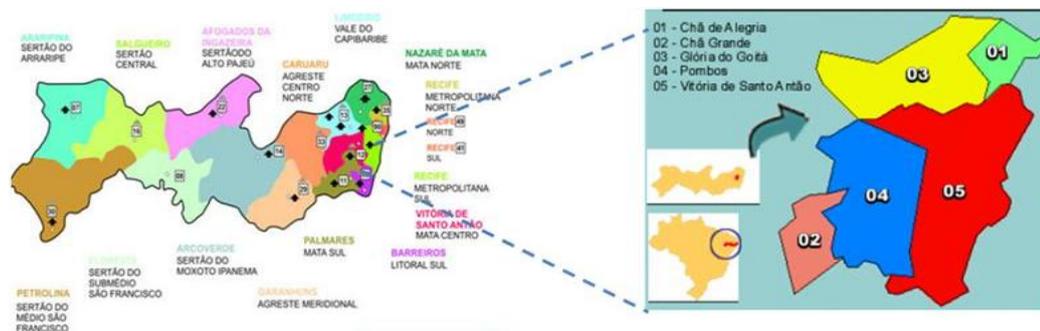


Figura 4 - Mapa de Pernambuco por Mesorregiões – Mesorregião da Zona da Mata Centro

Fonte: <http://www.citybrazil.com.br/pe/regioes/Vitoria de Santo Antão>

4.4.2 O Centro Acadêmico de Vitória (CAV)

O CAV, campus da UFPE, está localizado no município de Vitória de Santo Antão (PE). É resultado dos esforços coletivos dos Departamentos de Enfermagem, Nutrição e Ciências Biológicas do campus UFPE/Recife, com apoio da Reitoria, da prefeitura do referido município e recursos do MEC (UFPE, 2011).

O CAV/UFPE faz parte do Projeto de Interiorização da UFPE e foi criado em julho de 2006, tendo inicialmente funcionado com três cursos de graduação: Licenciatura em Ciências Biológicas, Bacharelado em Enfermagem e Bacharelado em Nutrição. A partir de 2009, teve início o Programa de Pós-graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente. Em 2010 iniciou-se o Bacharelado em Educação Física e, em 2011 a Licenciatura. No ano de 2010, iniciou-se o Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde, em 2013 o Bacharelado em Saúde Coletiva, foi a primeira turma do curso do Estado de Pernambuco, e, em 2014 o Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Atividade Física e Plasticidade Fenotípica. Em 2017 o Mestrado Profissional em Ensino da Biologia (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Dessa forma, o CAV vem concretizando a proposta de viabilizar o acesso da população interiorana e/ou egressa da rede pública ao ensino superior público. Atualmente conta com 180 docentes e cerca de 1.900 discentes distribuídos nos seis cursos de graduação: e 107 discentes na pós-graduação, no Programa de Residência Multiprofissional, Programas de Residências Uniprofissional em Enfermagem e em Nutrição; e os Programas de Mestrado acadêmico e profissional (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

O CAV possui arcabouço institucional e gestão administrativa local, estes seguem as diretrizes do Plano Diretor Institucional (PDI) da UFPE, e das Pró-reitorias administrativas e acadêmicas da universidade. O campus conta com as coordenações de Secretaria Geral, de Escolaridade, de Assistência Estudantil, Conselho de Coordenação Pedagógica (CCP), Coordenações Administrativa e Financeira e Coordenações de Graduação para cada curso e Coordenação Setorial de Extensão.

Ao considerar a estrutura física do campus de Vitória de Santo Antão, a organização acadêmica foi planejada para acomodar satisfatoriamente os discentes e docentes de cada curso. Dessa forma as aulas teóricas e práticas acontecem em turnos diferentes e específicos para cada curso:

Quadro 6 - Descrição dos tipos de aula por curso/turno do CAV/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

Turno	Tipo de aula	
	Teórica	Prática
Manhã	Bacharelado em Nutrição	Bacharelado em Nutrição
	Bacharelado em Educação Física	Bacharelado em Educação Física
Tarde	Bacharelado em Enfermagem	Bacharelado em Enfermagem
	Licenciatura em Educação Física	Licenciatura em Educação Física
Noite	Bacharelado em Saúde Coletiva	Bacharelado em Saúde Coletiva
	Ciências Biológicas – Licenciatura	Ciências Biológicas – Licenciatura

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018)

Essa organização, não favorece o pleno intercâmbio entre os diferentes cursos tanto para as atividades extracurriculares como as curriculares. No entanto, são desenvolvidas atividades interdisciplinares em âmbito da pesquisa e da extensão entre os cursos, ainda que com limitações.

4.4.2.1 O Estágio Curricular Obrigatório (ECO)

O Estágio Curricular Obrigatório (ECO) é um componente formativo obrigatório para os cursos de graduação em saúde, e caracteriza-se por ser uma experiência pré-profissional onde o discente tem a oportunidade de confrontar sua formação com a demanda da sociedade e dos serviços que futuramente irá atuar. A orientação e supervisão são realizadas, respectivamente, por docente da IES e profissional do serviço para cada categoria profissional. Geralmente, o ECO é desenvolvido nos dois últimos semestres letivos, a carga horária está estabelecida nas DCN's de cada curso sendo regulamentado pela Lei do Estágio nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

O ECO para os cursos de graduação do CAV acontece nos equipamentos públicos e/ou privados do estado e municípios pernambucanos conveniados à UFPE. Os serviços são disponibilizados pelas secretarias estadual e municipal de saúde e de educação conforme a demanda da universidade.

O ECO dos cursos de graduação do CAV acontece geralmente no mesmo território geográfico, campo de prática e período letivo. Entretanto, não ocorre possibilidade de integração/colaboração entre as práticas formativas pré-profissionais, ou seja, os discentes estão no mesmo campo/território de formação prática, desenvolvendo atividades específicas de sua formação uniprofissional, sem que se aproveite o potencial de colaboração que se faz presente, por causa da organização individualizada dos estágios de cada curso como pode ser verificado no quadro 7.

Quadro 7 - Distribuição dos cursos de graduação do CAV segundo características do ECO que acontece no campo da APS e na educação básica. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

Curso	Período – Carga Horária Total	Carga horária por Campo de Prática
Enfermagem	10º Período 500h prática	250h Atenção Básica – USF
Nutrição	8º Período 15h teórica 240h prática	240h Saúde Pública Atenção Básica – NASF
Educação Física	8º Período 120h prática	120h – Estágio em Atenção Primária para indivíduos adultos, terceira idade e portadores de deficiência
Saúde Coletiva	7º Período 330h prática	330h - Estágio I - Gestão da Atenção Primária em Saúde, Controle Social, NASF, Ambulatório de Especialidades, Vigilância em Saúde, Auditoria e Regulação
Licenciatura em Educação Física	8º Período 60h teórica 60h prática	120h - Estágio de Ensino de Educação Física Escolar IV
Licenciatura em Ciências Biológicas	8º Período 30h teórica 90h prática	120h - Estágio de Ensino de Biologia IV, Educação Básica

Fonte: Projeto Pedagógico/Ementa das disciplinas de ECO/Supervisionado dos cursos de graduação do CAV/UFPE, Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

Na literatura não há consenso em relação ao momento ideal para a experiência interprofissional, há quem recomende no início da graduação de forma a reduzir estereótipos preconceituosos, como no final onde as competências específicas já estão formadas, possibilitando maior interação entre as diferentes formações (GILBERT, 2005; BARR et al., 2005; COSTA 2014; REEVES, 2016).

No contexto do cenário de intervenção deste estudo o melhor momento para a implementação da EIP de forma institucional se foi no Estágio Curricular dos cursos de graduação nos cenários da APS e na Educação Básica envolvendo os respectivos semestres do da matriz curricular de cada curso conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 - Cursos, semestre curricular e designação do tipo de estágio para realização do ECIP. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

Curso	Período/Estágio	Designação do Estágio
Bacharelado em Enfermagem	10º Período	Estágio de Atenção Básica
Bacharelado em Nutrição	8º Período	Estágio de Saúde Pública (Atenção Básica)
Bacharelado em Educação Física	8º Período	Estágio em População especial
Bacharelado em Saúde Coletiva	7º Período	Estágio I
Licenciatura em Ciências Biológicas	8º Período	Estágio de Ensino de Biologia IV
Licenciatura em Educação Física	6º Período	Estágio II de Ensino Fundamental.

Fonte: Elaborado pela autora. Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

4.4.3.1 Os Cenários de Prática do ECIP

Este tópico merece um esclarecimento quanto à definição do local para a realização do ECIP desta PI. Como descrito anteriormente, esta pesquisa integra o PET- Saúde Gradua SUS do CAV/UFPE desenvolvido entre o segundo semestre de 2016 ao primeiro semestre de 2018. A escolha do território se deu por conta da seleção dos preceptores para o PET-Saúde Gradua SUS. A seleção dos preceptores foi realizada por edital público, aberto para toda a rede de atenção primária do município da Vitória de Santo Antão. Os critérios de seleção dos

preceptores foram definidos por meio do currículo Lattes. Após a seleção nove profissionais foram classificados para participar, integrando três equipes PET, que foram territorializadas de acordo com a inserção destes preceptores na ESF ou no NASF do município.

Assim, foram constituídas as equipes PET Jardim Ipiranga, PET Bela Vista e a equipe PET Cajueiro, na qual o ECIP foi implementado. Optou-se pelo território do Cajueiro por causa da experiência prévia dos profissionais da ESF deste território, com a preceptoria de estágio curricular, da Residência Multiprofissional e de projetos PET Saúde, bem como, por ser entre os três bairros e o que apresenta maior vulnerabilidade socioeconômica de seus habitantes.

O bairro do Cajueiro

O bairro do Cajueiro está localizado às margens da BR 232 no território I do município da Vitória de Santo Antão (PE) (Figura 4). Recebeu esse nome por causa das antigas plantações de caju, hoje não existem mais. Possui uma população aproximada de 3.000 habitantes a maioria composta por adultos jovens entre 20 a 49 anos e com baixa escolarização. A renda média familiar é de um salário mínimo, a maioria dos moradores é desempregada e as ocupações mais prevalentes são moto-taxista, pedreiro, agricultor e serviços domésticos. Sua área geográfica apresenta conformação ambiental precária, as ruas não são pavimentadas, e em toda sua extensão verificam-se canaletas improvisadas pela comunidade para o fluxo de água servida. Em relação ao saneamento básico 42,4% dos domicílios possui rede de esgoto, 82% têm água encanada e 95% têm coleta de lixo (PORTAL CITY BRASIL, 2014).

4.2.3.2 A Unidade de Saúde da Família (USF) do Cajueiro

A Unidade de Saúde da Família (USF) Severino Nogueira Alves ou USF do Cajueiro, foi implantada em 2007 e atende a uma população cadastrada de 2.730 usuários. A equipe é formada por: Enfermeira, Médico, Dentista, Técnica de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. A unidade é também sede do Núcleo Ampliado de Saúde da Família do território I - NASF I composto por Nutricionista, Educador Físico, Fisioterapeuta, Psicólogo e Fonoaudiólogo.

As doenças mais prevalentes no território são diabetes e hipertensão, porém, existe uma alta incidência de doenças transmissíveis como: dengue, diarreia, infecções respiratórias, tuberculose e HIV. Além de agravos como alcoolismo, violência doméstica, transtorno mental e gravidez na adolescência (PORTAL CITY BRASIL, 2014).

4.4.3.3 A Escola Municipal Santo Yves

A Escola Municipal Santo Yves é um campo de estágio curricular das licenciaturas do CAV/UFPE, sendo elencada para integrar esta PI por sua proximidade geográfica com a USF do Cajueiro, e por ter o Programa de Saúde na Escola (PSE) em desenvolvimento, facilitando a integração entre a saúde e a educação. A escola possui em média 350 alunos distribuídos na educação infantil, fundamental I, II e no Ensino de Jovens e Adultos (EJA). Atualmente conta com 11 docentes, nove profissionais de apoio escolar (merendeiras, técnicos-administrativos, auxiliar de serviços gerais), um coordenador pedagógico e uma diretora.

A escola tem uma estrutura física pequena, com nove salas de aula, uma sala de professores, uma secretaria/diretoria, dois banheiros para alunos e dois para funcionários, cozinha, “biblioteca” na sala dos professores. A área coletiva compõe-se de dois pátios com cerca de 30m² e 60m², para atividades recreativas. A área em torno da escola é sem pavimentação, e a comunidade escolar convive com uma concentração permanente de lixo doméstico em seu entorno e animais de grande porte pastando nesses dejetos.

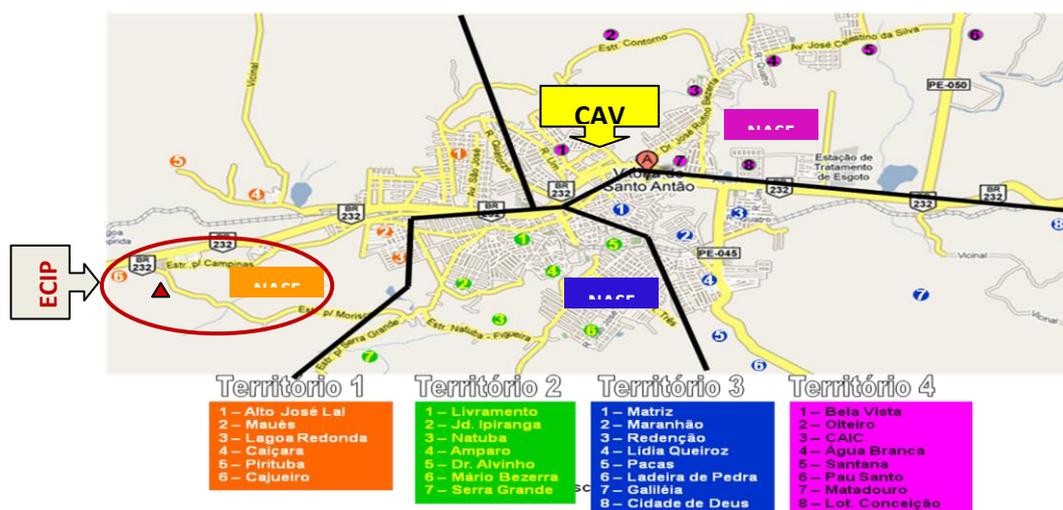


Figura 5 - Mapa territorial das USF e NASF- destacando a localização do ECIP Cajueiro - Vitória de Santo Antão (PE), 2018.

4.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA INTERVENÇÃO

Participaram da PI cinco docentes/tutores e 28 discentes do CAV/UFPE, seis profissionais de saúde/preceptores (três em 2016.2, três de 2017.1 a 2018.1) da ESF/NASF do Cajueiro e 11 docentes da Escola Municipal Santo Yves.

Os cinco tutores/docentes, sendo um de cada curso de graduação envolvidos na proposta do ECIP participaram de forma voluntária. Estes têm em média oito anos de docência no CAV/UFPE e três já foram tutores de projetos PET-Saúde. Quatro são do sexo feminino e um do masculino. No período do ECIP de 2016.2 e 2018.1 dos cinco docentes/tutores três permaneceram os mesmos, e dois saíram no final de 2017.1, entrando dois novos que ficaram em 2017.2 e 2018.1.

Os discentes foram selecionados para o PET-Saúde Gradua SUS, “Estágio Curricular Interprofissional”, por meio dos seguintes critérios: 1. Estar matriculado na disciplina de Estágio Curricular do seu curso nos respectivos períodos/semestre indicados para proposta da PI como descrito no quadro 8; 2. Ter sido aprovado na seleção do PET.

A cada semestre dois discentes eram selecionados em cada curso de graduação. Participaram no período de 2016 a 2018, vinte e oito (28) discentes sendo seis discentes de Enfermagem, seis de nutrição, seis da Licenciatura em Ciências Biológicas, seis de Saúde Coletiva e quatro de Educação Física.

Em cada semestre foram disponibilizadas duas bolsas PET, as quais por definição do edital N° 13 do PET-Saúde Gradua-SUS foram destinadas aos discentes dos cursos de Enfermagem e Nutrição. Assim, no período do ECIP participaram seis discentes bolsistas e 22 não bolsistas no PET-Saúde Gradua SUS “Estágio Curricular Interprofissional”.

A maioria dos discentes reside em municípios que fazem limite com Vitória de Santo Antão (PE) e dois na capital. Em relação à idade a média foi de 22 anos. Cinco são do sexo masculino e 23 do sexo feminino. A maioria, 24 discentes, tinha experiência em projetos de extensão na comunidade, como o VER-SUS e PET Saúde e dez integravam o movimento estudantil do campus.

Os seis preceptores foram selecionados na condição de bolsistas, sendo cinco do sexo feminino e um do masculino. Quatro atuavam no NASF e dois na ESF. O tempo médio de experiência na APS foi de seis anos. Durante o período do ECIP três preceptores participaram em 2016.2, sendo estes substituídos por questões político-administrativas da Gestão Municipal, após as eleições de outubro de 2016. Em 2017.1 três novos preceptores participaram do ECIP e permaneceram os mesmos até 2018.1.

Os docentes da Escola Municipal Santo Yves, um total de 11, todos participaram e permaneceram os mesmos no período do ECIP. A maioria dos professores, nove eram do sexo feminino na faixa etária entre 29 e 40 anos. Quanto à formação, oito tinham formação superior destes, quatro em pedagogia. O tempo médio da docência, não necessariamente nesta escola, foi de 15 anos.

4.6 PERÍODOS DA PESQUISA INTERVENÇÃO

A PI desenvolveu-se no segundo semestre de 2016, primeiro semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018.

O ECIP foi desenvolvido para acontecer nos dois cenários de prática, de forma concomitante. Porém, algumas limitações relacionadas à organização do estágio para o início comum e as questões relacionadas ao contexto político municipal com a demissão de profissionais da APS e a demora nas contratações, inviabilizaram o acontecimento do ECIP na APS, só sendo possível seu pleno acontecimento nesse cenário em 2018.1.

Em 2016.2, participaram oito discentes sendo: dois do Bacharelado em Enfermagem, dois do Bacharelado em Nutrição, dois do Bacharelado em Saúde Coletiva, dois da Licenciatura em Ciências Biológicas. Nesse semestre não teve alunos de Educação Física, os discentes da licenciatura não realizam estágio na Escola Santo Yves, por causa da ausência de preceptoria direta na escola. Para essa formação, o bacharelado não se envolveu na proposta do ECIP. Nesse semestre o ECIP aconteceu apenas no cenário da escola por causa das dificuldades em conciliar o início comum dos estágios para todos os cursos na APS do município.

Em 2017.1 participaram dez discentes sendo: dois do Bacharelado em Enfermagem, dois do Bacharelado em Nutrição, dois do Bacharelado em Saúde Coletiva, dois da Licenciatura em Ciências Biológicas e dois do Bacharelado em Educação Física. Nesse semestre as ações desenvolveram-se de forma plena na escola e de forma irregular na APS. O início comum foi acordado, entretanto, devido ao desligamento de alguns profissionais da APS, que realizavam a preceptoria no decorrer do ECIP, as atividades passaram a ser desenvolvidas apenas no cenário da escola.

No segundo semestre de 2017 o ECIP aconteceu apenas na Escola Santo Yves, devido a ausência de preceptoria na ESF do Cajueiro, solucionada no final desse semestre. E ainda, considerando que havíamos realizado a produção dos dados na escola em 2016.2 e 2017.1, nos quais identificou-se saturação dos dados, optou-se por não incluir o semestre de 2017.2 na análise da PI.

E, em 2018.1, momento em que a preceptoria da ESF estava completa, o ECIP desenvolveu-se de forma plena nesse cenário e também na escola. Participaram dez discentes sendo: dois do Bacharelado em Enfermagem, dois de Bacharelado em Nutrição, dois do Bacharelado em Saúde Coletiva, dois da Licenciatura em Ciências Biológicas e dois do Bacharelado em Educação Física. Ainda sem preceptoria direta na escola, a Licenciatura em Educação Física não conseguiu se envolver no ECIP.

Em cada semestre foram organizadas duas equipes discentes multiprofissionais compostas por um discente de cada curso (Figura 5).

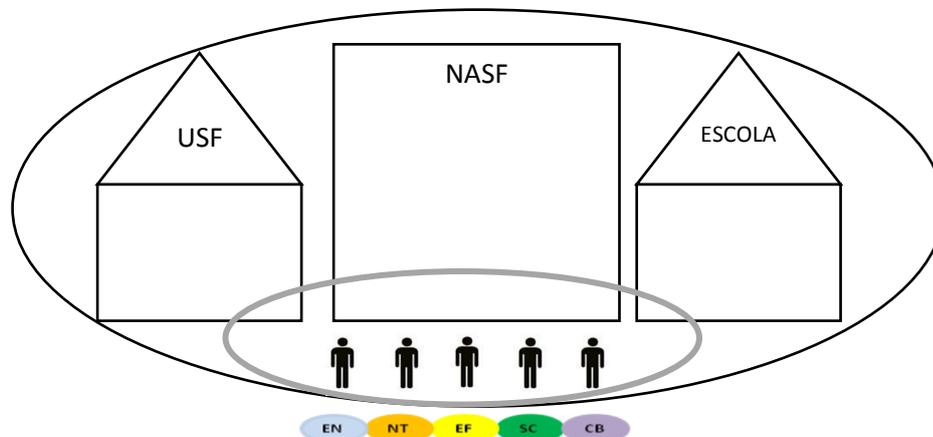


Figura 5 – Composição da Equipe* discente multiprofissional CAV/UFPE

Vitória de Santo Antão (PE). 2018.

*Discentes: EN - Enfermagem; NT - Nutrição; EF - Educação Física; SC - Saúde Coletiva; CB - Ciências Biológicas.

Embora a formação da equipe seja multiprofissional, a proposta do ECIP é que haja a interação entre os alunos nos cenários de prática de forma a conseguir desenvolver a prática colaborativa interprofissional.

4.7. PRODUÇÃO DOS DADOS

A produção dos dados empíricos aconteceu em todo o processo vivido da PI, utilizando-se de diferentes dispositivos para a aproximação à realidade estudada, fundamental na pesquisa qualitativa como: reuniões, oficinas, grupos focais, questionários e a foto-filmografia, apreendidos por meio da observação participante com o registro em diário de campo ou gravados em dispositivos móveis.

Para o primeiro momento da intervenção, a construção do ECIP, a produção dos dados se deu por meio dos seguintes dispositivos: reuniões, oficinas e foto-filmografia com os participantes, onde o diálogo horizontalizado entre diferentes atores (discentes de graduação, tutores/docentes, preceptores/profissionais da APS e docentes da educação básica), produziram discursos que foram gravados em dispositivos móveis, bem como, as observações da pesquisadora registradas em seu diário de campo.

No segundo momento, a implementação do ECIP nos campos de prática vivenciada diretamente pelos discentes da graduação. A produção dos dados se deu por meio da observação participante com registro em diário de campo e realização de três grupos focais com as equipes discentes multiprofissionais ao final de cada semestre da PI, nos quais os áudios foram gravados em dispositivos móveis.

No final do semestre de 2017.1 com o objetivo de obter a avaliação dos tutores e preceptores sobre o ECIP foi aplicado um questionário semiestruturado com esses participantes (APÊNDICES H, I).

4.7.1 Descrição das técnicas utilizadas

A pesquisa–intervenção requer diferentes dispositivos que “fazem ver ou que fazem perceber e que fazem falar” (BARROS, 2016). Dessa forma, utilizaram-se diferentes técnicas de produção dos dados, que, articuladas e contínuas em todo o processo, permitiram a imersão no campo de investigação da pesquisa.

4.7.1.1 Observação participante

Considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, permite o contato direto do pesquisador no acontecer da investigação. É uma técnica de coleta de dados contínua, sistematizada, planejada e controlada, em que o pesquisador busca desenvolver sua sensibilidade e percepção, em busca de certos acontecimentos específicos durante os encontros com os participantes e campo de intervenção, registrando todos os aspectos significativos que lhe tocam, afetam, interrogam e insights gerados (MINAYO, 2010).

É o registro dos “imponderáveis da vida social” Minayo (2010, p. 194), compreendendo o cotidiano do viver, conviver e fazer junto (a rotina do trabalho, o tom das conversas, conflitos, simpatias, antipatias e comportamentos), possibilitando a captação de dados na ocorrência espontânea do fato. Como descreveu Queiroz et al. (2007, p.08): “não se trata apenas de ver, mas de examinar, não se trata somente de entender, mas de auscultar”.

A observação participante, no entanto, precisa ser realizada de forma objetiva e sistematizada, não se pode observar tudo ou muitas coisas ao mesmo tempo, sendo necessário ter clareza dos objetivos da pesquisa. A observação participante envolve três etapas que, seguidas garantem o rigor necessário para que a técnica não seja utilizada de forma displicente e sem a devida cientificidade. A primeira etapa consiste na aproximação do pesquisador com o campo e o grupo social em estudo, trabalhando as expectativas e resistências naturais que surgem entre o pesquisador e os pesquisados. A segunda etapa está associada à composição da visão da comunidade em estudo sendo auxiliada por meio de documentos oficiais, observação do local e da vida cotidiana, entre outros que possam ajudar

na compreensão da realidade. A terceira fase consiste em sistematizar e organizar os dados para sua análise e compreensão (QUEIROZ et al., 2007).

Utilizou-se como instrumento de registro da observação participante o diário de campo escrito, filmagens e fotografias compondo o que se nomeou de “foto-filmo-grafia” vivida, buscando aproximação ao fenômeno estudado. Os registros foram realizados durante e após cada intervenção, de forma livre e descritiva do processo de atuação coletiva nas reuniões, oficinas, encontros entre os docentes nas conversas informacionais, nas relações entre os discentes da graduação, entre estes, os docentes e os alunos da escola e os profissionais de saúde nos cenários da intervenção.

No diário foram registradas as impressões vividas, falas que foram significativas, a descrição dos cenários e o acontecimento das ações em cada reunião, oficinas, encontros com os grupos de participantes no CAV, na escola e na ESF.

Considerado como importante ferramenta de intervenção, o diário de campo potencializa a reflexão do vivido inserindo o pesquisador no campo de investigação revelando o “não dito”, buscando registrar as impressões que surgem, porém, como afirmou Pezatto (2011, p. 7), é “uma escrita transversal, de fragmentos, pois o vivido é praticamente impossível de ser redigido, dada a sua complexidade”.

4.7.1.2. A foto-filmo-grafia

Realizou-se o registro das imagens por meio da fotografia e filmagem das atividades da PI em ato, a “foto-filmo-grafia” se constituiu em um dispositivo desta pesquisa “experiência do vivido” (APÊNDICE K), sendo devidamente autorizada pelos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foi realizada pela pesquisadora. Este dispositivo foi utilizado para complementar à aproximação contínua da realidade estudada, sendo as imagens e filmagens produzidas, organizadas em pastas e arquivos com a indicação da atividade e o semestre da intervenção, contribuindo com o diário de campo da pesquisadora, segundo Lourau (1993, p. 44):

Talvez o diário assim como outros dispositivos inventados ou a se inventar pode auxiliar a produzir outro tipo de intelectual: não o mais orgânico [...] de Gramsci; nem o mais engajado de Sartre [...] mas o IMPLICADO (cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises). Talvez, se pudermos tornar tais estratégias cada vez mais populares, possamos sentir um pouco os resultados dessa utopia. É uma aposta e, como tal, apresenta seus riscos.

4.7.1.3. Grupo Focal (GF)

É uma técnica de coleta de dados que permite a interação dos participantes, com o propósito de realizar uma entrevista coletiva, permitindo a troca e a construção de conhecimentos, conceitos, crenças e valores onde a qualidade das informações é internamente controlada e contrabalanceada pelos participantes, permitindo ressignificar ou trazer à reflexão, eliminando as opiniões falsas ou radicais (BARBOUR, 2009; GOMES, 2010).

No período da PI foram realizados três grupos focais com os discentes da graduação, ao final de cada semestre do ECIP, ou seja, em 2016.1, 2017.2 e 2018.1, com o auxílio de um roteiro de entrevista como disparador da discussão (APÊNDICE G). Os dois primeiros GF aconteceram em sala de aula no CAV/UFPE e o último na sala de reunião da USF do Cajueiro.

Os grupos focais foram mediados pela própria pesquisadora e contou com dois assistentes, docentes colaboradores da pesquisa com experiência em grupo focal; um com a função de relator que realizou as anotações destacando os principais tópicos que emergiram da discussão e ao final fez a relatoria de suas anotações oportunizando aos participantes, acréscimos ou retiradas ao relato escrito, objetivando sua validação pelos participantes neste momento. O outro assistente, na função de observador, buscou registrar os aspectos não-verbais como comportamentos, expressões faciais e corporais dos participantes durante a realização do grupo focal. Esse assistente também ficou com a responsabilidade de monitorar o funcionamento dos dispositivos móveis (celular para gravação de voz e filmadora).

A dinâmica de funcionamento do grupo focal foi esclarecida aos participantes no início de cada grupo, apresentando-se os assistentes e a função de cada um. Foi esclarecido

quanto ao respeito e o sigilo dos participantes, pactuado às regras para o bom funcionamento do grupo durante seu desenvolvimento como: garantir a liberdade de expressão, respeitar o momento da fala de cada um, respeitar a opinião do outro, oportunizar a fala para que todos possam se expressar, manter o celular no silencioso, evitar ausentar-se da sala durante o desenvolvimento do grupo focal.

A gravação de áudio e de imagens foi realizada por meio de dispositivos móveis (celular e filmadora). Os registros gravados por ambos os dispositivos foram disponibilizados aos participantes ao final do grupo para escuta, entretanto, não houve interesse nesse procedimento pelos grupos. O tempo médio dos grupos focais foi de duas horas. Os áudios foram transcritos na íntegra pela pesquisadora compondo o *corpus* de análise deste dispositivo.

4.7.1.4. Reuniões e Oficinas

São dispositivos que permitem que a PI proponha enquanto estratégia metodológica que comporta a heterogeneidade e apresenta-se com dupla função, produção de dados e a reflexão coletiva que possa levar à análise das práticas, empoderando os sujeitos ética e politicamente para a escolha em participar ou não dos processos de transformação, a depender, certamente, da condução que se faz desses dispositivos, abertos ou fechados em relação à sua finalidade (SPINK et al., 2014; ROSSI, 2014).

Reuniões

As reuniões são dispositivos utilizados para agrupar pessoas num mesmo local com o objetivo de discutir um tema em comum (FERREIRA, 2010). As reuniões foram utilizadas em caráter formal por meio do CCP envolvendo no CAV, gestores, coordenadores de curso e coordenadores de estágio, para o compartilhamento da proposta de construção do estágio curricular interprofissional de forma coletiva, e na Secretaria Municipal de Saúde, coordenação de educação permanente, coordenação de atenção básica para pactuações das atividades do PET-Saúde Gradua SUS “Estágio Curricular Interprofissional”.

Nestes encontros foi compartilhado o referencial teórico metodológico da PI seus objetivos e o potencial do cenário para o desenvolvimento da Educação Interprofissional entre os cursos de graduação durante o ECO, nas dimensões meso e micro políticas. Estas dimensões são comuns entre os cursos quanto a: matriz curricular, território geográfico e objetivo comum, este último referenciado nas DCN de todos os cursos da saúde (BRASIL, 2001).

Foram realizadas três reuniões iniciais para a mobilização, compartilhamento e implicação dos atores institucionais e uma reunião final para a devolutiva/restituição dos resultados da PI.

Reuniões realizadas:

❖ Reunião com Gestores do CAV – Diretoria e Coordenadores de Curso;

-Discussão da formação em saúde, Revisão dos PPP adequando-se as DCN, discussão sobre a formação para o trabalho em equipe e contextualização da EIP e o potencial do CAV para a integração dos estágios curriculares dos cursos de graduação e apresentação da proposta de integração do ECO ao PET Saúde Gradua SUS e entre os cursos de graduação do CAV.

-Assinatura da carta de anuência pela direção do CAV;

❖ Reunião com Coordenadores de Curso, Coordenadores de Estágio Curricular e membros do Núcleo Docente Estruturante dos cursos.

-Discussão sobre as adequações dos PPP às DCN dos cursos de graduação em saúde focando o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado onde a EIP aparece como potencial para essa adequação;

-Os Coordenadores de curso junto com os membros do NDE devem mobilizar os docentes e iniciar as discussões em relação à proposta de integração do ECO na perspectiva da EIP.

-Pactuação de uma oficina envolvendo Coordenadores de estágio e docentes da supervisão do estágio curricular obrigatório de cada curso para construção coletiva do formato e da sistematização do ECIP nos cenários de prática

❖ Reunião com gestores da Secretaria Municipal de Saúde

-Discussão sobre a formação do profissional de saúde e a temática da EIP; pactuação do PET Saúde Gradua SUS e integração com a proposta do ECIP na ESF; pactuação da construção do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) municipal;

-Assinatura da carta de anuência municipal para realização da PI.

❖ Reunião com a Direção da Escola e professores

- Realizada em junho de 2016 o primeiro contato para avaliar a disposição deste equipamento escolar para o desenvolvimento da pesquisa-intervenção e do ECIP neste cenário. Com sua aceitação programou-se uma reunião com os professores da escola para apresentação da proposta do ECIP.

-Assinatura do TCLE (APÊNDICE B) pelos professores da escola que voluntariamente se interessaram em participar das ações do ECIP;

-Aplicou-se um roteiro de entrevista para diagnosticar como as ações de educação em saúde vêm sendo desenvolvidas na escola, considerando os Temas Transversais em Saúde e o PSE (APÊNDICE J).

- Pactuou-se a oficina sobre a temática da PI e a proposta do ECIP no cenário da escola, bem como o contexto sobre as ações de educação em saúde da área da saúde no ambiente escolar.

❖ Reunião final de avaliação do ECIP para restituição dos resultados as instituições envolvidas, programada para acontecer em setembro de 2018.

- Direção e vice-direção, Coordenadores de Curso e de Estágio e docentes tutores do CAV/UFPE. Gestores da SMS da Vitória de Santo Antão (Secretaria de Saúde, Coordenação de Educação Permanente e Coordenação da Atenção Básica) e os profissionais da ESF/NASF e da Escola Santo Yves (diretora e professores).

-Restituição/avaliação da experiência do ECIP e discussão sobre a implementação intitucional da EIP por meio do ECIP em todos os cenários de prática da APS e das Escolas Municipais em Vitória de Santo Antão-PE, de forma gradual.

Oficinas

As oficinas são importantes para a construção de conhecimento, articulam saber e fazer e promovem implicações ético-políticas, em processos dialógicos permitindo a desterritorialização e a construção de novas realidades (SPINK et al., 2014). Possibilitam a participação coletiva onde se podem mobilizar diversas estratégias discursivas envolvendo a arte, o lúdico além da fala. Segundo Spink et al., (2014, p. 1) as oficinas:

[...] tem um potencial de promover o exercício ético-político, pois, ao mesmo tempo em geram material para análise, criam um espaço de trocas simbólicas que potencializam as discussões em grupo em relação a temática proposta gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação.

Nesta PI, as oficinas prepatórias foram realizadas com cada grupo de participantes (docentes, profissionais da saúde, docentes da escola, discentes da graduação) no primeiro momento da intervenção em 2016.2 e nos semestres de 2017.1 e 2018.1 apenas com os discentes da graduação. Realizaram-se oito oficinas, sete para discussões da temática e operacionais para o ECIP e uma coletiva, como descritas a seguir.

- ❖ Oficina 1 Realizada com coordenadores de estágio curricular e docentes/tutores e supervisores de estagio em 2016.2 – Carga horária de 6 horas;

A oficina realizada com nove participantes sendo quatro coordenadores de estágio curricular e cinco docentes que realizam a supervisão de estágio no território do Cajueiro. O objetivo da oficina foi discutir a formação superior em saúde e o potencial do CAV para a implementação da EIP no ECO, e construir uma proposta de “Plano comum” de atividades na APS e na escola envolvendo os discentes da graduação.

Na oficina foi deliberado o formato do ECIP, atividades e a carga horária.

- O plano comum de cuidados deve ser centrado nas necessidades do indivíduo, família e comunidade nos diferentes cenários, tendo a concepção ampliada de saúde e a integralidade do cuidado como referenciais;

- A Equipe discente deve atuar de forma integrada e interativa nas ações educativas e no desenvolvimento do plano de cuidados;
 - Início simultâneo do ECO para todos os cursos em um mesmo período e data comum nos espaços de formação da APS e da Escola;
 - O ECIP deveria acontecer com carga horária de 80 horas no semestre em dia fixo semanal compondo a carga horária do ECO de cada curso;
 - No dia do ECIP os discentes, organizam-se em equipe discente multiprofissional formando duas equipes para atuar na escola e na APS;
 - A supervisão do ECIP deveria ser realizada pelos mesmos docentes e preceptores do ECO uniprofissional, por área e por campo concomitantemente. Ou seja, a supervisão de área realizar-se-ia pelo tutor e preceptor ao discente de sua mesma formação e a supervisão de campo a todos os discentes independente da formação;
 - Deveria ser realizada discussão das atividades planejadas em desenvolvimento na escola e dos casos/famílias sob os cuidados da equipe discente, entre tutores e preceptores nas supervisões e reuniões programadas.
- ❖ Oficina 2. Com docentes/tutores e supervisores de estagio e profissionais/preceptores da APS – Carga Horária de 08 horas.

A oficina foi realizada com cinco docentes/tutores e três profissionais/preceptores (2016.2) da ESF/NASF do território do Cajueiro. Objetivou a discussão dos temas da formação do profissional em saúde e da EIP na realidade brasileira.

Trabalhou-se com a abordagem dialógica, em roda de conversa sendo a temática discutida por meio da tempestade de ideias sendo conduzida pela pesquisadora e sistematizada os tópicos centrais da discussão por um dos docentes/tutores; foram apresentadas as propostas discutidas na reunião com coordenadores de curso e de estágio e docentes/tutores, e os planos de atividades do ECO de cada curso, socializado o formato do ECIP para contribuições à proposta do plano de atividades do ECIP.

Proposta de atividades no cenário da ESF, sendo estabelecidas as seguintes condutas e atividades:

- Conhecer a realidade social do território, usuário/família por meio de visita domiciliar como ferramenta de conhecimento, aproximação e construção de vínculo;
 - Construir e executar o plano de cuidados integrado e centrado nas necessidades observadas e relatadas pelo usuário/família/comunidade sob a supervisão direta dos preceptores;
 - Atuar com responsabilidade sanitária e social referenciando as necessidades observadas e ou expressas pelo usuário/família diretamente para a ESF que irá realizar os devidos encaminhamentos para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ou Rede intersetorial municipal;
 - Discutir a situação/condição das famílias e casos com tutores e preceptores nas reuniões quinzenais programadas no decorrer do estágio constituindo essa atividade como aprendizagem coletiva, consolidando conceitos e competências para o trabalho em equipe interprofissional.
- ❖ Oficinas 3,4 e 5 realizadas com os discentes da graduação;

Foram realizadas três oficinas de sensibilização, nivelamento conceitual e prepatórias para o ECIP com os discentes da graduação. As oficinas foram coordenadas e conduzidas pela pesquisadora com a colaboração dos docentes/tutores.

Com uma carga horária de 20 horas/oficina desenvolvida a cada semestre da PI, antes da entrada da equipe discente nos cenários de estágio. Utilizou-se metodologia problematizadora e participativa por meio de seminários, roda de discussão, exposição dialogada.

As oficinas foram organizadas em dois eixos:

I. Políticas de Saúde e Política de Formação profissional

O SUS e seus princípios; Integralidade do cuidado; O cuidado em saúde nos diferentes cenários e centrado nas necessidades do usuário/família e comunidade;

Formação Profissional em Saúde; DCN; Trabalho em Equip; Educação Interprofissional; Que profissional eu sou? Minhas competências específicas;

Apresentação do formato do ECIP e discussão das atividades da equipe discente multiprofissional, o papel e atividade dos tutores e supervisores;

Formação das equipes e discussão sobre a proposta de atuação da equipe discente multiprofissional na USF e na Escola.

II. Educação em saúde; TT de saúde na escola; Programa de Saúde na Escola – PSE; metodologias ativas na educação; plano de aula e organização das atividades educativas.

❖ Oficinas 6 e 7 com os professores da escola;

Foram realizadas duas oficinas com os docentes da escola no semestre de 2016.2 da PI. Uma no turno da manhã e outra no turno da tarde com uma carga horária de 20 horas/cada oficina. Participaram das oficinas todos os 11 professores da escola.

A oficina foi planejada e desenvolvida pela pesquisadora juntamente com os docentes/tutores e contou com a colaboração dos profissionais/preceptores e das equipes discentes multiprofissionais, já com o propósito de integrar todos os participantes. A oficina abordou os conceitos de formação profissional em saúde e da educação/licenciatura; a Educação Interprofissional; Educação em Saúde, o PSE, os Temas Transversais em Saúde e a proposta do ECIP (APÊNDICE D)

A proposta de desenvolver ações do ECIP na escola envolvendo ações de educação em saúde pela equipe discente interprofissional gerou duas questões que foram discutidas na oficina. 1. Inserir o cenário da escola no estágio curricular dos cursos de saúde; 2. Desenvolver ações de saúde de interesse da comunidade escolar, onde esta defina quais temáticas devem ser trabalhadas junto à escola.

A primeira questão, o ECIP na escola seria uma construção de referencial, uma vez que, não se tem avaliação anterior desse formato de estágio nesse cenário, como dito foi uma aposta. A escola é um cenário comum, porém não específico para todas as formações, ainda o tema da promoção da saúde foi sinalizado como comum a todos nesse cenário, e foi nessa perspectiva de construção de ações educativas envolvendo a promoção da saúde que o ECIP na escola se constituiu.

A segunda questão, com referência na revisão sistemática “Ações de saúde na ou com a escola?” (LIMA, et al, 2018) realizada para esta pesquisa-intervenção, na qual se recomenda que as ações de educação em saúde devem ser discutidas e desenvolvidas “com” a escola e os temas a serem trabalhados devem ser sugeridos pelos docentes da escola. E considerando o

resultado do diagnóstico situacional sobre como as ações de saúde vem sendo desenvolvidas na escola Santo Yves, realizado na reunião de apresentação do ECIP com os docentes da escola, no qual sinalizou haver pouco envolvimento dos docentes da escola nas ações que vêm sendo desenvolvida pela saúde, a oficina deliberou que as ações educativas da equipe discente multiprofissional seriam desenvolvidas “com” a escola, por meio do diálogo horizontalizado e a construção e implementação das ações seriam desenvolvidas com a participação ativa dos docentes da escola.

Na oficina houve um momento para que os docentes da escola discutissem os temas de saúde que seriam mais adequados considerando a realidade da comunidade escolar. Estes temas, entretanto, não foram prontamente indicados, os docentes ficaram de discutir entre eles e indicar ao final da oficina.

Diversas temáticas foram sugeridas como, alimentação saudável, violência, *bullyng*, gravidez na adolescência, primeiros socorros, meio ambiente, gênero e sexualidade. Discutiu-se na oficina que não seria viável trabalhar todas essas temáticas sendo sugerido que os professores avaliassem destes qual (ais) estavam no momento demandando imediata intervenção? Considerando a realidade da comunidade escolar e da escola os professores chegaram ao consenso sobre dois Temas Transversais (TT) de maior interesse da escola, meio ambiente e gênero e sexualidade e entre os dois, meio ambiente foi considerado como potencial para agregar toda a escola nos dois turnos. O TT Gênero e sexualidade que foi sugerido pelos docentes do ensino fundamental II, esse tema também é uma demanda importante para o público adolescente, faixa etária deste nível de ensino e ficou acordado que seria abordado no semestre seguinte.

Considerando-se o contexto local da comunidade do Cajueiro e do entorno da Escola, a decisão de trabalhar apenas o TT Meio Ambiente no semestre 2016.2, nos dois turnos envolvendo assim toda a escola com uma única temática foi bem importante para impactar coletivamente a comunidade escolar em torno de um só objetivo. Nesta temática foram sugeridos pelos docentes da escola sub-temas como: conservação e preservação da natureza, recursos naturais, destino adequado do lixo, reciclagem, sendo construído um mapa de projetos por professor/turma no qual a equipe discente multiprofissional os tutores e preceptores se integraram (APÊNDICES E , F).

A discussão sobre as atividades do ECIP no cenário da escola seguindo os princípios que foram discutidos na reunião com os coordenadores de estágio e docentes/tutores foram

aqui seguidos, as ações da equipe discente multiprofissional no cenário da escola ficaram assim deliberadas.

- Planejar e desenvolver junto com os docentes da escola os projetos por estes sugeridos para sua turma;
 - Construir junto com os docentes da escola plano da ação educativo considerando a transversalidade do tema com a realidade dos alunos e da escola;
 - Utilizar de pedagogia problematizadora e desenvolvimento de experimentos como abordagem significativa nas ações educativas;
 - Acolher e identificar junto aos docentes da escola demandas relacionadas a situações de vulnerabilidade de saúde ou risco social dos alunos que precisem de acompanhamento pela RAS ou outros serviços municipais realizando a articulação entre a Escola e a ESF/NASF;
- ❖ Oficina 8 com todos os participantes

Esta oficina foi realizada na Escola Santo Yves para a integração de toda a equipe dos dois cenários do ECIP. Foi momento para socialização de como as ações aconteceriam em ambos os cenários e de como poderiam ser realizadas a integração entre a Escola e a ESF/NASF do território.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CCS/UFPE, atendendo a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, CAAE Nº 55947616.3.0000.5208, parecer Nº 2.669.748 (ANEXO A). Todos os participantes concordantes em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B). Os dados coletados preservaram a confidencialidade e sigilo dos sujeitos, onde foram utilizados a identificação de sua condição na pesquisa como docente/tutor; profissional de saúde/preceptor; professor da escola e os discentes conforme o curso Enfermagem (DEnf), Saúde Coletiva (DSC), Educação Física (DEF), Nutrição (DNut), Ciências Biológicas (DCB) e os números para designar a variabilidade do participante. Os dados foram armazenados e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período de cinco (5) anos sendo os mesmos destruídos após esse período.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico foi organizado nos dois momentos da PI.

6.1. Primeiro Momento

A pesquisa intervenção iniciou-se a partir da reflexão da realidade institucional e da experiência profissional da pesquisadora, desencadeando a percepção da possibilidade desse estudo que se apresenta como uma proposta para subsidiar uma futura transformação da realidade meso política. A análise da encomenda situa-se desta forma, no âmbito do contexto institucional, a partir da visualização de possibilidades no ambiente acadêmico de estruturar a integração do ECO dos cursos de graduação em saúde na perspectiva da interprofissionalidade e na realidade micro política, correspondendo ao ambiente de formação prática nos serviços de saúde e na educação básica cenários da proposta do ECIP.

A mudança do modelo de formação exige o envolvimento de múltiplas instituições que permeiam o processo de ensino-aprendizagem. A construção desta proposta se deu de forma processual arando os espaços e os atores semeando as condições necessárias e possíveis para o acontecimento da experiência interprofissional entre os cursos de saúde do CAV/UFPE. Desta forma, ativou-se o processo de “transformar para conhecer” mobilizando a instituição para o desenvolvimento e implementação do ECIP sendo este a demanda desta pesquisa-intervenção junto aos atores institucionais envolvidos diretamente nas reuniões e oficinas de sensibilização, discussão, planejamento e preparação do ECIP do CAV/UFPE.

A literatura chama atenção de que a implantação da EIP nas instituições de ensino é um processo complexo e exige intensa e contínua articulação entre diferentes instituições e atores. Os estudos descrevem princípios orientadores para a sua implementação e planejamento (FREETH, HAMMICK, REEVES, KOPPEL & BARR, 2005; GILBERT, 2005; IPEC, 2011). Outros apresentam modelos amplos que inserem além dos integrantes da IES e dos serviços, membros da comunidade para colaborar no planejamento e implementação da EIP (NADAN & SCOTT, 2014).

Compreende-se que a construção da proposta de integrar os cursos de graduação em saúde do CAV/UFPE objetivou-se para além da experiência interprofissional entre os discentes, o propósito maior foi o de subsidiar uma proposta institucional, que deveria partir de uma conformação coletiva interdisciplinar e multiprofissional envolvendo os atores implicados e implicantes nos diferentes cenários de formação teórico e prático vinculados ao estágio curricular obrigatório dos cursos de graduação em saúde, tendo como imagem objetivo, o processo de implementação da EIP de forma institucional nos cursos e no CAV/UFPE.

Desta forma, seguem-se os diálogos que emergiram do processo de construção da proposta do ECIP nas reuniões e oficinas mobilizando cada grupo de participantes inicialmente separados por questões operacionais e organizativas favorecendo a reflexão e pactuações nos espaços instituídos e posteriormente articulados possibilitando a troca de experiências e pactuações coletivas buscando construir um plano comum envolvendo as diferentes realidades e concepções visualizando também a complexidade dessa construção.

6.1.1 Oficina com os docentes do CAV

A mobilização dos coordenadores de curso, coordenadores do estágio curricular e docentes em torno da discussão da formação profissional, da fragmentação dos saberes e do trabalho em equipe objetivou a construção de um plano comum de estágio curricular para integrar os cursos de graduação em uma experiência de EIP. Este processo exigiu que essa discussão ocorresse em espaços institucionais para problematização da temática entre estes atores. Assim a temática do ECIP foi levada para reuniões de pleno de curso, do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e do Conselho de Coordenação Pedagógica (CCP), este composto por coordenadores de curso de graduação e técnicos de ensino.

As reuniões foram motivadas pela demanda de atualização dos PPC considerando as DCN em relação à interdisciplinaridade, à integralidade do cuidado e o trabalho em equipe, inicialmente, tendo a EIP como imagem objetivo. As reuniões envolvendo os docentes que integram o NDE e o CCP foram percebidas como fundamentais para essa discussão e para a implicação desses atores institucionais. Do local de implicação profissional e principalmente da implicação afetiva da pesquisadora, apresentou-se a proposta da construção do ECIP,

oportunamente atrelando ao Edital do PET-Saúde Gradua – SUS 2016-2018 que priorizava propostas de atualização curricular em relação às DCN's.

A discussão para a organização acadêmica do ECIP proporcionou que cada curso compreendesse a realidade do outro, identificando as áreas de convergência e interesses comuns para a construção de um momento de formação integrado desde sua organização à execução e avaliação. Os excertos seguintes evidenciaram o potencial de integração que se faz presente.

(Docente 4) O estágio de enfermagem acontece prioritariamente na ESF, os alunos trabalham com a escala de risco familiar e fazem a classificação das famílias, pelo menos três famílias como exercício, talvez todos pudessem trabalhar juntos nesse diagnóstico da vulnerabilidade e construir juntos o plano de cuidados.

(Docente 1) Nutrição fica no NASF, e acompanha as ações da nutricionista, mas tem dia que as alunas ficam na unidade, elas se queixam que ficam ociosas, acho que vai ser ótimo elas percorrerem a ESF além do NASF, ir para o território com os outros alunos de saúde, tendo mais autonomia no estágio.

(Docente 2) A licenciatura em ciências biológicas e os cursos de bacharelado em saúde, tem lógicas diferentes, mas são da área da saúde, então penso que identificar ações em comum de saúde pode ser um ganho para todos.

Nos encontros com os gestores da IES, coordenadores de curso, coordenadores de estágio e docentes acolheu-se a proposta da experiência do ECIP sem muitas divergências.

Envolver a escola na proposta do ECIP foi uma aposta, pois não existem referências nesse formato do estágio curricular. O objetivo foi integrar as licenciaturas em ciências biológicas e educação física aos cursos de bacharelado em saúde do CAV, aproximando assim saúde-educação na formação.

Reconhece-se como já sinalizado anteriormente que o lugar institucional na coordenação da CCP pela pesquisadora teve significativa implicação na aceitação da proposta, entretanto, houve resistências e a emergência de aviltamento ou mesmo silenciamentos diante da modificação do instituído, como pode ser percebido nos excertos seguintes.

(Docente 2) Parece tudo muito possível é uma proposta excelente, mas tem que ver como funciona na realidade do serviço, pois envolve muitos profissionais e serviços, tem que ver como vai funcionar na prática, tem que ser bem organizado de forma que os tempos e as atividades combinem para não ter prejuízos para os alunos.

(Docente 3) Não sei, nossos estágios são diversificados e as atividades muito específicas não vejo se dá para integrar, estamos tentando trabalhar a interdisciplinaridade entre nós e já é complicada a integração....é como ela disse só na prática pra saber de fato.

As falas dos docentes expressam o receio com a quebra do instituído e já percebe-se haver demandas em reativar a reprodução do mesmo, quando se coloca a necessidade de “ter que ser bem organizado”. Atuar no desconhecido, no incontrolável pode caracterizar um afrouxamento, o que é de difícil manutenção no cotidiano das instituições uma vez que pode trazer riscos de fracassos (PAULON, 2010). Contudo, mesmo na incerteza e com certo desconforto e insegurança não houve impedimentos para a construção do ECIP, sendo pactuado nessas oficinas seu acontecimento, a carga horária e atividades em comum para a que a equipe discente desenvolvesse a prática interprofissional.

Visualizaram-se ainda, espaços para que a prática resignificasse a teoria, observando as atividades e combinações na realidade do serviço, no cotidiano o qual envolve diversos atores implicados. Essa é uma questão que não se deve ignorar, pois o processo de trabalho nos serviços envolve seus saberes e práticas instituídos envoltos pela lógica da profissionalização e do mercado dificultando os processos instituintes (LOURAU, 1993; FREIRE, 2014; ELLERY, 2014).

Experiências de EIP desenvolvidas no Brasil apontam a falta de sintonia entre essa estratégia de ensino e o processo de trabalho dos docentes e de suas relações com os serviços que acontece quase sempre uniprofissional. Há críticas quanto ao modelo de organização dos espaços de formação na IES e nos serviços de saúde, a estrutura física, as rotinas burocráticas médico centradas, o ensino conteudista, e a avaliação somativa, identificando-as como barreiras para o desenvolvimento da educação interprofissional na realidade brasileira (AGUILAR-DA-SILVA, 2011; BATISTA et al., 2013; ROSSIT et al., 2014; COSTA, 2014; SILVA et al., 2014).

Considerando essas barreiras, a mobilização dos diferentes atores, implicando-os nesse processo é fundamental para construir uma nova cultura de formação que possa superar as barreiras estruturais, teoricamente mais difíceis de serem superadas. No entanto, a cultura uniprofissional e especializada, socialmente e historicamente instituída, vem sendo a principal

barreira à mudança do modelo de formação (COSTA, 2016; REEVES, 2016). O posicionamento docente ainda muito conservador e o distanciamento ensino-serviço-comunidade com demandas excludentes e particulares de cada instituição, são exemplos dessa constatação, o excerto seguinte enquadra-se nesta reflexão.

(Docente 1) A universidade está aberta para essa comunicação/integração, exceto por alguns docentes que dificultam o processo, mas vejo que o serviço é que na maioria das vezes apontam entraves para o estreitamento dessa relação. Envolvidos com suas demandas particulares, o serviço não cria espaços para o diálogo com a universidade, o que favoreceria o planejamento de ações alinhadas.

Este excerto deixa transparecer que entre ensino e serviço existem distanciamentos ocasionados pelos distintos objetivos de cada instituição e o posicionamento de alguns docentes que emperram os processos. A idealização do diálogo em espaços formais e compreendido como de responsabilização unilateral pela não construção do mesmo reforçam a constatação de que as barreiras culturais têm maior relevância que as estruturais para a mudança de pensamento. Existem barreiras postas entre ambas às instituições sendo necessária a compreensão da existência de objetos comuns entre estas, à exemplo da qualificação do cuidado para a melhoria da saúde da população e de estreitar a comunicação, responsabilidade tanto da IES quanto da gestão em saúde.

A integração ensino-serviço como destacado na literatura, vem sendo incentivada desde a década de 1980, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) é um exemplo de estratégias criadas pelo Ministério da Educação para aproximar as instituições de ensino e os serviços. Propostas criadas entre 2004- 2009 e atualmente vigente nos projetos: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VERSUS); Aprender SUS que focam na integralidade do cuidado como eixo de formação e os Projetos Pró-Saúde e PET Saúde, para reorientação da formação onde aprendizagem prática interprofissional aproximando os alunos entre si e da realidade profissional é a principal linha de ensino, são dispositivos que buscam fortalecer a integração entre IES e serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; TORRES, 2005; GONZALEZ; ALMEIDA, 2010; PEDUZZI et al.,2013).

Sabe-se que estas propostas foram e são fundamentais para disparar o debate da reorganização da formação profissional aproximando a universidade da realidade dos serviços e promovendo diálogos mais horizontalizados entre a academia, a gestão e os profissionais de saúde. No CAV/UFPE essas políticas indutoras como PET-Saúde, Pró-Saúde e VERSUS vem

sendo desenvolvidas desde 2009, construindo processos de aproximação, buscando reduzir os distanciamentos existentes entre as instituições, os docentes e profissionais de saúde. Estas políticas, entretanto, vêm envolvendo um número cada vez menor de participantes sendo necessário manter essas articulações de forma institucional pelos gestores locais dando sustentabilidade as propostas de mudança promovidas.

A discussão sobre a complexidade das necessidades em saúde, a integralidade do cuidado e a identificação de áreas de convergências entre as diferentes formações, foram aspectos vistos como facilitadores para aproximar o diálogo entre as diferentes formações, como destaca o docente nesse excerto.

(Docente 1) A integração entre os cursos é bem importante, penso que estamos buscando isso quando desenvolvemos nossos projetos de extensão e do PET-Saúde com professores e alunos de cursos diferentes, fazer ação de atividade física, por exemplo, é muito mais potencializada se tiver a orientação alimentar, ai nutrição e educação física casam bem. Na prática é muito rica a troca de conhecimentos, a complexidade da população exige isso hoje e todos saem ganhando.

Intencionou-se nesses encontros provocar a desterritorialização e reterritorialização em torno da discussão da reorientação da formação do profissional em saúde, da EIP e da integralidade do cuidado, confrontando as concepções fragmentárias do paradigma cartesiano no qual foram formados e permanecem condicionados hegemonicamente à este modelo de formação (ROCHA, 2003; PAULON, 2010).

Destaca-se que boa parte dos docentes do campus é familiarizada com as propostas de integração interdisciplinar e com as propostas de prática interprofissional, experiências adquiridas nos projetos de extensão, nos Projetos Pró-Saúde e PET-Saúde que vêm sendo desenvolvidas na IES desde 2009 e em cursos de qualificação docente voltados para a temática da formação profissional, facilitando assim a discussão nos diferentes espaços institucionais onde a proposta foi apresentada.

A escolha pela construção coletiva do ECIP foi uma forma de agir na IES inspirada na ideia de reciprocidade de poder, na co-responsabilidade e na prática interprofissional colaborativa, até então incipiente, que será uma conquista diária amparada pelos espaços de articulação e tensão entre o instituído e o instituinte.

6.1.2. Oficina com os Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde desenvolvem seu processo de trabalho na concepção uniprofissional, modelo de formação e de prática instituído de forma hegemônica nas IES e nos serviços de saúde respectivamente. Mesmo atuando na conformação multiprofissional, uma vez que este é o modelo organização instituído das equipes de saúde na APS, houve um estranhamento inicial em relação à proposta do modelo do estágio curricular intencionando a prática interprofissional, o que favoreceu a reflexão sobre a formação e a prática desses profissionais, como percebe-se no excerto seguinte.

(Preceptor 1) É estranho acompanhar aluno de outra formação profissional me faz ter que pensar as ações com outras visões, mais ampliadas, é bem desafiador, é mais confortável ficar com estudante da minha profissão. Na residência isso já acontece, mas assim eles já são formados, sabem seu papel.

A prática uniprofissional nos serviços de saúde reproduz o modelo de formação e a lógica da profissionalização, esse estranhamento é esperado uma vez que os profissionais dos serviços são fruto do modelo de formação uniprofissional. Implantar uma proposta de EIP, neste contexto, exige mobilizar este cenário e seus atores.

O dispositivo da educação permanente é fundamental, para uma melhor compreensão do ECIP e diminuir a tensão e os conflitos já existentes na relação entre ensino e serviço, nessa proposta de mudança da preceptoria uniprofissional para a multi e interprofissional na graduação. Os profissionais de saúde são atores importantes para a aprendizagem significativa dos discentes e seu discurso precisa estar alinhado a esta proposta de formação, e o ECIP acaba atuando também como educação permanente.

(Preceptor 3) Recebemos sempre alunos da graduação nos estágios e do PET, é sempre bem produtivo para todos, mas é uma atividade a mais para nós e o estágio agora multiprofissional aumenta a nossa responsabilidade com a formação não só com uma formação mas com várias né? Temos que ser mais bem preparados para esse novo estágio.

Apesar do Sistema de Saúde ser espaço privilegiado para a formação, o distanciamento que se tem entre os objetivos do ensino e os do serviço faz com que a gestão dos serviços e os profissionais desconheçam esse papel e apresentem algumas resistências ao seu papel formador, ou nem se reconheçam enquanto agentes formadores (CARVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). No excerto seguinte o relato do discente evidencia essa falta de compreensão.

(DEnf 6) O que aconteceu na unidade foi levado para a reunião da equipe... ela (profissional) disse assim, um primeiro problema são os estudantes, as visitas...dizendo que não tinha obrigação que fazia por caridade pra nos ajudar, ajudar os bichinhos porque eles precisam.

É frequente a queixa dos discentes em relação à preceptoria dos estágios nos cenários de formação prática, sendo visualizada a necessidade de envolver ainda mais os profissionais nas reuniões de preceptoria com as equipes de saúde. Para o ECIP identificamos essa falha e no semestre de 2018.1, os preceptores realizaram uma reunião com todos os profissionais que trabalham na USF, esclarecendo melhor esse formato do estágio na perspectiva da prática interprofissional.

Em estudo realizado na Universidade Federal da Bahia (UFBA), coordenadores de curso relatam 15 dificuldades em relação à integração ensino-serviço, a preceptoria dos profissionais de saúde foi a dificuldade mais relatada. Sendo destacados por Baldoíno e Veras, (2016, p.05) diversos fatores que estão associados às dificuldades que se têm com a preceptoria dos discentes nos cenário de formação prática.

[...] os profissionais... não estão... capacitados para o recebimento, seja por falta de investimento ou por desinteresse próprio, por falta de incentivo financeiro, cultural e científico da instituição e/ou do serviço ao trabalhador e por este pensar que o estudante irá dificultar a rotina de trabalho (BALDUÍNO, 2016, p.05).

As propostas de integração ensino-serviço visam mudar essa realidade e concepção, a troca de experiências permite a educação permanente dos profissionais de saúde e a adequação da formação às necessidades concretas da população. Ambos ganham com essa integração objetivando um resultado comum que é prestar um cuidado de qualidade centrado nas necessidades do indivíduo e da população e intervindo na melhoria de sua saúde.

As atividades e condutas para o ECIP construídas coletivamente entre docentes e profissionais de saúde permitiram à aproximação para as pactuações em relação às atividades de ensino entre as instituições. Apesar do sistema de saúde ser o ordenador da formação de recursos humanos, essa concepção não faz parte do cotidiano de ambas às instituições, geralmente as atividades de ensino no cenário das práticas são elencadas e estabelecidas pelos docentes com pouca ou nenhuma participação dos profissionais do serviço. Estes por sua vez

pouco se envolvem ou cobram sua participação nessa construção. A fala seguinte de um dos preceptores revela essa desarticulação.

(Preceptor 5)...não é comum sermos consultados sobre as atividades dos alunos que vem pra ficar sob nossa supervisão e que vamos avaliar no final, o que é ruim porque pode ter alguma atividade que não fazemos mais na assistência, na prática, esse formato foi bom, pode melhorar ainda mais, mas, já foi um grande passo.

(Preceptor 6) Assim facilita a nossa relação com o aluno, de poder ter um papel formador como preconiza o SUS. Ajuda a ter menos receio em receber os alunos porque você sabe o que ele tem que ver e fazer aí você pode também se preparar para orientar melhor as atividades deles.

Chegar a uma pactuação consensual demandou o exercício do diálogo horizontalizado, pouco comum entre universidade e serviço, mas como percebe-se na fala do preceptor foi um passo importante e que pode e de ver ampliado, interesse por parte da preceptoria foi demonstrado.

6.1.3. Oficina com os discentes de graduação do CAV/UFPE

A oficina com os discentes buscou desenvolver percepções e a compreensão de que as formações compõem um campo que agrega os diferentes saberes com objetos específicos e comuns que em interação possam desenvolver práticas colaborativas com objetivos em comum. Foram trabalhados os temas de saúde e de educação elencados como importantes para alinhar a compreensão sobre as temáticas envolvidas na pesquisa-intervenção e para construir objetivos comuns orientando as ações da equipe de forma interprofissional nos cenários de prática.

Foi um primeiro contato para desenvolver competências colaborativas para trabalhar em equipe com as diferentes formações e neste momento de organização e construção de empatia para uma convivência mais orgânica, as arestas começaram a ser sinalizadas e enfrentadas para construir um clima de colaboração. A construção da identidade profissional muito focada na graduação ficou evidente no desconforto inicial, maior para uns do que para outros, durante a composição das equipes multiprofissionais, como pode ser visto nos excertos adiante.

As discussões sobre as temáticas foram ricas e sinalizaram fragilidades no processo de formação de trabalhadores para o SUS. Apesar das diretrizes curriculares estabelecerem que a formação do profissional de saúde deva atender a demanda da população e do sistema público de saúde brasileiro, essa diretriz precisa ser fortalecida no ensino teórico e nos cenários de formação prática. No discurso do discente aparece essa reflexão sobre a formação para o SUS.

(DEF 3) a gente sabe que tem esse diferencial de curso, a gente só ouve falar em SUS no 3º ou 4º período e muito pouco aprofundado... como assim? A gente sabe que é um dos principais lugares onde o profissional de educação física tem que estar inserido. A gente não pode ser preparado somente pra academia, as nutricionistas somente para a clínica a galera de enfermagem para hospital.

Apesar dos avanços na história de construção do SUS, no campo da cidadania e do direito a saúde e em relação à homologação das DCN dos cursos de graduação em saúde no qual a formação para atender ao SUS é uma premissa, a realidade da formação não é voltada para atender o que preconiza as DCN e a nas políticas de saúde e de educação em relação a formação dos recursos humanos para o SUS. O que está estabelecido nas DCN e inserido nos PPC precisa sair do campo cartorial para os ambientes concretos da formação, essa é uma discussão que precisa avançar nos cursos de graduação. Anima, no entanto, a compreensão dessa necessidade no discurso do discente para além de sua própria formação.

Em estudos que avaliaram egressos dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de universidades públicas e privadas localizadas em São Paulo, Porto Alegre e no Rio Grande do Sul, sinalizam a inadequação da formação profissional às recomendações das DCN em relação ao perfil menos hospitalocêntrico e mais voltado para o SUS. Os estudos recomendam a adequação dos PPC, contudo, destacam a necessidade de preparação docente para essa reorientação do modelo de formação impresso nas DCN desde 2001 (BARDAGI et al., 2008, ROSSITO, 2012, COLENCI; BERTI 2014).

A composição das equipes foi um analisador que surgiu durante a oficina, no qual essa demanda revelou processos diferenciados vividos nas formações em relação à prática com outras formações. Ao interrogar os discentes sobre essa formação das equipes, emergem diferentes e complementares concepções nos discursos, evidenciando o contexto envolvido em cada realidade individual e de formação.

(DNut 3) a gente já teve experiência de interdisciplinaridade ... Foi só entre nutrição, porque também existem divergências nas áreas, saúde coletiva e clínica, tem essa coisa, uma rixa muito grande, inclusive entre professores, mais assim o trabalho, esses projetos fez com que a gente trabalhasse com outros profissionais a gente chegou a trabalhar com estudante de enfermagem e não foi difícil não.

(DEF 2) É questão de oportunizar, porque como o pessoal da nutrição disse, elas já tiveram a convivência interdisciplinar no curso, para nós particularmente ter vivenciado o momento da ocupação, ter ficado três meses acampados juntos, discutindo, fazendo atividades com diversas formações, toda uma organização de equipe pra funcionar legal, a gente quebrou alguns estigmas tanto na educação como na saúde e tantas outras áreas que participaram, nós já temos uma carga, então posso dizer que foi fácil até aqui está tranquilo, tudo bem.

(DCB 1) Achei horrível, horrível! Quando a senhora falou isso, eu olhei assim, pensei e agora, fiquei tenso e assustado, essa oportunidade de trabalhar com outros de saber lidar com outras formações não temos, eu não tive... só com licenciatura mesmo...até os professores ... passou pela cabeça em desistir do projeto.

As falas dos discentes evidenciam que existem experiências institucionais e de mobilização estudantil incipiente e em processo para uma formação mais ampliada, quebrando estigmas dentro da própria formação, como relata o discente de nutrição em relação ao currículo interdisciplinar, implantado pelo curso de Nutrição do CAV/UFPE desde 2014. E o discente de educação física que relata a rica experiência vivida no movimento de ocupação que favoreceu a oportunidade de lidar com diferentes formações desenvolvendo atividades em equipe.

Na fala do discente de ciências biológicas, observa-se o contrário, entretanto, é compreensível uma vez que a licenciatura atua em cenários da educação e o curso de licenciatura em ciências biológicas do CAV é noturno, havendo poucas oportunidades de inter-relação dos discentes com os demais cursos. Diante da proposta de quebra do padrão uniprofissional instituído, esboçou-se desconforto. Rementendo-se a Kafka, (2002), a incerteza confunde e traz temor e desconfiança com o desconhecido, o não saber antes do fazer rompendo com o modelo tradicional que está posto como ideal foi conflituoso, principalmente quando não se teve outras experiências. A oportunidade de vivenciar

diferentes cenários com diferentes formações, propostas dos programas de reorientação da formação em saúde a exemplo do PET-Saúde aparece como fundamental nestes contextos.

Na prática profissional vive-se esse conflito, daí a necessidade de identificar os ordenadores das relações nas instituições, os princípios comuns que irão nortear as práticas de todos os profissionais e criar oportunidades e experiências concretas. Nesses termos, o exercício da prática é simultaneamente o exercício da liberdade e da autonomia com todas as suas implicações e exigências.

6.1.4. Oficina com os professores da Escola

Ao inserir escola no módulo integrado do estágio questionou-se como as ações de educação em saúde e de atenção à saúde são desenvolvidas na escola? Na educação básica o tema saúde faz parte dos temas transversais (TT) estabelecidos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em 1998, e das Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica em 2013, na qual preconiza que a escola realize parcerias intersetoriais, dentre estas com o setor saúde, de forma a fomentar as discussões dos temas transversais no currículo comum.

Buscando conhecer a realidade da escola antes de iniciar a oficina foi realizado um diagnóstico abordando os TT. Os resultados desse diagnóstico realizado com os professores durante a reunião de apresentação do ECIP revelam que todos os onze (11) professores conhecem os temas transversais (TT) presente nos PCN e nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica (DCNEB), oito trabalham os TT em aula, sempre que o conteúdo permite, dois trabalham apenas coletivamente quando toda a escola é incentivada pela Secretaria de Educação do município, geralmente envolvendo ações integradas com a Secretaria de Saúde, o excerto seguinte expressa esse resultado.

(professor 8) Falo muito de saúde quando abordo, por exemplo, as pragas milenares históricas e relaciono com a mortalidade infantil, por exemplo...e de meio ambiente quando falo da camada de ozônio, desastres naturais, constituição das cidades.

O diagnóstico permitiu compreender que o tema saúde é desenvolvido isoladamente por cada professor em sua disciplina atrelado ao conteúdo, de forma genérica e não particularizando a realidade local, onde a escola está inserida. Essa constatação é

exemplificada na fala seguinte, na qual, se justifica que o tema saúde não faz parte do conteúdo de sua disciplina, então não é abordado.

(professor 4) Não falo, na minha disciplina não tem como fazer, é o professor de biologia que aborda sobre a saúde e lá que trata isso, pois são temas muito específicos, nas campanhas assim eu participo e trabalho com os alunos, com a Zika por exemplo, foi assim.

Esta fala do professor remete a conclusão que Venturi & Mohr (2013 p. 04), trazem de sua análise sobre como o tema saúde deve ser trabalhado pela escola, referida nos PCN de 1998, na qual afirmam existir contradições no documento em relação a educação em saúde na perspectiva pedagógica que deve ser inserida de forma transversal nos diferentes conteúdos e entre as ações de campanha que muitas vezes tem apenas o objetivo de reduzir taxas e indicadores.

De fato observa-se confusão quanto a quem e como deve ser abordado o tema saúde no ambiente da escola pelos professores. A formação do professor é deficitária em relação ao tema saúde, e quando existe é centrado nas questões biológicas e curativas, muito distante da promoção à saúde (VENTURI; MORH, 2013), a fala seguinte revela essa percepção.

(Professor 9) Seria muito bom fazer um mini curso sobre primeiros socorros pra gente, sempre acontece acidentes com os alunos, outro dia dois se esbarraram e um desmaio, foi uma agonia ficamos apavoradas...e ainda tem os engasgos, quedas, cortes, convulsões, tudo acontece.

Na perspectiva da área da saúde, as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde desenvolvem-se na escola por meio do PSE, onde as temáticas a serem desenvolvidas estabelecem-se nacionalmente, devendo ser pactuadas a nível local, sendo executadas baseadas em índices de produção e indicadores quantitativos pela ESF (BRASIL, 2015). Estudos revelam que estas ações na maioria das vezes acontecem numa perspectiva curativa e com pouca participação da comunidade escolar (FIGUEIREDO, 2010; VENTURI; MORH, 2013).

Esta questão foi objeto do artigo de revisão integrativa desta pesquisa-intervenção, “Saúde na ou com a Escola?”, na qual verificou-se que a maioria das ações de educação em saúde se desenvolvem na escola sem a participação efetiva dos professores, levando a ações pontuais e com impacto temporário no ambiente escolar (LIMA, et al.,2018). Esta pesquisa

possibilitou a fundamentação e discussão desse questionamento na oficina com todos os participantes (APÊNDICE D).

Com base no diagnóstico da escola, oito docentes relatam conhecer o PSE, porém destacam que as ações do programa não são discutidas previamente com eles, os profissionais de saúde apresentam os temas que serão abordados, a programação e a escola organiza-se para nestes dias os alunos participarem. Referem ainda que as orientações da saúde bucal e aplicação de flúor são as ações desenvolvidas regularmente na escola.

Essas discussões, suscitadas na oficina com os docentes da escola, levaram reflexões por parte de todos, e em especial a escola sobre seu papel nas ações que vêm sendo desenvolvidas pela saúde no ambiente escolar. O que levou a proposição durante a oficina de que as ações deveriam ser desenvolvidas “com” a escola, onde os professores deveriam demandar os temas das ações educativas e também compor a equipe de intervenção das ações na sua turma e coletivamente na escola.

Essa proposta foi aceita, porém inicialmente não foi muito bem compreendida mesmo com o desenvolvimento da oficina, o que é compreensível considerando o histórico dos modelos de educação em saúde que vêm sendo desenvolvidos no ambiente escolar e a cultura instituída socialmente na saúde e na educação em relação a essa abordagem (LIMA et al, 2018).

Todos os professores participaram das oficinas, sendo perceptível a satisfação com a chegada da “proposta/projeto” principalmente devido à diversidade de profissionais da equipe e a percepção de que as ações seriam desenvolvidas pela equipe do CAV e teriam uma função de recreação para amenizar os conflitos locais, nem que seja por um curto período, como possivelmente devem ter vivenciado em experiências anteriores.

(Professor 3) Queremos participar sim, é ótimo quando chegam essas atividades, brincadeiras que animam as crianças, todo mundo, os alunos, as mães adoram, a escola fica mais movimentada, e nos também é sempre bom ter esses projetos aqui, a comunidade é um pouco difícil e essas ações amenizam um pouco essa realidade .

A proposta do ECIP é desenvolver ações no espaço escolar inserindo os professores em todos os momentos desde a concepção, execução e avaliação, resgatar a importância de se abordar a saúde de forma transversal, considerando a realidade local e buscando envolver a comunidade escolar evitando implementar ações de educação em saúde não condizentes com

seus interesses e sem a sua implicação. Critica que os professores fazem sobre como a saúde desenvolve as ações educativas na escola como destaca Lima et al., (2018 p.10),

Os professores se queixam de que o setor de saúde desenvolve ações isoladas e pontuais não condizentes com as necessidades da comunidade escolar que precariamente participa das decisões sobre os temas e as ações de educação em saúde desenvolvidas na escola.

Ainda destaca-se a fala do discente de ciências biológicas, ao referir que ,

(DCB1) Quando os profissionais de saúde entram na escola muitas vezes desligam o professor...e este por sua vez aproveita pra cuidar de outras coisas, cadernetas, correção de prova...é uma troca não negociada, digamos assim”

6.1.5. Síntese do Primeiro Momento

O primeiro momento da PI correspondeu ao processo de reflexão da realidade institucional, vislumbrando as possibilidades para construir uma experiência que consubstanciasse a implantação da EIP nos cursos de graduação em saúde do CAV/UFPE. A reorientação da formação do profissional em saúde é uma demanda desde a homologação da DCN dos cursos de graduação em saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado e do trabalho em equipe desde 2001. Atualmente novas orientações vêm sendo discutidas objetivando atender as demandas crescentes e cada vez mais complexas da população, exigindo-se profissionais melhor preparados para essa realidade. A Educação Interprofissional uma proposta recomendada pela OMS e OPAS, com base em pesquisas globais desenvolvidas na última década sinalizam a efetividade da EIP na qualidade do cuidado em saúde, como estratégica para a mudança do modelo de formação e da prática profissional (WHO, 2010; LAPKIN et al., 2013).

No primeiro momento da pesquisa-intervenção buscou-se mobilizar os espaços e atores institucionais na discussão desse contexto da demanda em torno da reorientação da formação profissional para construir de forma coletiva a proposta do Estágio Curricular Interprofissional do CAV/UFPE. As reuniões e oficinas com os diferentes participantes levaram a conhecer as implicações e processos instituídos nos espaços de formação dos profissionais de saúde no CAV/UFPE e nos cenários de prática.

No CAV a estrutura física aparece como um obstáculo ao desenvolvimento da EIP. A organização acadêmica busca acomodar os docentes e discentes para o melhor funcionamento dos cursos no formato uniprofissional. As possibilidades de integração institucional foram visualizadas no momento do ECO dos cursos, que acontecem em momento, território e período comum, segundo a matriz curricular dos cursos. Desta forma, articulou-se essa proposta de integrar esses estágios, nas reuniões com os gestores, coordenadores de curso e tutores de estágio e os gestores e profissionais dos cenários de prática, onde as atividades dos estágios são realizadas. O local institucional da pesquisadora no CCP do CAV/UFPE foi visto como importante para a implicação e comprometimento dos espaços e atores institucionais nesta proposta.

Nas oficinas com coordenadores de curso, coordenadores de estágio e docentes tutores houve aceitação da proposta do ECIP reconhecendo o potencial de integração na APS e na escola, mesmo sendo verificado receio quanto a mudança do modelo vigente instituído. As implicações profissionais vinculadas ao modelo de formação uniprofissional e ao processo de trabalho desenvolvido na rede de atenção à saúde, possivelmente foram os determinantes desse receio.

Percebe-se nos discursos que existem aberturas e processos incipientes em torno da discussão da reorientação da formação profissional em saúde e movimentos para a adequação dos PPC no CAV/UFPE. As experiências em projetos de extensão interdisciplinares e projetos PRÓ-PET saúde favorecem essa mudança de pensamento, mobilizando os processos instituintes que apoiaram a ideação do ECIP. Barreiras culturais principalmente à da formação tradicional, conteudista, apoiada por alguns docentes que fincaram suas trincheiras dificultando os processos de mudança. A integração ensino-serviço acontece, porém, com limitações de: comunicação, objetivos divergentes entre a IES e o serviço, o pouco interesse e implicação dos profissionais nos processos formativos. São dificuldades que o processo de implantação da proposta do ECIP precisa conhecer e reconhecer para traçar estratégias coletivas de enfrentamento.

As pactuações coletivas envolvendo os profissionais de saúde foram percebidas como importante para a implicação desses atores nos cenários de prática reconhecendo seu papel formador pela universidade, pela equipe de saúde e pela gestão municipal. Mesmo inseridos numa lógica organizacional centrada na divisão do trabalho, a inserção dos profissionais no ECIP permitiu a reflexão da prática e conseqüentemente de sua formação continuada durante

esse processo, tornando-o mais empoderado para esse papel intervindo de forma mais formativa junto aos discentes em formação.

A proposta do ECIP na escola suscitou algumas questões importantes em relação à inserção de ações educativas por parte da área da saúde na escola levando essa reflexão para os espaços do ensino e da ESF. Desenvolver ações educativas com a escola envolvendo os temas transversais numa perspectiva pedagógica onde os professores participem ativamente desse processo é a aposta do ECIP neste cenário. A proposta foi construída envolvendo essas discussões e acontecimentos para sua implementação e experiência pelos discentes nos cenários de formação, segundo momento desta PI.

6.2. Segundo Momento

6.2.1. A implementação e Experiência do ECIP

O ECIP, sua construção e implementação provocaram em todos os participantes, percepções e reflexões, contudo, esta PI centrou-se na proposta de reorientação do modelo de formação profissional em saúde, centrando o cuidado nas necessidades do usuário, família e comunidade de forma a fomentar a clínica ampliada e a prática colaborativa interprofissional. Todos os movimentos instituintes de mobilização, articulação, discussão, e execução das ações foram objetivados para construir a proposta de integração do ECO para que os discentes da graduação o vivenciasse nos cenários de formação prática.

Analisaram-se as percepções dos discentes por meio de seu discurso e/ou atitudes observadas durante a experiência do ECIP, a manifestação de competências colaborativas para o trabalho interprofissional conforme o referencial teórico da EIP e do grupo norte americano do *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC, 2016).

As atividades da equipe discente tanto na ESF quanto na escola centrou-se nos princípios de que as atividades deveriam ser construídas com foco nas necessidades do usuário, da família e da comunidade. As atividades deveriam acontecer em equipe, objetivando a integração entre saberes e práticas.

No processo de trabalho, os discentes buscaram desenvolver as ações em equipe de forma integrada. A atividade prática no cenário da APS iniciou-se com o diagnóstico familiar onde os discentes em equipe multiprofissional realizavam visitas aos domicílios para o

primeiro encontro com o usuário e a família. A partir daí o processo de trabalho interprofissional era ativado com a construção integrada do diagnóstico familiar e do plano de cuidados. As ações foram desenvolvidas e avaliadas semanalmente pela equipe discente a cada família durante o período do ECIP. A equipe discente atuava com autonomia tendo os tutores e preceptores na retaguarda para auxiliar quando fossem solicitados ou durante as supervisões.

Inicialmente houve estranhamento no fazer desse novo processo de prática do ECIP em equipe multiprofissional por parte dos discentes e também dos profissionais do serviço, os quais no dia do ECIP eram mobilizados á reflexão. Uma forma de atuar diferente na qual os discentes sempre em equipe nos momentos de intervenção na USF, junto às famílias, nas visitas e implementando ações no domicílio. Ao longo do desenvolvimento das ações os discentes relatam que foi também compreendendo melhor o processo do trabalho em equipe, ressignificando essa atuação durante a prática.

(**DNut 1**) No inicio a gente tinha uma visão tão assim da proposta, chegando à metade do estágio foi que realmente eu entendi como seria. (**DEnf 3**) Foi o que a gente tava conversando... a gente meio que, eu pelo menos me encontrei com a proposta do estágio também na metade (**DEnf 1**) Antes a gente era mais separado, né... tipo cada um na sua, que pena que esse vai terminar, eu acho que funcionou bem, assim a gente conseguiu alcançar os objetivos da gente. (**DCB 1**) É perceptível que hoje, a desenvoltura da equipe tá melhor que no começo, o que é normal né?

Os discursos dos discentes, das diferentes formações, evidenciam que compreender a proposta do ECIP levou boa parte da carga horária do mesmo. Os discentes descrevem não ter se identificado com a proposta no inicio estágio e ficarem boa parte dele “cada um na sua” não interagindo como deve acontecer na prática interprofissional. O trabalho em equipe interprofissional necessita de tempo para que a experiência e seus conceitos sejam compreendidos. Verificou-se que a compreensão foi processual e constituída com o fazer das ações do estágio integrado entre as diferentes formações. Tal dificuldade é compreensível e esperada considerando que esses discentes estão inseridos no modelo uniprofissional onde as oportunidades de aprendizagem com colegas de outra formação são raras e pontuais.

Na APS as possibilidades de desenvolvimento de experiências interprofissionais são indiscutíveis como enfatiza Peduzzi, (2016 p.01), “o Sistema Único de Saúde (SUS) é Interprofissional” funcionando como espaço de interações práticas com compartilhamento de

saberes e articulado entre o sistema de saúde e o sistema de educação. A ESF e o NASF funcionam na lógica de atuação em equipe multiprofissional focando a integralidade do cuidado e com Projeto Terapêutico Singular (PTS), existem grandes possibilidades para desenvolver práticas integradas nestes cenários, é preciso no entanto ter a qualificação e a interacionalidade para a prática colaborativa (BRASIL, 2017; COSTA, 20014; ELLERY, 2014; SILVA et al., 2015).

A entrada do ECIP na escola iniciou-se com uma ação impactante envolvendo toda a escola com a temática do meio ambiente gerando uma expectativa positiva na comunidade escolar para as próximas ações. Esta ação foi nomeada de “Trilha da Reciclagem”, sugerida pelos discentes da licenciatura em ciências biológicas e construída coletivamente na equipe discente. As ações educativas trabalharam os sub-temas: resíduos sólidos, produção e destino adequado do lixo e reciclagem, por meio de atividades lúdicas, brincadeiras, desafios de conhecimento, habilidades manuais, todas voltadas para a sensibilização dos alunos quanto ao tema transversal meio ambiente e em todos os semestres do ECIP envolveram metodologias participativas nas quais os alunos da escola foram os protagonistas.

Foram desenvolvidos experimentos, construção de brinquedos e instrumentos musicais com material reciclado, construção de hortas, desenvolvimento de maquetes, plantio de sementeiras, construção de jardim suspenso com garrafas plásticas (pet), plantação de mudas, excursões didáticas a reservas e unidade de conservação ambiental, construção de paródias, dança, teatro de bonecos, pinturas, corrida de rua, desafios e jogos, sugeridos pela equipe discente e os professores da escola nos planejamentos das ações. Essas atividades buscaram integração com os conteúdos ministrados no semestre pelo professor de forma a buscar trabalhar transversalmente o tema.

Os excertos seguintes evidenciam o sentimento dos discentes da equipe do ECIP sobre a construção das atividades.

(DCB 1) É muito importante a gente chegar à escola e não está com tudo pronto como foi à proposta, né? Deixar tanto os professores atuar como os alunos e eles achavam lindo ver que aquela cerquinha que eles pintaram que aquela planta foram eles que plantaram então isso também é muito bom, além conseguirmos entrosamento entre nós enquanto equipe, a gente fez com que os alunos se entrosassem entre eles para melhorar a própria escola.

(DNut) No último dia da culminância que a gente entregou os porta retratos... uma das pequenininhas que se ligou muito a DCB1, pegou o porta retrato e fez assim, que lindo foi o jardim que eu fiz, pegou e ficou super feliz porque tava vendo que foi uma produção dela também.

Nos discursos fica evidente a compreensão quanto à construção colaborativa pela equipe discente envolvendo os professores e principalmente os alunos da escola que se integraram ativamente nas ações. É nesse fazer segundo Frenk et al, (2010 p.14) “que as competências profissionais emergem e é neste momento que o cuidado ético e de responsabilidade social se faz ou se deixa de fazer”. O excerto mostra que os discentes da graduação compreenderam a importância de considerar as demandas locais valorizando sua participação no processo de ensino-aprendizagem, que para ser significativo e transformador precisa ser experimentado. É um processo de construção e deixar que o outro também faça sentir-se partícipe empoderando-se num fazer coletivo e colaborativo.

Em relação ao envolvimento dos professores da escola, destaca-se que a maioria participou nos momentos das intervenções educacionais junto a sua turma, apoiando na indicação dos conteúdos, nas atividades lúdicas e na adequação da linguagem utilizada pela equipe discente. No excerto seguinte evidencia-se esse envolvimento.

(DNut) As professoras conseguiram nos deixar atuar e quando chegávamos à sala de aula, elas nos deixavam a vontade. Às vezes eu falava numa linguagem não tão adequada pra idade deles, ela dizia, espera ai, só um pouquinho, horta é o seguinte, explicava com outras palavras, porque a linguagem da professora é totalmente diferente da minha. Então foi bom conseguimos interagir legal. A gente conversava antes, na equipe, que não íamos conseguir deixar o professor totalmente integrado na nossa atividade, e essas professoras se integraram, elas ajudavam, elas faziam a proposta do tema pra discutir, eu tinha até o Zap de uma delas (risos) era, a gente enviava ela corrigia algumas coisas, é melhor assim porque eles são pequenos, muda isso, muda aquilo. E nas atividades fora da escola ela ia junto e estava sempre atuando. Aqueles professores que a gente não conseguiu a gente só deixou né? Só deixa, e dar valor aqueles que estavam querendo participar junto.

A atuação do ECIP propondo uma forma diferente da saúde atuar na escola envolvendo os professores em todos os processos foi desafiador. O discurso mostra que o envolvimento dos professores nas atividades aconteceu, a educação e a saúde conseguiram permitir esse envolvimento mútuo, havendo a troca de experiências.

Entretanto, antes de iniciar as intervenções, havia o pensamento instituído de que os professores não se envolveriam e/ou que a equipe discente não iria “conseguir deixar” não iria

se sair bem nesse propósito. No discurso a responsabilidade de participação é compartilhada entre a equipe discente que deveria os mobilizar e os professores que “quiseram” participar, no entanto, há um sentimento despreocupado com os que não foram tocados, legitimando a crença instituída de não integração entre as áreas. Eles não querem se envolver e/ou não conseguem permitir esse envolvimento? Para ter conseguido romper com essa lógica de pensamento, a forma de fazer foi imperativa, mas também houve reciprocidade por parte desses professores que acreditaram na proposta.

Além das propostas educativas que foram bastante construtivas envolvendo a escola e a equipe discente em um movimento crescente de quebra do instituído, a cada semestre foi construído também um canal de comunicação mais próximo entre os professores da escola e a ESF para a atenção específica de algumas demandas de saúde ou sociais identificadas pelos professores no ambiente escolar. Os professores relatam que se sentem limitados para lidar sozinhos com essas questões. A atuação da equipe discente no cenário da escola possibilitou a articulação entre a educação e a saúde aproximando esses dois campos.

(DEF 2) uma coisa muito importante que aconteceu assim foi à gente poder fazer uma anamnese, uma análise de algumas crianças em situações de risco, foi muito importante porque a gente conseguiu fazer essa análise essa observação de dentro da escola, a gente conversou com as professoras no término das ações sobre as crianças e de como buscar apoio na ESF e NASF, estreitar esses laços entre a Escola e a USF, elas adoraram porque tem situações de negligência, de abusos, elas não sabem muito o que fazer.

O discurso mostra o processo de trabalho instituído da saúde projetando-se no cenário da escola, buscando significação de suas competências específicas neste cenário para além das ações educativas e sendo bem acolhido. No discurso há compreensão da multicausalidade complementando o procedimento clínico. E a identificação da necessidade da intersetorialidade com a ESF do território. A fala também descreve o diálogo distanciado entre as áreas, onde a escola não buscava apoio do serviço de saúde do território. Ao discutir os casos com os preceptores, alguns já eram de seu conhecimento e intervenções, no entanto, os professores da escola desconheciam essas abordagens em andamento. O canal de comunicação foi estabelecido, resta ser fortalecido e mantido pelos profissionais locais.

As ações na ESF pela equipe discente partiram do princípio de centrar as ações no usuário, na família e no contexto da comunidade. Na perspectiva da EIP as competências para o trabalho em equipe forjam-se nas mútuas interações entre os discentes, os usuários, a

comunidade e a escola. Nos excertos que seguem buscou-se evidenciar essa construção e verificar o desenvolvimento das competências colaborativas para o trabalho em equipe interprofissional, compreendendo, entretanto, que as mudanças nem sempre são minifestadas de forma visível uma vez que estas não ocorrem apenas no âmbito comportamental conforme já discutido anteriormente por Fleury, 2001.

(DEnf 3) A família tem cinco integrantes, fizemos intervenções para as três pessoas que sempre estavam em casa. Uma senhora que é diabética e que tem complicação de pé diabético, sua filha, hipertensa, a neta de 14 anos, é sedentária e está com sobrepeso, as intervenções foram integradas. **(DEF2)** Fiz orientações para melhorar a postura, estimular atividade física de baixa intensidade para controle da glicemia, escrevi e exemplifiquei os exercícios para elas. **(DNut 3)** Fiz orientação para diabetes, hipertensão e obesidade pra neta, ela só queria fazer lanche não queria fazer refeição.

No excerto os discentes relatam o olhar sobre as características individuais e as necessidades dos integrantes da família atendendo ao princípio de focar o cuidado nas necessidades do usuário e da família partindo de sua realidade. Os discursos evidenciam que as intervenções de cuidado buscaram integrar as competências específicas de cada profissão em torno da prescrição de orientações alimentares adequadas às doenças verificadas e o incentivo à atividade física com objetivos comuns de enfrentamento às morbidades crônicas identificadas. Vivenciar a implementação dos saberes e práticas de cada área em torno de um objetivo comum permitiu aos discentes perceberem a importância do outro e a complementaridade do fazer de cada um podendo se constituir num processo de compreensão dos papéis profissionais, do respeito e da complementaridade do cuidado mobilizando saberes, habilidades e atitudes para construção das competências colaborativas.

(DNut 4) O que ficou mais forte na vivência do estágio foi a parceria, a troca de informação de conhecimento de um curso com outro e poder perceber que de certa forma um complementa o outro, nós estamos, tá, ali com conhecimentos diferentes, mas com um propósito único.

(DSC1) Algumas vezes não enxerguei o papel do sanitarista na escola, fiz um pouco de tudo, orientação nutricional, atuei na sala de aula, fiz dinâmicas com os alunos, plantei horta. Demorei a identificar e aqui na discussão vejo que é o mesmo de todos, a promoção da saúde. **(DCB1)** Eu acho que é como a gente tava falando, que todo profissional tem seu espaço na escola e a promoção da saúde vai englobar todo mundo.

Essas reflexões corroboram com o referencial teórico sobre o conceito da EIP, em que duas ou mais profissões aprendem com e sobre a outra promovendo interação e colaboração

para a qualidade do cuidado (BARR et al., 2005). A organização em equipe focando o olhar para uma mesma realidade e com o incentivo de construir objetivos comuns de cuidado e das ações educativas permitiu a percepção do outro o reconhecimento da complementaridade do cuidado em prol de um objetivo e objeto comum que no segundo excerto as discentes identificaram como sendo a promoção da saúde.

Resultados semelhantes envolvendo diferentes formações de saúde em experiência prática na comunidade, na qual a equipe discente implementa cuidados centrados às necessidades da pessoa e da comunidade foram evidenciados em programas de EIP na graduação de várias IES no mundo como: a Universidade Erasmus Hoges Brussel na Bélgica (GOELLEN et al., 2006), Universidade de Melbourne na Austrália (MCNAIR et al., 2005), a Universidade de Sapporo no Japão (SOHMA et al., 2010), a Universidade Western Cape na África do Sul (WAGGIE;LATOE, 2014), a Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP no Brasil (ROSSIT et al., 2014).

A centralidade do cuidado no usuário e na comunidade, um dos princípios da EIP e do painel de competências do IPEC 2016, desenvolve no discente a percepção da multicausalidade da saúde-doença, levando-os a refletir sobre as limitações do modelo biomédico centrado na objetivação técnico-instrumental e na necessidade de integração intersetorial reconhecendo as limitações do campo da saúde e sua interdependência com outros campos e áreas.

(DSC 3) A princípio nós queremos resolver tudo, né? Porque dá uma louca na pessoa, você vê a situação, vamos resolver isso, tem resolver aquilo, mas assim a gente percebe que sozinho não consegue, né? A saúde em si sozinha não resolve todos os problemas, é tanto que tem a intersetorialidade, a gente viu isso na prática quando fomos atrás do NIS (Número de Identificação Social), porque a conta de energia dessa família tava altíssima, e ela não tinha muitos equipamentos elétricos na casa, não estavam cadastrados, nem sabiam que tinha esse benefício que a conta poderia vir menor. Ai, procuramos ver onde cadastrava e passamos pra família, então eu acho que o cuidado não é pensar assim **só** na saúde em si.

(DNut 6) A gente tem que chegar e falar como amigo, ela tava passando por uma dificuldade grande, então você tem que envolver não só nutrição, só enfermagem, só educação física, eu tive que envolver psicologia e tudo mais, sinceramente eu não fiz nenhuma intervenção de nutrição... ela não tinha documentos, então fomos atrás de saber como faz pra tirar documentos, certidão de nascimento, então eu tive que descer daquele pedestal que muitas vezes a gente se põe.

A formação em saúde, excessivamente técnica acaba por distanciar o futuro profissional de seu papel social. Nos excertos anteriores a experiência vivenciada pelos discentes ampliou sua percepção ética e social do contexto em que vive as famílias despertando e favorecendo atitudes que potencializam o cuidado integral. Desenvolver atitudes altruístas está relacionada com o senso de implicação, de se colocar no lugar do outro, a proposta de centrar na realidade da família estimulou o deslocamento do foco da atenção especializada para a atenção ampliada e esse movimento leva ao desenvolvimento da competência colaborativa, ética e valores para o cuidado integral em saúde (ROSSIT, 2011; BATISTA, 2012; SILVA, 2014; SANTOS, 2015).

Nos discursos a experiência vivida pelas discentes de saúde coletiva e de nutrição, no plano real da vida as “tocou” o que permitiu potencializar e ou despertar recursos que estes já tinham e que a aprendizagem significativa apenas aflorou e as implicou. Estes discursos confrontam a formação uniprofissional em que os profissionais têm dificuldades ou não se envolvem com o que não reconhecem como de sua competência específica e muitas vezes se posicionam com indiferença diante da realidade social que se deparam (MORIN, 2014; ALVES, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; ALBUQUERQUE, 2012; GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).

Na perspectiva de construir o plano de cuidados centrado nas necessidades do usuário e sua família atitudes e habilidades são desenvolvidas e mobilizadas envolvendo os diferentes saberes para o desenvolvimento de competências como valores e ética no cuidado importante para a humanização e respeito as reais necessidades presentes no usuário e na família. O excerto seguinte aponta também para esse desenvolvimento.

(DSC 3) Na primeira família nós levamos um café da manhã na segunda visita que fizemos. O objetivo foi de criar uma reaproximação entre os familiares, a família não faz refeições juntas... **(DEnf 3)** é, a mãe relatou desde que ela teve o AVC há 5 anos, então também pensamos em construir esse vínculo dela com as filhas, ela nunca come junto com as filhas... **(DNut 3)** ... Foi um momento também para orientação dietética dentro da realidade do que ela já consumia e comemos junto com elas durante a visita, foi um momento bem construtivo, nunca pensei em fazer orientação comendo junto com o usuário e na casa dele.

Os discursos evidenciam a integração dos discentes em torno do propósito único do restabelecendo o vínculo familiar, por meio de um momento íntimo como à refeição. Essa

atitude desenvolvida de forma colaborativa demonstrou a implicação afetiva dos discentes rompendo com padrões desumanizantes, que hierarquizam as relações entre profissionais-usuários. Ainda precebe-se na ação desenvolvida pela equipe discente estratégias de intervenção intersubjetivas e simbólicas, como comerem junto com a família, forjando o vínculo profissional-paciente-família, é um exemplo concreto do cuidado centrado no usuário que estimula sua participação e responsabilização dele e da família no processo de cuidado (ORCHARD et al., 2012; SILVA, 2014; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A humanização da assistência promovendo a dialogicidade das relações pode ser considerada como um novo “ethos, entendido como uma forma de se conduzir, de pensar, de sentir, de estar com os outros e conviver com suas diferenças”, Ribeiro, (2006 p.47), encontrada na Política Nacional de Humanização (PNH) enfatizando a horizontalização das relações como premissa para a atuação em equipe e o cuidado aos usuários (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Seguindo na construção de competências para a prática interprofissional, Em diversas pesquisas que avaliaram experiências vivenciadas sob a perspectiva da EIP, uma das atitudes colaborativas mais evidenciadas nos discentes foi o desenvolvimento do respeito pelo outro profissional decorrente da quebra de estereótipos oportunizada pela experiência de aprender junto (OANDASAN, et al., 2004; STRASSER, et al., 2008; SINCLAIR; LINGARD; MOHABEER, 2009; ROSSIT et al., 2011; BATISTA, 2012).

(D_{Enf} 8) Eu enquanto enfermeira quero fazer o melhor para aquele paciente, naquela visita, nós temos uma experiência maior em entrar na casa dos comunitários mas tem coisa que mesmo eu dando o meu melhor, se não tiver o outro profissional de outra área, eu posso tentar e fazer um pouco do que ela faz, mas não posso fazer como ela. Ela passou uma dieta que eu não iria saber passar, então assim mais uma vez a importância do trabalho em equipe, e acabar com essa presunção de achar que pode fazer tudo sozinho.

O discurso da discente de enfermagem reconhece e valoriza suas competências específicas, o que em uma intervenção uniprofissional poderia levar ao fortalecimento da identidade corporativa, negando a necessidade de colaboração, entretanto, como visto em outros estudos, na atuação em equipe houve o reconhecimento da complementaridade e de suas próprias limitações saindo de um patamar de superioridade para a horizontalidade das relações (MAHLER et al., 2014; BAKER et al., 2011)

Ainda em relação a esse excerto, a questão de não ultrapassar as barreiras das competências específicas do outro fica claro no discurso da discente compreendendo que a especificidade é exclusiva, no entanto, orientações gerais e genéricas podem ser compartilhadas e desenvolvidas por todos. Estudos sobre a EIP sinalizam exatamente isso, que as competências específicas são preservadas e as especificidades e casos complexos são exclusivos, entretanto, orientações gerais de diferentes áreas podem ser aprendidas colaborativamente, ampliando e otimizando o cuidado integral aos usuários e suas famílias (BARR et al., 2005; ORCHARD et al., 2012; CICH, 2010; SILVA, 2015; IPEC, 2016).

Ainda enfatizando atitudes que contribuem para que os profissionais trabalhem juntos e que pode acontecer em decorrência do respeito pelo conhecimento do outro, a interação entre as diferentes formações contribui para a redução de estereótipos hostis e a construção de atitudes e valores para o reconhecimento da importância de cada profissão promovendo o cuidado integral atendendo melhor a necessidade dos usuários (HIND et al., 2003; BARR et al., 2005; JAKOBSEN et al., 2009).

Nos discursos dos discentes foi relatado que há entre os cursos principalmente em momentos informais, brincadeiras sobre o fazer das profissões em tom de pilhéria, reduzindo suas ações as atividades práticas criando uma imagem estereotipada do profissional, como pode ser evidenciado no excerto seguinte.

(D_{Enf} 2) Por isso que todos deveriam passar por uma experiência como essa e assim desmistificar muitas coisas que existe aqui na Universidade mesmo, principalmente um curso contra o outro. Assim uma coisa que eu sentia muito forte foi com os estudantes de educação física, porque eles têm muito preconceito com a área de enfermagem, eles dizem que agente só se forma pra aplicar injeção (risos)... Quer dizer que agente passa cinco anos aqui dentro para quê? (risos)... **(D_{SC} 1)** Mas tem também com educação física, muitos ficam dizendo que eles só fazem jogar bola. **(D_{Nut} 2)** Mas eles dançam também, além de jogar bola (risos).

O próprio excerto é um exemplo concreto de reprodução de imagens estereotipadas do outro profissional que existe no espaço acadêmico. O relato dos discentes quanto aos julgamentos que eles fazem um com o outro em relação à prática profissional, que apareceu em tom de brincadeira, gerou momento de descontração, mas também de irritação durante no grupo focal. O desconhecimento da competência dos membros da equipe de saúde ocasionado pelo isolamento entre as formações no modelo uniprofissional amplia as dificuldades de inter-

relações entre os profissionais. A oportunidade de socialização proporcionada pela experiência do ECIP vivenciada mostrou-se importante para a aproximação entre os discentes favorecendo a quebra dessa visão estereotipada e hostil, semelhante ao encontrado em diversos estudos (HIND et al., 2003; COOPER et al., 2005; MCNAIR et al., 2005; GOELEN et al., 2006; AGUILAR-DA-SILVA et al., 2011b; ROSSIT et al., 2011; LAPKIN et al., 2013).

A EIP favorece a inter-relação dos discentes, levando-os a conhecer na prática as competências de cada formação e poder implementar ações colaborativas, por meio da complementaridade do cuidado entre as diferentes formações, os excertos seguintes revelam essa constatação.

(DEnf 4) Essa terceira família foi um grande exemplo de integração e aprendizagem ... uma senhora amputada. pensei o que vai ter pra ela de atividade física? Eu não tinha essa visão, não conseguia imaginar tudo que DEF colocou em prática. **(DEF 3)** Foi um desafio porque ela só conseguia tronco, e membros superiores, então tive que adaptar coisas simples, 1 kg de alimento, cabo de vassoura e utilizar como alteres fazer elevação frontal. **(DSC 3)** DEF na visita deu um show.

(DEnf 1) Assim lá, na hora, acho que eu por ser de enfermagem eu fiquei muito impactada [...] só vi a ferida e ela não, ela viu coisa que eu não tinha nem percebido como a questão dele estar caquético [...] que não dei tanta importância, mas, como DNut disse, se ele não tivesse uma alimentação correta **(DNut 1)** não ia adiantar mudar ele de decúbito, fazer curativo ... a úlcera pode curar, mas vai demorar bastante. **(DEnf 1)** Isso, tava tudo junto, mas, eu não exerguei.

Os excertos retratam mais um momento da atuação das equipes junto às famílias em seu domicílio. A troca de saberes, experiências e a valorização do outro aparece nas falas. No primeiro excerto, a intervenção prática do discente de educação física envolveu avaliação técnica específica da condição física da usuária, ficando claro para os demais o seu papel no cuidado integral, até então não perceptível na fala do outro discente. No segundo excerto, a situação semelhante na intervenção de outra equipe, percebe-se que o atuar junto durante o cuidado ao usuário levou ao reconhecimento do que lhe faltou promovendo a reflexão sobre a sua prática e reconhecimento de si e do outro.

Os excertos retratam que os discentes encontram-se implicados com a sua identidade e competências profissionais, historicamente demarcadas e instituídas. Talvez o “não conseguia imaginar” e o “não exerguei” possam estar envolvidos nessa demarcação de competências, que

fragmenta o usuário e compartimentaliza o cuidado. O aprender e fazer junto permite a integração dos saberes e das práticas levando ao desenvolvimento de competências colaborativas concretizando a educação interprofissional em ato, esperando-se favorecer a prática interprofissional (BARR; LOW, 2013).

Agregando o leque de competências para manter um clima de harmonia entre os integrantes da equipe, a comunicação interprofissional é uma competência relacional imprescindível para a colaboração e está presente nas interações profissional-profissional, profissional-usuário/família sendo necessária para desenvolver uma comunicação efetiva e compreensível nos diferentes espaços de atuação (ORCHARD et al., 2012; CICH, 2010; SILVA, 2014; IPEC, 2016).

Entre dez princípios identificados para o efetivo trabalho em equipe, a comunicação o saber falar e fazer-se compreender pela fala apareceu em primeiro lugar sendo essa habilidade significativa na resolução de conflitos promovendo dessa forma uma melhor integração dos membros da equipe e favorecendo a colaboração (NARCAROW, 2013).

Saber relacionar-se com o outro de forma a construir relações de respeito é uma competência interpessoal que deve ser desenvolvida na formação dos indivíduos. Segundo Moscovici, (1981.p.01) “competência interpessoal é a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada as necessidades de cada um e às exigências da situação”. Diz ainda que é uma habilidade que precisa ser “treinada” para possibilitar percepções realísticas das situações interpessoais, fundamentais para o concreto trabalho em equipe.

Aprender a lidar com concepções diferentes de pensar é um necessário exercício para desenvolver habilidades e atitudes para trabalhar em equipe. Saber falar, saber ouvir e saber respeitar as diferenças foi um processo de construção na experiência do ECIP, que se espera, tenha sido construtivo para todos. Os excertos seguintes evidenciam essas situações esperadas na convivência coletiva nas quais o dialogo exerceu papel central para dirimir as tensões.

(DCB 1) Outra coisa que eu percebi é que a gente falta falar, porque se tem um problema tem que tentar resolver e só falando, procurando soluções para o que se quer resolver nè? Não adianta a gente ter um problema e não discutir sobre ele. A situação que vivenciamos foi um exemplo disso, tivemos que parar e discutir o que estava prejudicando o andamento das ações.

(DSC 3) Nós da área da saúde somos muito mais voltados para essa questão, vamos ver todo o contexto, vamos analisar, vamos identificar, eu acredito que DCB1 tenha dificuldade, a gente da saúde pensa muito próximo e eles que são da educação pensam próximo também, mas é outra lógica... a gente tem que parar e nos auto avaliar e dizer, é realmente tem isso, mas como construir? Vamos fazer juntos? Você disse, ah eu tive essa dificuldade, mas você fez e isso foi bom, o ponto positivo é que você foi lá e fez, se você tivesse chegado e dito assim não eu não consigo não vou fazer, você não tinha avançado, mas se você fez, já avançou, subiu um degrau a mais.

As situações de conflito retratadas nos dois excertos estiveram relacionadas as relações interpessoais como a falta de compromisso de um integrante da equipe, no primeiro excerto, que fez com que se instalasse a situação de conflito. Essa situação manteve-se na equipe por bastante tempo, e a decisão de trazer para discussão coletiva pelos próprios discentes sendo por eles tratada na equipe. A competência de resolução de conflitos é aqui percebida pela atitude de parar tudo e discutir os problemas que como relata a discente não se resolvem sem discussão.

No segundo excerto a fala da discente, buscando mediar um desentendimento ocorrido por uma discussão que envolveu dois integrantes da equipe gerando mal-entendidos. O papel de mediação que a discente assumiu no momento de discussão foi importante para apaziguar os ânimos, buscando levar o grupo a refletir sobre as diferentes concepções de cada área e questionando a intenção de fazer junto o que demanda respeitar as diferentes visões. Esse momento do ECIP aconteceu na escola e foi particularmente rico no confronto entre as concepções instituídas e instituintes vivenciadas na prática do ECIP e sobre o fazer de cada um e do trabalho em equipe. Destaca-se que a inexperiência e o processo de formação contribuíram para a falta de habilidade em fazer e receber crítica.

A habilidade de comunicação expressa pela discente de saúde coletiva dialogando o conflito evidencia que essa formação profissional possui essa competência e que a interação em equipe favoreceu a troca de experiências onde a diversidade de conhecimentos e práticas amplia o leque de habilidades e atitudes para todos favorecendo as competências específicas, comuns e colaborativas.

A resolução de conflitos é uma sub-competência do domínio comunicação interprofissional descrita pelo IPEC, (2016). Saber dialogar, se expressar de forma que não crie mal-estar ou mal-entendidos é descrito na literatura como fundamental para minimizar conflitos no ambiente de trabalho, e tal habilidade exige bom senso, experiência e o

desenvolvimento em paralelo de atitudes como respeito, confiança e união no interior das equipes (ROSSO, 2003; SPAGNOL, 2000, SPAGNOL et al., 2013).

Deve-se ter atenção a essas interações dialógicas em equipe quanto ao modo de se expressar, o tom de voz e a utilização inadequada de palavras provocativas, caso contrário podem ser desencadeadores de conflitos, intrigas e desarmonia na equipe. Essas questões são importantes na preparação das equipes de forma a minimizar a produção de conflitos.

Situações de conflito ou tensões são inevitáveis diante da diversidade de conhecimentos e concepções culturais e sociais de mundo, historicamente construídas (LOURAU, 1993; HAMMOUTI, 2002). Aprender a conviver com essas diversidades na produção de consensos minimizando as tensões contínuas é uma habilidade que precisa ser desenvolvida uma vez que potencializa a horizontalização das relações, minimizando conflitos. Fazer e receber críticas parece ser mais tranquilo quando se tem relações mais próximas, uma vez que existem crenças de intenções construtivas nessas relações (HAMMOUTI, 2002; AGUILAR-DA-SILVA et al., 2011b; ROSSIT et al., 2011; LAPKIN et al., 2013).

Ainda no domínio da comunicação, os excertos seguintes destacam a preocupação dos discentes com a linguagem a ser utilizada com os usuários de forma que estes compreendam de forma clara e suas orientações de cuidado.

(DEnf 2) ... ela já lembrou, vamos fazer uma planilhazinha com os alimentos fixar na geladeira pra eles verem como é... Aí eu disse é interessante, então eu levo o hipoclorito pra ensinar como eles devem lavar as frutas, eles não tratam a água, levamos remédio de verme pra todo mundo, e fizemos as orientações.

(DEF 3) ...então pensar em como falar usar uma linguagem que eles consigam entender, você também vai aprendendo melhor na prática com cada a realidade do usuário, tipo crucifixo lembra o que? a senhora vai fazer assim abrir os braços como Cristo na cruz, sempre fazendo associação, eu sempre procuro associar com alguma coisa.

No discurso dos discentes, a linguagem nas interações com os usuários precisou ser adequada, próxima a sua realidade cultural, uma habilidade que eles reconhecem ser melhor

desenvolvida na interação dialógica com os usuários e os outros discentes na aprendizagem prática. No primeiro excerto a utilização de ferramentas lúdicas de comunicação para conseguir estabelecer a comunicação efetiva e compreensível com a família corresponde ao que Silva, (2014) chama de “reconhecimento do outro”, de suas condições sociais e culturais o que foi verificado nas ações educativas. Entretanto, as falas impressas nos discursos evidenciam uma postura autoritária e imperativa na prescrição do cuidado. Essas atitudes precisam ser trabalhadas na formação construindo formas menos deterministas no processo de cuidado.

Tornar-se um comunicador efetivo e conseqüentemente desenvolver a colaboração é o objetivo das instituições de ensino globalmente e a EIP aparece como potencializadora no desenvolvimento dessa habilidade em que a troca de experiências entre os discentes favorece o mútuo aprendizado (REEVES, 2016).

Fortalecer a educação em saúde aproximando o conhecimento científico do popular por meio da abordagem cultural do cuidado é uma das orientações presentes no parecer nº 1.133/2001 do Conselho Nacional de Educação e contemplada nas DCN dos cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2001 b). Nos discursos dos discentes aqui registrados essa habilidade é algo que precisa ser melhor desenvolvida na graduação, pois estes se queixam que há uma sobre valorização dos termos técnicos em detrimento da linguagem mais próxima do conhecimento popular, o que distancia a comunicação efetiva com os usuários.

A conjunção das competências, valores e ética para a prática interprofissional, comunicação interprofissional, papéis e responsabilidades para a prática interprofissional colaborativa, que mostram-se inter-relacionadas, são necessárias para a dinâmica de funcionamento de uma equipe interprofissional (IPEC, 2016, CICH, 2010).

Estas competências são desenvolvidas ao longo da formação, na prática e na experiência profissional. Desenvolver o trabalho em equipe segundo Xyrichris, (2008. P.03) é “progressivo como um processo dinâmico envolvendo dois ou mais profissionais de saúde com experiências complementares, compartilhando objetivos comuns de saúde”. Na experiência do ECIP a intenção foi proporcionar a integração entre os discentes de formações diferentes sensibilizando-os para o trabalho em equipe e que esta experiência possa ser

vivenciada ainda na graduação de forma a promover um processo formativo contínuo que promova o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa.

Centrados na proposta pactuada na organização do ECIP entre os coordenadores de curso e de estágio a dinâmica de funcionamento do trabalho em equipe foi sendo apreendida pelos discentes no percurso do desenvolvimento das atividades. O excerto seguinte destaca-se o sinergismo em torno da construção do plano de cuidados.

(DEnf 3) Após a visita a família a gente se reúne e vai construir o plano cada um opina de uma forma geral e com o conhecimento de cada um, e vai construindo para implantar na família. **(DNut 2)** A gente sai da visita e precisa de um segundo, às vezes terceiro encontro pra planejar o que vai fazer, **(DEF 2)** em casa a gente já pensa em outras coisas, em melhorar. **(DSC 4)** A gente se comunicava nos outros dias também, não só no dia do ECIP, através do Zap, foi trocando as ideias.

Os discursos trazem aspectos relacionados à construção do plano de cuidados de forma interativa pelos discentes após a visita domiciliar. As competências comuns aparecem compreendidas e relatadas como uma “opinião geral” e as específicas o conhecimento de cada um, sendo o plano construído, utilizando-se competências colaborativas como respeito, comunicação, compartilhamento de ideias e conhecimento, em outros espaços de interação, além dos cenários de prática.

Esses processos foram exercitados em todas as ações das equipes nos diferentes cenários e famílias. Os discursos evidenciam o quanto a ação de construção do plano os mobilizou nos dias seguintes ao do ECIP. Essas experiências potencializaram o aprendizado e desempenho dos discentes, sendo reconhecido que a EIP pode acontecer fora dos cenários de intervenção, permitindo o compartilhamento de idéias (COSTA, 2014; REEVES, 2016)

Oportunidades de interações informais foram citadas como úteis para a EIP, oportunizando compartilhamento de informações em diferentes espaços e ocasiões. Estudantes de medicina, enfermagem e odontologia avaliaram como parte importante do módulo de EIP os momentos informais em bares e cafés em que discutiam suas experiências interprofissionais (REEVES, 2016).

As questões organizacionais e estruturais foram referidas como limitações para a interação entre os discentes, situação comum nas IES brasileiras, nas quais o modelo de

formação permanece direcionado para a especialidade profissional (ROSSIT et al 2014; COSTA, 2014 a).

(ESC 6) Quem diria que esse grupo estaria trabalhando assim! Porque na Universidade não atuamos... a gente nem se vê... Enfermagem é a tarde, Nutrição e Educação Física são de manhã, e nós á noite, a gente não consegue ter uma junção dos cursos né? De trabalhar junto, de ter uma prática mesmo em equipe, porque no estágio (uniprofissional) a gente vê outra coisa... Já aqui foi totalmente diferente, o quanto eu já aprendi, é inexplicável.

O momento do ECO na realidade do CAV/UFPE foi à alternativa até então ideal para conseguir de forma eficiente desenvolver uma ação de interação entre os discentes. Além disso, apesar de inovador, foi perceptível a desenvolvura dos discentes, nesse momento da formação, o que permitiu melhor compreensão da complexidade que envolve o cuidado em saúde e a necessidade da integralidade do cuidado, onde a complementaridade de saberes e práticas foram percebidas. A literatura não é consensual quanto ao melhor momento para se vivenciar a EIP. Estudos sugerem sua introdução nos anos finais da graduação, no qual este momento é positivo para a aprendizagem interprofissional, devido uma melhor compreensão pelos discentes de suas competências específicas (GILBERT, 2005). Outros pesquisadores sinalizam que a EIP é mais efetiva e melhor compreendida no início da graduação, onde as identidades profissionais ainda estão em formação e os estereótipos hostis não estão presentes, ou ainda, que seja oferecida ao longo do desenvolvimento profissional de forma continuada na graduação e na pós-graduação (COSTA et al., 2014 b; REEVES, 2016 b).

O melhor momento, entretanto, deve ser o que for possível dentro de cada realidade institucional, o importante é que a EIP possa ser experimentada pelos discentes e profissionais em qualquer momento de sua contínua formação.

6.2.2. Síntese do segundo momento

A implementação do ECIP dos cursos de graduação em saúde do CAV/UFPE nos cenários da APS e na Escola foi possível e vivenciado pelos discentes. O acontecimento ocorreu no início de cada semestre letivo integrado ao ECO funcionando como uma atividade acadêmica. A atividade do ECIP fez parte do relatório do estágio curricular obrigatório uniprofissional.

No cenário da escola, o ECIP aconteceu de forma intensa com a realização de diversas ações. A proposta de envolver os atores deste cenário para juntos construir as ações focadas nas demandas sugeridas, foi acertada, rompendo com o modelo habitual das ações da saúde na escola. Houve implicação dos professores da escola que participaram ativamente das atividades. Alguns, entretanto, não se envolveram o que demanda identificar o que provocou essa falta de interesse para promover uma maior participação nas intervenções futuras.

O cenário da escola foi um espaço em que as competências comuns e colaborativas se expressaram de forma muito maior que as específicas. A promoção da saúde foi o objeto comum identificado pelos discentes integrando as ações da equipe. Sendo espaço propício para a EIP.

Houve, entretanto, busca pelo reconhecimento da identidade profissional, neste cenário o que levou a equipe discente a desenvolver ações de saúde específicas na identificação de casos e situações de vulnerabilidades na população escolar, junto aos professores que já haviam destacado essa necessidade na oficina preparatoria. O desenvolvimento dessa atividade encontrou boa acolhida, o olhar dos discentes foi ampliado, buscando perceber os diversos determinantes e construir um canal de comunicação intersetorial, entre a escola e a ESF do bairro, algo que encontrava-se distanciado.

A ação da equipe discente na ESF foi bastante significativa para os discentes. A experiência de atuar com discentes de outra formação numa ação colaborativa e real de intervenção clínica e de promoção à saúde foi uma atividade única, uma experiência que muitos nunca haviam vivenciado no percurso da graduação. Os discentes de enfermagem e nutrição eram mais experientes em atividades de extensão, entretanto, a maioria uniprofissionais. A organização das atividades focadas no usuário, na família e na comunidade desencadeou toda a interação que esse modo de fazer demanda havendo a construção de propostas de intervenções clínicas e educativas necessariamente em equipe interprofissional.

A interação entre os discentes, o aprender junto provocou nestes, reflexões sobre seu papel nas diferentes ações reconhecendo sua competência e a do outro, identificando objetivos e objeto em comum o cuidado integrado e a promoção da saúde. Esta manifestação de reconhecimento é uma atitude que leva ao desenvolvimento de competência para trabalhar em equipe visualizando o espaço de cada profissão no contexto do cuidado que se quer integrado.

O plano de cuidados foi um dispositivo agregador das diferentes competências ainda que as ações tenham sido concentradas nas competências específicas, houve momentos colaborativos onde a construção de um novo “ethos” foi evidenciado. A ação dialógica na composição do plano de cuidados e das ações educativas, a construção e produção coletiva de estratégias de comunicação com os usuários as crianças e adolescentes da escola foi exercitada e compreendida como essencial para a implicação e envolvimento de cada um.

O enfrentamento da resolução de conflitos, através do diálogo construtivo em prol da efetividade das ações em equipe e a mediação na equipe, também foram atitudes provocadas pela atuação em equipe. A experiência do ECIP foi um espaço para aprender a lidar com o outro e com as diferenças para construir relações de respeito em que críticas possam ser feitas objetivando o crescimento pessoal e a harmonização do trabalho em equipe.

Em diversas situações o modelo de formação biomédico tomou a frente na resolução dos problemas, entretanto, à oportunidade de estar em equipe, com diferentes olhares e especificidades, ampliou a percepção do campo de intervenção levando ao mútuo reconhecimento do que lhes faltou. Ainda nesse olhar foi possível perceber as fronteiras das competências e o respeito ao espaço específico de cada um compreendendo que existe possibilidade de compartilhamento de saberes e práticas que permitiram otimizar o cuidado ao usuário e as ações de educação em saúde.

O ECIP foi envolvente, os alunos se implicaram na proposta e relataram que a oportunidade de atuar com diferentes formações durante o estágio curricular foi significativo no seu crescimento pessoal e para uma melhor atuação profissional futura.

7. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O processo de construção articulando e integrando gestores, docentes, profissionais da APS e da escola foi importante e necessário, compreendendo-se que a experiência de EIP vivenciada diretamente pelos discentes nos cenários de formação prática não deveria ser vivenciada apenas por estes e os docentes/tutores do CAV sem envolver os serviços de saúde e os profissionais da ESF e NASF, uma vez que, se quer provocar ressonâncias e sintonias em torno desse modelo de formação também na dimensão micro política que envolve a rede de saúde e os profissionais. É incoerente pensar uma proposta de mudança de processo de ensino de profissionais da saúde que não contemple o campo de formação prática.

Pensar a construção da proposta do ECIP já contemplava o envolvimento dos cenários de formação prática e os profissionais preceptores. Atrelado ao PET Gradua SUS, essa proposta foi bem acolhida por parte da gestão municipal e da rede de saúde e profissionais.

Ao ser iniciado as articulações e mobilizações para as oficinas desenvolvidas em julho de 2016, iniciou-se o planejamento coletivo para a construção do cronograma comum dos diferentes estágios e das supervisões de área e de campo. Esse processo envolvendo diferentes campos e preceptores de estágios foi conturbado e demandou mais tempo do que se esperava para chegar ao consenso do início comum para os cinco cursos. Uniformizar os tempos de cada curso exigiu fazer novas organizações de campo com a gestão municipal. A distribuição da rede de serviços para as atividades de formação em Vitória de Santo Antão envolve cinco instituições de ensino superior em saúde, uma demanda grande em relação aos equipamentos de saúde existentes no município. Essa realidade exige uma programação com uma antecedência de quase três meses para ajustar todas as atividades de formação prática das IES no município.

Este foi um dos fatores que limitaram o acontecimento do ECIP na APS no semestre de 2016.2. As pactuações com os cenários de prática já estavam planejadas, não conseguindo-se uma total uniformidade para o início conjunto entre os cursos.

Ao realizar as articulações e discussões do ECIP os cursos de Nutrição e Saúde Coletiva já estavam com seus prazos e campos de estágio definidos, não sendo possível alterações com risco de perder os locais de prática. Os discentes se encontrariam na APS, entretanto, em tempos diferentes, ou seja, quando Enfermagem e Educação Física iniciassem o estágio, Nutrição e Saúde Coletiva estavam na metade de seu período de estágio. Por esta dificuldade, de sincronizar um início comum do ECIP para todos os cursos, no semestre de 2016.2 o ECIP aconteceu apenas no cenário da escola, que é um campo aberto para as formações de saúde todo o semestre.

Outra limitação para o acontecimento pleno do ECIP mais uma vez na APS esteve relacionada a questões do contexto político nacional e municipal, no final de 2016 e no ano de 2017. Uma das limitações envolveu o processo de Impeachment da Presidenta Dilma Roussef e as eleições municipais para Prefeitos e Vereadores. Na primeira situação as mobilizações sociais e pressão popular geraram movimentos de ocupações de instituições públicas em todo o país, desestabilizando os cronogramas com paralisações de atividades acadêmicas. Além

disso, alguns discentes que estavam no ECIP envolveram-se nas mobilizações sociais e nas ocupações nos campi da UFPE. No CAV a ocupação “CAV(r) existe” perdurou acampada por cerca de dois meses e meio, e levou a interromper as ações do ECIP em algumas semanas até que fosse fechado novos acordos com os discentes devidos justamente às limitações e prazos do estágio nos campos de prática.

A segunda situação foi mais impactante, pois o período pré-eleitoral, de 2016 gerou instabilidades nos cenários de prática, atrasos no pagamento de salários dos servidores o que levou a rede da APS realizar paralisações e estado de greve. Com o pleito eleitoral definido e havendo a mudança da gestão municipal houve demissões dos profissionais da APS, em janeiro de 2017, cujo vínculo funcional era por meio de contratos temporários. A grande maioria dos profissionais da APS do município, os preceptores do PET Gradua SUS e do ECIP foram substituídos.

A contratação dos novos profissionais só foi efetivada em abril de 2017 e com isso realizou-se a seleção dos preceptores para o PET e o ECIP em maio ocasionando mais uma vez a inviabilização do ECIP na APS no semestre de 2017.1. E neste semestre as ações do ECIP continuaram na escola em 2017.2, a rede ainda estava instável, houve saída de profissionais da ESF o que inviabilizou o ECO no território do Cajueiro nesse semestre e por esse motivo o ECIP não aconteceu novamente na APS. As ações o PET Gradua SUS e ECIP se centraram na escola onde mesmo com turbulências, o estágio teve mais estabilidade, uma vez que, os servidores da Secretaria de Educação são concursados.

O ECIP na APS só aconteceu de forma plena na APS no semestre de 2018.1. Tal ocorrência ocasionou atraso na finalização da pesquisa. Porém a proposta de mobilizar o serviço de saúde e os profissionais foi mantida de forma objetivando dar continuidade do ECIP nos próximos semestres neste cenário, além da escola.

Na escola, as limitações estiveram relacionadas ao processo de ambientação da saúde no cenário da escola enquanto prática do estágio curricular e em desenvolver a ação numa realidade pouco comum, envolvendo os professores ativamente na definição, planejamento e execução das ações. Em muitos momentos houve, por parte de ambos os lados, deslizos e na tentativa de voltar ao modelo habitual em que a equipe de saúde desenvolve ações sem a participação do professor da turma. Essa situação precisou ser alertada com a escola e também com a equipe discente, lembrando a proposta de atuar com e não na escola

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de formação uniprofissional instituído nos cursos de graduação em saúde tem uma forte influência na concepção dos atores institucionais em torno das propostas de reorientação da formação. Uma questão que exigiu a construção de um clima propício para desenvolver essa discussão nos diversos espaços institucionais. A estratégia da PI propõe esse processo de construção participativo através dos seus conceitos que levam a discussão da proposta de intervenção institucional buscando transformar a todos nesse processo de construção e aprendizagem significativa.

A proposta do ECIP demandou o envolvimento dos espaços e atores institucionais onde diferentes implicações estão envolvidas na cultura acadêmica em relação ao modelo de formação, as competências de cada formação e ao processo de organização das atividades nos diferentes cenários. Estas implicações precisam ser discutidas em torno do contexto da complexidade das necessidades em saúde que vem exigindo reflexão e análise do modelo atual de formação e prática dos profissionais de saúde.

A proposta de construir e implementar a experiência interprofissional nos cenários de formação deve necessariamente envolver os gestores e profissionais promovendo sua implicação neste processo ou a ação ficará apenas como um projeto pontual acontecendo a margem do cotidiano dos serviços e dos profissionais.

A APS é um ambiente potencial para a educação e o trabalho interprofissional. É preciso, no entanto, avançar para a prática colaborativa que foi incipiente neste cenário. A escola surgiu como um ambiente propício para a prática colaborativa, identificando-se a promoção da saúde e o compromisso social como objetos comuns para todos os profissionais de saúde e de educação.

Desenvolver o ECIP integrando as práticas dos estágios curriculares numa perspectiva interprofissional foi possível. Para tanto, foi preciso superar limitações que inviabilizaram as ações no território da APS como a alta demanda das instituições de ensino por campo de prática, o contexto e a influência político partidária em âmbito local e o frágil vínculo dos profissionais da rede de saúde.

Na Escola o ECIP desenvolvido na perspectiva construtivista porpondo ações “com”, foi importante para o envolvimento e implicação da maioria dos professores envolvendo os temas transversais de saúde numa perspectiva pedagógica. Houve por parte dos discentes da graduação a compreensão da importância de desenvolver ações participativas, voltadas e construídas com a comunidade escolar tornando-a partícipe das transformações. Ainda neste cenário, os discentes da saúde puderam agregar e desenvolver competências comuns e colaborativas e ainda exercitar suas competências específicas com a articulação direta entre a escola e APS nas situações de cuidados, risco e vulnerabilidade social.

Focar o cuidado centrado no usuário e família, considerando sua realidade e interesses permitiu a consolidação de conhecimentos prévios sobre a multicausalidade e os determinantes sociais do processo saúde e doença, agregando conhecimentos, aprendendo com e sobre o outro. Desenvolveu atitudes e habilidades como respeito ao outro, complementaridade das competências, diálogo interprofissional, cuidado humanizado e horizontalização das relações com colegas de formação e usuários, visualizar o contexto social da vida e implicar-se de forma colaborativa com usuário, família e a comunidade. Foi um movimento potencial para o desenvolvimento das competências colaborativas para o trabalho em equipe interprofissional.

A atuação da equipe discente foi intencionada no fazer interprofissional e de forma colaborativa. Entretanto, compreende-se que chegar a esse fazer é processual. O contexto histórico e atual da formação dos profissionais de saúde e o processo de trabalho nos serviços são questões que precisam ser discutidas e trabalhadas para que a EIP possa ser compreendida e implementada de forma plena. Experiências que possam fomentar essa discussão nos diversos cenários buscando agregar os diferentes atores para juntos mobilizar o instituinte latente precisam ser realizadas costurando parcerias no ambiente institucional da IES e da gestão em saúde dos municípios.

Desta forma, concluí-se que a proposta do ECIP foi possível, viável e permitiu o desenvolvimento e compartilhamento de saberes, atitudes e habilidades específicas e comuns que levaram ao desenvolvimento e a percepção de competências colaborativas pelos discentes durante o ECIP.

A implementação institucional envolvendo todos os alunos do estágio curricular do CAV/UFPE tendo como base esta pesquisa-intervenção é exequível e sua ampliação para

outros territórios da APS no município será objeto de continuidade desta PI nos ambientes institucionais.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R. **O conflito como fenômeno organizacional:** identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

AGRELI, H; PEDUZZI, M; SILVA, MC. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa.** Interface comunic, saúde, educ, v20, n 59, p-905-16, 2016.

AGUILAR-DA-SILVA, RH. **Educação interprofissional na graduação em saúde:** aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (FANEMA). Educar em Revista, n. 39, p. 159-175, Editora UFPR Curitiba, 2011a.

AGUILAR-DA-SILVA, RH; SCAPIN, LT; BATISTA, N. **Avaliação da formação interprofissional em saúde:** aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. Avaliação, Campinas, Sorocaba, SP.v.16.n 1, p.167-184, 2011b.

ALL TOGETHER BETTER HEALTH (ATBH), 8th Conference. Disponível em [<http://www.hls.brookes.ac.uk/atbh8/abou>] acessado em 10/05/2014.

ALVES, VS. **Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface. comunic, saúde, educ, v9, n 16, p-39-52, 2004.

ALBUQUERQUE, MIN. **Estratégia de saúde da família:** um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Coleção Teses/Disertações. Ed. Universitária da UFPE. Recife-PE, 2012.

ANDRADE, LMB; QUANDT, FL; CAMPOS, DA; DELZIOVO, CR; COELHO, EBS MORETTI-PIRES RO. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

no interior de Santa Catarina. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ANTUNES, ICB; SILVA, RO; BANDEIRA, TS. **A reforma universitária de 1968 e as transformações nas instituições de ensino superior** <http://www.cchla.ufrrn.br/shXIX/anais/GT29/A%20REFORMA%20UNIVERSIT%C1RIA%20DE%201968%20E%20AS%20TRANSFORMA%C7%D5ES%20NAS%20INSTITUI%C7%D5ES%20DE%20ENSINO%20SUPERIOR.pdf>

ARNDT, J. **Socialization in health education:** Encouraging an integrated interprofessional socialization process. *J. Allied Health*, v.38, p-18-23, 2009.

ATEAH, CA; SNOW, W; WENER, P; MACDONALD, L; METGE, C; DAVIS, P. **Stereotyping as a barrier to collaboration:** Does interprofessional education make a difference? *Nurse Educ Today* . 31(2), p-208-13, 2011.

AYRES, J.R.C.M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** *ciênc saúde colet.* v.6, n 1, p-63-73, 2001.

BAKER, L; EGAN-LEE, E; MARTIMIANAKIS, MA; REEVES, S. **Relationships of power:** Implications for interprofessional education. *J. Interprof. Care*, v. 25, p- 98-104, 2011.

BALDUÍNO, AS; VERAS, RM. **Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia.** *Ver Esc Enferm USP.* 50 (n. esp), p-017-024, 2016.

BARBOUR, R. **Grupos focais.** Porto Alegre, Artmed, 2009.

BARDAGI, MP; BIZARRO, L; ANDRADE, AMJ; AUDIBERT, A; LASSANCE, MCP. **Avaliação da formação e trajetória profissional na perspectiva de egressos de um curso de psicologia.** *Psicologia ciência e profissão*, 28 (2), p-304-315, 2008.

BARR, H; KOPPEL, I; REEVES, S; HAMMICK, M; FREETH, D. **Effective interprofessional education:** arguments, assumption & evidence. Oxford, Blackwell, 2005.

BARR, H. **Interprofessional education: the genesis of a global movement**. London, Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2015.

BARR, H; LOW, H. **Introdução à educação interprofissional**. CAIPE, 2013.

BARR, H; LOW, H. **Principles of interprofessional education**. CAIPE, 2011.
<https://www.caipe.org>

BARWEL, J. **How interprofessional learning improves care**. Nurs. Times, v. 9, p-14-16, 2013.

BATISTA, N. **Educação interprofissional em saúde: concepções e prática**. Caderno FNEPAS, v.2, 2012.

BATISTA, NA; BATISTA, SHSS. **Educação Interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes**. Interface comunic, saúde educ, 20 (56), p-202-4, 2016.

BATISTA, NA; BATISTA, SHSS; ROSSIT, RAS. **A educação interprofissional na graduação em saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado**. Educação em saúde e Educação em Ciências. Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – IX ENPEC. Águas de Lindóia, SP, 2013

BONDIÁ, JL. **Notas sobre a experiência e o saber da experiência**. Rev Brasileira de Educação, (19), p-20-28, 2002.

BRASIL, **Parecer CNE/CES nº 583/2001**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. 2001a.

_____, **Cartilha esclarecedora sobre a Lei do Estágio: Lei nº 11.788/2008** – Brasília: TEM, SPPPE, DPJ, CCGPI, 2008b.

_____, **CNE/CES Resolução nº 7/2002**. Diretrizes Nacionais do Curso de Ciências Biológicas. DOU. Seção 1, p. 12, 2002.

_____, Datasus. **Sistema de Informação da atenção Básica – SIAB** - <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> . Acesso em: 08 de mar. 2017.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2014**. [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas de Populacao/Estimativas 2014/estimativas 2014 TCU.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf) . Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 – Política Nacional da Atenção Básica**– Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo= &cod=2457](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2457). Acesso em: 14 jun. 2016.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução CNS 569, de 08 de dezembro de 2017**. Aprova o parecer técnico N°300/2017 – Princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_17.htm. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre a educação e trabalho interprofissional em saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a.

_____, Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do PSE/Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. – Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

_____, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 2.026 de 10 de outubro de 1996**. Estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos superior. Brasília, 1996.

_____, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Nº 10.861, de 14 de abril de 2004**. Institui o Sistema Nacional de Educação Superior – SINAES. Brasília, 2004.

_____, Presidência da República/ Casa Civil/ Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei do Estágio Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Publicado no Diário [da] República Federativa do Brasil, 26.9.2008 Brasília, 2008a.

_____, Presidência da República. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Publicado no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 23.12.1996. Brasília-DF, 1996.

_____. CNE/CES Resolução nº 3 de 7 de novembro 2001. **Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Publicado no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, seção 1, p 31, 2001. Brasília-DF, 2001c.

_____. CNE/CES Resolução nº5 de 2001. **Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. Publicado no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil , seção 1, p. 39. 2001. Brasília-DF, 2001d.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico] : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 86/2015, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. – 45. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências**. Brasília DF. Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 86p – (Série legislação; n, 125), 2014.

_____. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, Conselho Nacional da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação Pró-Saúde: **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** / Ministério da Saúde Ministério da Educação. – Brasília-DF, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação**. 2001. Brasília-DF, 2001b.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília-DF.MEC/SEF, 436 p, 1998.

BROCK, D; ABU-RISH, E; CHIU, CR; HAMMER, D; WILSON, S; VORVICK. L, et al. **Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety**. BMJ Qual Safety. 22(5):414-23. 2013.

BUDÓ, M.L.D; SAUPE, R. **Conhecimento popular e educação em saúde na formação do enfermeiro**. Rev Bras Enfrem, 57(2), p-165-9. Brasília- DF, 2004.

CAMERON, A. **Impermeable boundaries? Developments in professional and inter professional practice**. J. Interprof. Care, v. 25, p-53-58, 2011.

CAMPOS, GWS. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciênc saúde coletiva, v.5, n.2, p-219-230, 2000.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**. College of Health Disciplines, University of British Columbia.Vancouver BC V6T 1Z3 Canada. www.cihc.ca. Her Majesty the Queen in Right of Canada (2010)ISBN 978-1-926819-07-5

CARPENTER, J. **Interprofessional education for medical and nursing students : evaluation of a programme**. Medical education. 29, p-265-272, 1995.

CAVALHEIRO, MTP; GUIMARÃES, AL. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço**. Caderno FNEPAS. 1, p-19-27, 2011.

CECCIM, RB; FEUERWERKER LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5), p-1400-10, 2004 b.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis:Rev.Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1,p.41-65,2004 a.

CECÍLIO, LCO. **As necessidades de saúde com o conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO, p-113-126, 2001.

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA. Núcleo de Enfermagem. Projeto Pedagógico Curso de Bacharelado em Enfermagem. 2011. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39247/545964/PPC+++Perfil+2+-+Enfermagem.pdf/2a8cdac9-80a4-49d1-98cb-766baa5326a2>. 2011.

COLENCI, R; BERTI, HW. **Formação profissional e inserção no mercado de trabalho:** percepções de egressos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 46 (1), p-158-66, 2012.

CONILL, EM. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde:** desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 sup 1,p-7-27, 2008.

COOPER, H.; SPENCER-DAWE, E; MCLEAN, E. **Beginning the process of teamwork:** design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. Journal of Interprofessional Care, London, UK, v. 19, n. 5, p-492-508, 2005.

COSTA, MV; VILAR, MJ; AZEVEDO GD; REEVES, S. **Interprofessional education as approach for reforming health professions education in Brazil:** emerging findings. J Interprof Care. 28(4), p-379-80. 2014b

COSTA, MV. **A educação Interprofissional como abordagem para a reorientação da formação do profissional de saúde.** [Tese doutorado] Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de pós-graduação em ciências da saúde. Natal, RN. 2014a.

COSTA, MV; BORGES, FA. **O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde.** Interface Comunicação Saúde Educação. 19 Supl I, p-753-63, 2015.

D'AMOUR, D; GOULET, L; LABADIE, JF; MARTIN-RODRIGUEZ, LS; PINEAULT, R. **A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations.** BMC Health Services Research, London, v. 8, n. 188, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

DELORS, J. **Educação ou a utopia necessária.** In UNESCO. Educação: um tesouro a descobrir; Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira Revisão: Reinaldo de Lima Reis. Brasília, 2010.

DENZIN, NK; LINCOLN, YS. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Tradução Sandra Regina Netz. 2ªed. Porto Alegre, artemed, 2006.

ELLERY, AEL. **Interprofissionalidade na estratégia de saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional.** Interface comunic saúde educ vol.18, nº.48 [Tese], Botucatu, 2014. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>. Acesso em 06 de abr de 2015.

ERDAMANN, AL et al. **Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo.** Texto & Contexto Enferm. 15(3):483-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>. Acesso em 15 de abr de 2015.

FERNANDES, JD; XAVIER, IM; CERIBELLI, MIPF; BIANCO, MHC; MAEDA, D; RODRIGUES, MVC. **Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta estratégica.** Rev Enf USP, 39(4), P-443-449, 2005.

FERREIRA, ABH. **Minidicionário Século XXI Escolar: 4.ed.rev. ampliada – Rio de Janeiro 2001.**

FERREIRA, JR; HADDAD, AE; BRENELLI, SL; CURY,GC; PUCCINI, FR; MARTINS, MA; CAMPOS, FE. **Pró-Saúde e PET-Saúde: Experiências Exitosas de Integração Ensino-serviço**. Revista brasileira de educação médica 36 (1 Supl. 2), p-3 – 4, 2012.

FIGUEIREDO, TAM; MACHADO, VLT; ABREU, MMS. **Health at school: a brief history**. Ciênc Saúde Coletiva. 15(2), p-397-402. Doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320100002000152010>> Mar, 2010.

FLEURY, MTL; FLEURY, A. **Construindo o conceito de competência**. RAC, Edição Especial 183-196, 2001.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**; tradução Joice Elias Costa. 3ª Ed.Porto Alegre, 2009.

FORTE, FDS; MORAIS, HGF; RODRIGUES, SAG; SANTOS, JS; OLIVEIRA, PFA; MORAIS, MST et al. **Educação Interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para à Saúde/Rede Cegonha**: potencializando mudanças na formação acadêmica. Interface Comunicação Saúde Educação, 20 (58), p-787-96, 2016;

FREETH, D; HAMMICK, M; REEVES, S; KOPPEL, I; BARR, H. **Effective interprofessional education: Development, delivery and evaluation**. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo, ed.Paz e Terra, 2004.

FREITAG, Bárbara. **Escola, Estado e sociedade**. São Paulo: Editora Moraes, 1986.

FRENK, J; LINCOLN, C; ZULFIQAR, A; BHUTTA, JC; NIGEL, C; TIMOTHY, E; HARVEY, F, et al. **Health professionals for a new century**: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376 (9756), p-1923-1958, 2010.

FURUSATO, MA. **A interdisciplinaridade e a proposta do campus baixada santista da Unifesp: uma análise documental.** [Tese de Mestrado]. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2008.

GILBERT, JH. **Interprofessional learning and higher education structural barriers.** Journal of Interprofessional Care, 19, p-87–106. 2005.

GOELEN, G; DE CLERCG, G; HUYGHENS, L; KERCKHOFS, E. **Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students.** Medical Education, Oxford, GB, v. 40, n. 6, p. 555-61, 2006.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa in Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** In. Suely Ferreira Deslandes – capítulo 4. 29 ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 2010.

GONZALEZ, AD; ALMEIDA, MJ. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p-757-762, 2010.

HAMMOUTI, NEH. **O movimento da análise institucional, o interacionismo e a etnografia.** In. MARTINS, JB. Temas em análise Institucional e em Construcionimo Social. São Carlos : RiMa; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

HIND, M. et al. **Interprofessional perceptions of health care students.** Journal of Interprofessional Care. London, UK, v.17, n. 1, p-21-34, Feb. 2003.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IPEC). **Core competencies for Interprofessional Collaborative Practice.** Report of an Expert Panel. Washington, DC, 2011.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IPEC). **Core competencies for interprofessional collaborative practice:** Wasghington.DC. update, 2016.

JAKOBSEN, F; FINK, A; MARCUSSEN, V; LARSEN, K; HANSEN, T. **Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year Project in a Danish interprofessional Training Unit.** Journal of interprofessional Care 23(1),p-30-40, 2009.

KELL, MCG; SHIMIZU, HE. **Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?** Cien Saude Colet.15(Supl. 1):1533-1541. 2010.

KOIZUMI, M. (Eds). **Advanced initiatives in interprofessional education in Japan.** Tokyo: Springer, p-1-12, 2010.

KVARNSTROM, S. **Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork.** J Interprof Care. 22 (2), p-191-203, 2008.

L'ABBATE, S. **Análise Institucional:breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva.** Mnemosine vol 8, nº1, p-194-219, 2012.

LAPKIN, S; LEVETT-JONES, T; GILLIGAN, CA. **Systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs.** Revisão Sistemática. Nurse Educ Today, 33(2),p-90-102, Fev, 2013.

LARROUSE. **Dicionário enciclopédico ilustrado** – São Paulo. Larrouse do Brasil, 2007.

LEONELLO, VM; MIRANDA-NETO, MV; OLIVEIRA, MAC. **A formação superior em enfermagem no Brasil: uma visão histórica.** Rev Esc Enfe USP, 45(Esp. 2),p-1774-9, 2011.

LIRA, NTA. **As bases da reforma universitária da ditadura militar no Brasil.** Anais do XV encontro regional de história da ANPUH- Rio. ISBN 978-85-6595957-00-7, 2012.

LIMA, AWS; MONGIOVI, VG; CORIOLANO-MARINUS, MWL; LIMA, LS. **Educação em saúde na ou com a escola?** Rev enferm UFPE on line, Recife, 12(6),p-1790-9, jun, 2018.

LOIOLA, LM. **Breve histórico do termo competência**. Site helb - História de Línguas no Brasil. Ano 7. Nº7 – 1/2013. Disponível em: << <http://www.helb.org.br/index.php/revista-helb/ano-7-no-7-12013/212-breve-historico-do-termo-competencia>>>. Acesso em 03 set 2018.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ- 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ; 1993.

LUETSCH, K; ROWETT, D. **Developing interprofessional communication skills for pharmacists to improve their ability to collaborate with other professions**. J Interprof Care. 30(4),p-458-65. Jul 2016. Doi: 10.3109/13561820.2016.1154021.

MAHLER, C. et al. **Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice**. GMS Z. Med. Ausbild., v. 31, p. 1-10, 2014.

MACDONALD, MB; BALLY, JM; FERGUSON, LM; LEE, MURRAY B; FOWLER-KERRY. SE; ANONSON. JM. **Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency**. Nurse Educ. Pract, v. 10, p-238-242, 2010.

MANNHEIM, K. **Ideologia e utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

MCNAIR, R.; STONE, N.; SIMS, J; CURTIS, C. **Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice**. Journal of Interprofessional Care, London, UK, n. 19, p-579-94, 2005.

MENDES, DT. **O planejamento educacional no Brasil**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2000.

MENDES, R; PEZZATO, LM; SACARDO, DP. **Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”**. Ciência e Saúde Coletiva, 21(6),p-1737-1745, 2016.

MINAYO, MCS. **Hermenêutica - Dialética como caminho do pensamento social**. In Caminho do Pensamento: epistemologia e método. Ogs. Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p-83-107, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo – Hucitec, 2010.

MORAES, MC. **O paradigma educacional emergente.** 10ªed. Campinas. Papirus, 2004

MORIN, E. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 21ª edição. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2014.

_____. **Educação e complexidade:** os sete saberes e outros ensaios/Edgar Morin. Orgs. Maria da Conceição de Almeida, Edgard de Assis Carvalho – 4ªed.- São Paulo:Cortez, 2007.

_____. **Introdução ao pensamento complexo.** 3ª Ed. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MOSCOVICI, F. **Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes.** Rev. adm empres, vol.21, nº2. São Paulo, 1981.

NANDAN, M; SCOTT, P. **An innovative interprofessional education model to engage community and nonclinical participants.** J Interprof Care. 28(4),p-376–378, 2014.

OANDASAN, I. et al. **Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice.** Ottawa: Health Canada.org. Doi.10.1590/S0102-311X2004000500036. 2004.

OANDASAN, I; REEVES, S. **Key elements of interprofessional education.** Part 2: Factors, processes and outcomes. Journal of Interprofessional Care, v.19, p-39-48, 2005.

OLSCHOWSKY, A; SILVA, GB. **Integração docente-assistencial:** um estudo de caso. Rev Esc Enferm USP.34(2),p-128-37,2000.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Resolução CSP 29. R15 - 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana . 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington D.C. set, 2017.

ORCHARD, CA; CURRAN, V; KABENE, S. **Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice**. Med Educ Online. 10:11 2005. Available from: <<http://www.med-ed-online.org>>

ORCHARD CA. **Persistent isolationist or collaboration? The nurse's role in interprofessional practice**. J Nurs Mang. 18: 248-57. 2010.

PAIM, JS. **O que é o SUS**. Coleção Teses em Saúde. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 148p. 2009.

PASSOS, E; BARROS, RB. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, E; KASTRUP V; ESCOSSIA, L. Orgs. **Pistas do método da cartografia: pesquisa e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, p-17-31, 2009.

PATTON, MQ. **Qualitative research and evaluation methods**. 3rd ed. California: Sage Publications. P-385-90, 2002.

PAULON, SM; ROMAGNOLI, RC. **Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos**. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, N1, p-85-102, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>

PEDUZZI, M; NORMAN, IJ; GERMANI, ACC; SILVA, J; SOUZA, GC. **Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários**. Rev Esc Enfermagem USP. 47(4),p-977-83, 2013.

PEDUZZI, M; OLIVEIRA, MAC; SILVA, JAM; AGRELI, HLF; MIRANDA-NETO, MV. **Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional**. In book: **Clinica Médica**, Edition: 2, Publisher: Manole, Editors: Milton de Arruda Martins, Flair José Carrilho, Venâncio Avancini Ferreira Alves, Euclides Ayres de Castilho, Giovanni Guido, p-171-179, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf

PEDUZZI, M. **O SUS é interprofissional**. Interface, comunicação e saúde. 20(56): 199-201, 2016.

PEZZATO, LM; L'ABBATE, S. **O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva**. Physis; 21(4),p-1297-1314, 2011.

PINHEIRO, R; MATTOS, RA. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ. ABRASCO, 2006.

PORTAL CITY BRASIL. Mapa de Vitória de Santo Antão. Disponível em: <http://www.citybrazil.com.br/pe/vitoriastoantao/index.php>, Acesso em 22 out de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE. Histórico e desenvolvimento do município. Disponível em:<[http:// www.prefeituradavitoria.pe.gov.br](http://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br)>. Acesso em 15 abr de 2015.

PROOP, KM; APKER, J; WENDY, SZF; WALLACE et al. **Meeting the complex of nurse team communication practice perceived to enhance patient outcomes**. Qualitative Health Research [periódico na internet] 20(1),p-15-18, 2010. Disponível em: <http://qhr.sagepub.com/content/20/1/15>. Acesso em 18 mai 2018.

REDE BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE-(REBETIS)
https://groups.google.com/forum/?utm_medium=email&utm_source=footer#!forum/rebetis
2017.

REEVES, S. **Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students**. Health Soc Care Commun. 8(4),p-269-76, 2000

_____. **Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education**. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller. 2008

_____. **Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update.** Journal of Interprofessional Care, v.30, n.4, p.405-407, 2016 a.

_____. **Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro.** Interface Comunicação Saúde Educação, 20(56),2016 b.

_____.S; ZWARENSTEIN, M; GOLDMAN J; BARR, H; FREETH, D. **The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review.** Journal of interprofessional care. 24(3),p-230-41, 2010.

RIBEIRO, EM. **A constituição de um novo ethos na saúde, novas ágoras, novas formas de produção comum.** In. PINHEIRO R; LOPES TC (Orgs) Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito a saúde. 1ª ed. CEPESC-IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

ROBERTS, C; KUMAR, K. **Learning environments based on interprofessional practice of student: what does the theory?** BMC Medical Education, 15:211 2015. Disponível em:<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0492-1>

ROCHA, JCS. **Atitude:** atributo à competência. Pensar a Prática, Goiânia, v. 17, n. 3, p-878-892, jul./set, 2014.

ROCHA, ML. **Pesquisa – Intervenção e a produção de novas análises.** Psicologia Ciência e Profissão, 23 (4), p-64-73, 2003.

ROMANHOLI, RMZ. **A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado.** 173 f. [Dissertação]- Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

ROSSI, A; PASSOS, E. **Análise institucional:** revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Revista EPOS, Vol.5, nº 1, p-156-181, 2014.

ROSITO, MMB; LOTERIO, MG. **Formação profissional em saúde:** uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. Educ.Rea, Porto Alegre, v.37, n.1, p-125-142, 2012.

ROSSIT, R; BATISTA, SH; BATISTA, NA. **Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional.** Revista Internacional de Humanidades Médicas Volume 3, Número 1, 2014. Disponível em: <http://saludsociedad.com>

ROSSO, DT; SILVA, MJP; CIAMPONE, MHT. **O que você negociou hoje? Considerações sobre o processo de negociação.** Nursing, São Paulo.6(58), p-:22-6, 2003.

SANTOS, LC. **A educação interprofissional na graduação de medicina e enfermagem: vivências e percepções de alunos.** [Dissertação] – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu-SP, 2015.

SANTOS, SSC; HAMMERSCHIMIDT, KSA. **A complexidade e a religação de sabers interdisciplinares:** contribuição do pensamento de Edgar Morin. Rev. Bras. Enferm.65(4),p-561-5. Brasília-DF, jul-ago, 2012.

SILVA, FAM; CASSIANI, SHDB; FILHO, JRF. **The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education.** Rev Latino-Am. Enfermagem. Available in: www.eerp.usp.br/rlae DOI: <[http:// dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013](http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013)>. Acesso em 26 de mai 2018.

SILVA, JAM. **Educação interprofissional em saúde e enfermagem no context da atenção primária.** [Tese] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2014.

SILVA, JAM; PEDUZZI, M; ORCHARD, C; LEONELLO, VM. **Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde.** Rev Esc Enferm USP; 49(Esp2),p-16-24, 2015.

SINCLAIR, LB; LINGARD, LA; MOHABEER, RN. **What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Reston, v. 90, p-1196-1201, 2009.

SOHMA, H; SAWDA, I; KONNO, M; AKASHI, H; SATO, TJ; MARUYAMA, T; TOHSE, N. & Imai. K. **Encouraging appreciation of community health care by consistent medical**

undergraduate education. In: H. Watanabe & M. Koizumi (eds) Advanced initiatives in interprofessional education in Japan. Tokyo: Springer, 2010.

SPAGNOL, CA. **Tendências e perspectivas da administração em enfermagem:** um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte - MG [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

SPAGNOL, CA; SANTIAGO, GR; CAMPOS, BMO; BADARÓ, MTM; VIEIRA, JS; SILVEIRA, APO. **Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar:** a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 44(3),p-803-11, 2010.

SPINK, MJ; MENEGON, VM; MEDRADO, B. **Oficinas como estratégia de pesquisas:** articulações teórico-metodológica e aplicações ético-políticas. Psicologia e sociedade, 26(1),p-32-43, 2014.

STRASSER, DC; et al. **Team training and stroke rehabilitation outcomes:** a cluster randomized trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Reston, v. 89, p-10-15, 2008.

TEIXEIRA, A. **Ensino superior no Brasil:** Análise e interpretação de sua evolução até 1969. Rio de Janeiro. Fundação Getulio Vargas. 1989.

TEIXEIRA, CFS. et al. **Bacharelado interdisciplinar:** uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Cienc. Saude Colet ,v. 18, p-1635-1646, 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18ª edição. São Paulo. Cortez, 2011.

TORRES, OM. **Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde:** das experiências regionais à (trans) formação político pedagógica do Ver-SUS/Brasil.[Dissertação] (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sitemas de Saúde). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Centro Acadêmico de Vitória. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/cav/sobre>> .Acesso em 12 de mar de 2018.

VENTURI, T; MOHR, A. **Análise da educação em saúde nos parâmetros curriculares nacionais a partir de uma nova perspectiva.** Educação em saúde e Educação em Ciências. Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. IX ENPEC. Águas de Lindoia- SP – 10 a 14. 2013.

WAKEFIELD, AB; BOGGIS, CRM ; HOLLAND, M. **Team working but no blurring thank you! Learn.** Health Soc. Care, v. 5, p-142-154, 2006.

WAGGIE, F; LAATTOE, N. **Interprofessional exemplars for health professional programmes at a South African university.** J Interprof Care, 2014; 28(4): 368–370. 2014 DOI: 10.3109/13561820.2014.891572.

WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3,2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

_____. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on multiprofessional education of health personnel: the team approach. Geneva: World Health Organization ; (Technical report series, vol. 769). 1998.

XYRICHIS A ; LOWTON K. **Teamwork:** a concept analysis. J. Adv. Nurs, v. 61, p-232-241, 2008.

YAN, J; GILBERT, J; HOFFMAN, S. **WHO announcement** – study group on interprofessional education and collaborative practice. Journal of Interprofessional Care, London, v. 21, n. 6, p-588-589, 2007.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência:** trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2003.

_____. **O modelo de competência e suas consequências sobre as ocupações profissionais:** Papeis de trabalho GT-RP nº05, out. 1998.

ZWARENSTEIN, M; GOLDMAN, J; REEVES, S. **Interprofessional collaboration:** effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 8, n. 3, p-72, 2009.

APÊNDICE A – TCLE DISCENTES DA GRADUAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ana Wlândia Silva de Lima; endereço: R. Alto do Reservatório S/N – Bela Vista – Vitória de Santo Antão – PE – CEP: 55608680/Telefone: 81 3523 3351 e-mail: anwladia@gmail.com e está sob a orientação de: Prof. Dra. Luciane Soares Lima: Telefone: 81 2126 8566, e-mail Luciane.lima@globo.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa objetiva desenvolver o Estágio Curricular Interprofissional, promovendo a experiência de educação interprofissional, atuação em equipe integrando as ações clínicas e educativas na escola de ensino básico dentro das ações do PSE entre os discentes dos cursos de graduação em saúde do Centro Acadêmico da Vitória/UFPE profissionais de saúde da USF e NASF Cajueiro e professores da escola Santo Yves. A coleta de dados será realizada através de entrevista coletiva em Grupo Focal, relatos de experiência, diário de campo, registro fotográfico e filmagens das ações da equipe.
- Sua participação para a coleta de dados como voluntário na pesquisa ocorrerá no final das atividades do Estágio onde precisaremos de um turno para a realização do grupo focal.
- **RISCOS diretos:** Risco de constrangimento por não concordar em participar da coleta de dados ao final das atividades do Estágio Curricular Interprofissional; Constrangimento durante a entrevista coletiva do grupo focal.

Estes constrangimentos serão, porém amenizados uma vez que a participação ou não na coleta de dados não implicará em avaliação do discente na disciplina de Estágio Curricular; Quanto a entrevista, será realizada em ambiente reservado, preservando sigilo bem como dentro de atmosfera de respeito e liberdade a suas manifestações verbais e não verbais.

- **BENEFÍCIOS diretos:** A experiência interprofissional irá oportunizar ao discente formação adequada e contextualizada com o cenário atual que se demanda ao profissional de saúde que este tenha competência e habilidades para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado em saúde e na atuação intersetorial na escola.
- BENEFÍCIOS indiretos:** Na qualificação da formação em saúde que afeta diretamente o atendimento ao usuário do SUS; Na adequação do modelo de atenção à saúde mais humanizado e voltado para as demandas do usuário; Na integração entre as ações de saúde e da educação nas escolas e no PSE.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como as falas gravadas nas entrevistas e nos grupos focais ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, ____, CPF ____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento. Local e data _____ Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APENDICE B

TCLE DOCENTES, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PROFESSORES DA ESCOLA.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ana Wlândia Silva de Lima; endereço: R. Alto do Reservatório S/N – Bela Vista –Vitória de Santo Antão – PE – CEP: 55608680/Telefone: 81 3523 3351 e-mail: anwladia@gmail.com e está sob a orientação de: Prof. Dra. Luciane Soares Lima: Telefone: 81 2126 8566, e-mail Luciane.lima@globo.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA ⓘ

- A pesquisa objetiva desenvolver o Estágio Curricular Interprofissional, promovendo a experiência de educação interprofissional, atuação em equipe integrando as ações clínicas e educativas na escola de ensino básico dentro das ações do PSE entre os discentes dos cursos de graduação em saúde do Centro Acadêmico da Vitória/UFPE, profissionais de saúde da USF e NASF Cajueiro e professores da escola Santo Ives. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista individual, que será previamente agendada e realizada em local/dia/horário a critério do voluntário e dentro dos prazos do cronograma da pesquisa, registros fotográficos e filmagens das ações da equipe em campo.
 - Sua participação para a coleta de dados como voluntário na pesquisa ocorrerá no final das atividades do Estágio onde precisaremos de aproximadamente 2h, para a realização da entrevista.
 - **RISCOS diretos:** Risco de constrangimento por não concordar em participar da coleta de dados ao final das atividades do Estágio Curricular Interprofissional; Constrangimento durante a entrevista individual.
- Estes constrangimentos serão, porém amenizados uma vez que a participação ou não na coleta de dados não implicará em nenhum prejuízo laboral; Quanto à aplicação da entrevista, a mesma será realizada em ambiente reservado, preservando sigilo bem como dentro de atmosfera de respeito e liberdade a suas manifestações verbais e não verbais e em local/dia/horário indicado.
- **BENEFÍCIOS diretos:** A experiência interprofissional irá oportunizar ao Docente e

Profissionais de Saúde e Educação a capacitação permanente na ação pedagógica e dialética, troca de experiências e apreensão de conhecimentos e habilidades contextualizada com o cenário atual da formação profissional. Na aquisição de habilidades para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado em saúde e para as ações de educação em saúde na escola. **BENEFÍCIOS indiretos:** Na qualificação da formação em saúde que afeta diretamente o atendimento ao usuário do SUS; Na adequação do modelo de atenção à saúde mais humanizado e voltado para as demandas do usuário; Na integração entre as ações de saúde e da educação nas escolas e no PSE.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como as falas gravadas nas entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Local e data _____ Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o **aceite do voluntário em participar**. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA (CAV)**

**EDITAL DE SELEÇÃO DE ESTUDANTES BOLSISTAS E VOLUNTÁRIOS PET-
SAÚDE GRADUA SUS 2016**

O Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Centro Acadêmico do Agreste (CAA) e a Coordenação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), no uso de suas atribuições e considerando o edital nº 13, de 28 setembro de 2015, tornam público, para conhecimento dos discentes de graduação, as normas gerais, em conformidade com os requisitos estabelecidos pelo edital, para **seleção de estudantes bolsistas e voluntários para atuarem nas atividades do programa.**

1. DAS VAGAS PARA ESTUDANTES BOLSISTAS E VOLUNTÁRIOS

1.1 O Processo Seletivo destina-se ao preenchimento de 18 (dezoito) vagas conforme quadro 1, para acadêmicos, regularmente matriculados, nos cursos de graduação em saúde oferecidos no CAV (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Saúde Coletiva) e CAA (Medicina), regularmente matriculados no sig@ e conforme a especificação por curso descrita no item 1.4.

Quadro 1: Número de vagas para estudantes bolsistas e voluntários de acordo com o grupo PET por Curso.

Curso de Graduação	Vagas Bolsistas	Vagas Voluntários	Total
PET Gradua SUS – Medicina (CAA)	2	1	3
PET Gradua SUS – Enfermagem (CAV)	2	1	3
PET Gradua SUS – Nutrição (CAV)	2	1	3
PET Gradua SUS – Ciências Biológicas (CAV)	-	3	3
PET Gradua SUS – Educação Física (CAV)	-	3	3
PET Gradua SUS – Saúde Coletiva (CAV)	-	3	3
Total	6	12	18

1.2 Os participantes selecionados desenvolverão atividades no PET Saúde Gradua SUS, sob a preceptoria direta de profissionais pertencentes ao quadro de funcionários vinculados ao município da Vitória de Santo Antão e tutoria de docentes/tutores do CAV e CAA/UFPE.

1.3 Os estudantes selecionados irão atuar de forma específica em seu curso de graduação e também em equipe multiprofissional com estudantes de todos os cursos, em ação coletiva nas áreas de atuação do Projeto.

1.4. Os discentes concorrerão às vagas de bolsistas e voluntários conforme a descrição dos quadros abaixo por curso e seguindo os períodos estabelecidos por cada modalidade de vínculo em cada curso.

Nutrição:

Modalidade de vínculo	Quem pode concorrer a vaga
01 Bolsista	Alunos do 7º Período que estarão no Estágio Curricular Obrigatório em 2016.2 (8º P).
01 Bolsista	Alunos do 3º ao 6º Período
01 voluntário	Alunos do 1º ao 6º Período

Enfermagem:

Modalidade de vínculo	Quem pode concorrer a vaga
01 Bolsista	Alunos do 9º Período que estarão no Estágio Curricular Obrigatório em 2016.2 (10º P).
01 Bolsista	Alunos de todos os Períodos
01 voluntário	Alunos de todos os Período

Medicina (CAA):

Modalidade de vínculo	Quem pode concorrer a vaga
02 Bolsistas	Alunos do 1º ao 5º Período
01 voluntário	Alunos do 1º ao 5º Período

Saúde Coletiva:

Modalidade de vínculo	Quem deve concorrer a vaga
01 Voluntário	Alunos do 6º Período que estarão no Estágio Curricular I (7º P) em 2016.2.
02 Voluntários	Alunos de todos os Períodos

Ciências Biológicas:

Modalidade de vínculo	Quem deve concorrer a vaga
01 Voluntário	Alunos do 7º Período que estarão no Estágio de biologia IV (8º P) em 2016.2
02 Voluntários	Alunos de todos os Períodos

Educação Física:

Modalidade de vínculo	Quem deve concorrer a vaga
01 Voluntário	Alunos do 7º Período que estarão no Estágio de ensino de educação física escolar II (8º P) em 2016.2.
02 Voluntários	Alunos de todos os Períodos

2. DAS CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO

2.1 Ser, obrigatoriamente, acadêmico regularmente matriculado em um dos cursos de graduação ofertados no CAV (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Saúde Coletiva); Ou CAA (Medicina) dos períodos especificados nos quadros de cada curso, item 1.4.

2.2 Ter disponibilidade de 08 (oito) horas semanais para dedicar-se às atividades do PET Saúde, distribuídas da seguinte forma: um turno de 04 (quatro) horas na vivência prática interprofissional no serviço e um turno de 04 (quatro) horas no Centro Acadêmico para estudos, cursos, reuniões e atividades específicas do seu curso.

2.3 Para bolsistas, não possuir bolsa nas seguintes modalidades: Extensão, Monitoria e Iniciação Científica.

3. DAS ATRIBUIÇÕES DO ESTUDANTE (BOLSISTA E VOLUNTÁRIO)

3.1 Zelar pela qualidade acadêmica do PET-Saúde Gradua SUS;

3.2 Fortalecer o vínculo da Universidade com os serviços e com a comunidade;

3.3 Participar de todas as atividades programadas pelo professor tutor e preceptor;

3.4 Participar durante a sua permanência nos programas referidos em atividades de ensino, pesquisa e extensão;

- 3.5 Publicar e/ou apresentar em eventos de natureza científica um ou mais trabalhos acadêmicos junto com grupo de trabalho do PET – Saúde;
- 3.6 Fazer referência à sua condição de estudante (bolsista ou voluntário) do PET-SAÚDE nas publicações e trabalhos apresentados;
- 3.7 Ter conduta ética, pessoal, acadêmica e profissional irrepreensíveis;
- 3.8 Cumprir as exigências estabelecidas no Termo de Compromisso.

4. BOLSA

- 4.1 O estudante selecionado na condição de bolsista fará jus ao recebimento de uma bolsa mensal, cujo padrão de referência é as Bolsas de Iniciação Científica, modalidade IC, em conformidade com a RN-015/2013 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).
- 4.2 Todos os estudantes bolsistas e voluntários receberão um certificado de participação expedido pela UFPE/CAV/CAA, após uma permanência mínima de 06 meses, com participação efetiva e comprovada no programa.
- 4.3 A autorização da bolsa estará condicionada ao desempenho e frequência do estudante nas atividades mensais no programa.
- 4.4 O estudante selecionado como bolsista não poderá acumular bolsa de qualquer outra natureza, nas modalidades de extensão, monitoria e iniciação científica. Caso ele já possua alguma dessas bolsas e seja aprovado nesta seleção, deverá optar por um dos benefícios, ou optar por ser voluntário.

5. DESLIGAMENTO DO ESTUDANTE

- 5.1 O estudante, bolsista ou voluntário, será desligado do grupo nos seguintes casos:
 - 5.1.1 apresentar avaliação do desempenho das suas funções, enquanto estudante participante do PET Saúde, insatisfatória;
 - 5.1.2 desistência;
 - 5.1.3 descumprimento das suas obrigações acadêmicas, enquanto discente;
 - 5.1.4 descumprimento das atribuições previstas no item 3 deste Edital;
 - 5.1.5 prática ou envolvimento em ações não condizentes com os objetivos do Pró-Saúde/PET-Saúde ou com o ambiente universitário.

6. INSCRIÇÃO

6.1 As inscrições serão realizadas, EXCLUSIVAMENTE, via internet, através do endereço de e-mail: petgraduasuscavufpe@gmail.com, até 26 de abril de 2016.

6.1 O estudante/candidato deverá enviar os seguintes documentos **digitalizados**:

- a) Requerimento específico (ANEXO A) completamente preenchido e devidamente assinado;
- b) Cópia dos documentos RG e CPF;
- c) Histórico escolar do sig@;
- d) Declaração constando o não recebimento de nenhum tipo de bolsa (só para **alunos de Medicina, Enfermagem e Nutrição**) (ANEXO B) devidamente assinada;
- e) Declaração afirmando possuir 08 (oito) horas semanais para dedicação às atividades do PET-SAÚDE Gradua SUS (ANEXO C).

6.2 Caso qualquer um dos pontos descritos no item 6 deste edital seja descumprido, a inscrição do candidato será considerada indeferida.

7 SELEÇÃO DOS ESTUDANTES BOLSISTAS E VOLUNTÁRIOS

7.1 A seleção constará de:

7.1.1 Realização de Redação temática pontuando até 10 (dez).

7.1.2 Cada coordenação de curso irá fazer a seleção dos discentes de seu curso através da avaliação da Redação Temática.

7.1.3 Cada curso irá divulgar a lista de selecionados em seu curso.

7.1.4 Os discentes conforme a modalidade de vínculo (bolsista ou voluntário) de cada curso, com maior pontuação na redação entre os discentes de seu curso, farão jus a vaga de bolsista.

8. DA REDAÇÃO TEMÁTICA

8.1 A Redação Temática acontecerá no dia **28 de abril** em horário a ser definido por cada Coordenação de Curso e comunicado aos estudantes inscritos.

9. RESULTADO

9.1 O Resultado está previsto para o dia 29 de abril e será divulgado em um mural no CAV e, oportunamente, no site do referido centro.

9.2 A lista de aprovados por curso será por ordem de pontuação na Redação Temática e divulgada através do CPF do estudante, classificando como bolsista e voluntários.

10. COMISSÃO DE SELEÇÃO

10.1 A comissão de seleção dos estudantes será composta pelos Coordenadores de Curso e Coordenação do Pró-Saúde.

APÊNDICE D

Cronograma e temas para oficina com professores da Escola Santo Yves

Dias: 27, 28, 29 de julho , 4 e 05 de agosto de 2016

Dia	Turno	Tema	Participantes		
			Tutor	Preceptor	(ED)
27	Manhã	9:30 – 10:00 Abertura das ações, apresentação dos participantes (estudantes, tutores, preceptores e professores da escola); 10:00 – 11:00 – Discussão sobre os temas da PI, Trabalho em equipe, Articulação Saúde e Educação. 11:00 – 11:40 – Temas transversais e indicação dos temas pelos professores para as ações educativas Discussão sobre o PSE – enfatizando o eixo 3.			
	Tarde	14:30 – 15:00 Abertura das ações, Abertura das ações, apresentação dos participantes (estudantes, tutores, preceptores e professores da escola); Discussão sobre os temas da PI. Trabalho em equipe, Articulação Saúde e Educação.. 15:00 – 16:00 – Discussão sobre os temas transversais em saúde; Discussão sobre o PSE – enfatizando o eixo 3.			
28	Manhã	9:30 -10:00 Discussão do Tema Transversal – Meio ambiente indicado pelos professores. 10:00 – 11:00 Discutir Propostas de Projetos na temática Meio Ambiente trazidas pelos professores; Discutira a Cartilha de Educação Ambiental do Centro de Educação Unicamp para escolas de ensino fundamental.			
	Tarde	14:30 -15:00 Discussão do Tema Transversal – Meio ambiente. 15:00 – 16:00 00 Discutir Propostas de Projetos na temática Meio Ambiente trazidas pelos professores; Discutir a Cartilha de Educação Ambiental do Centro de Educação Unicamp para escolas de ensino fundamental.			
29	Manhã	9:30 – 11:00 Continuar a análise de Projetos e Propostas de Educação Ambiental, Alimentação Saudável e definição de projetos por Ano de ensino.			
	Tarde	14:00 – 16:00 Continuar a análise de Projetos e Propostas de Educação Ambiental, Alimentação Saudável e definição de projetos por Ano de ensino			

(continuação)

04	Manhã	9:30- 10:00 Discussão do Tema Primeiros Socorros - Apresentar Proposta de Capacitação de 30 h aos Professores, funcionários da escola 10:00 – 11:00 - Apresentação da Unidade de Saúde e NASF do Cajueiro com os Programas e serviços disponíveis. Fortalecer a Rede de Contato Escola – USF			
	Tarde	14:00 – 14:40 - Discussão do Tema Primeiros Socorros Apresentar Proposta de Capacitação de 30 h aos Professores, funcionários da escola; 14:40 – 16:00 Apresentação da Unidade de Saúde e NASF do Cajueiro com os Programas e serviços disponíveis. Fortalecer a Rede de Contato Escola – USF			
05	Manhã	Encaminhamentos: 9:30 – 11:00 Organização das ações da EqDIP para distribuição dos TT Turma/Ano e Indicação de Projetos Construídos junto com os professores. Discutir as ações e atividades internas e externas/Culminância Apresentar proposta de Início da Intervenção – no dia do Estudante 10/07 – Trilha da Reciclagem			
	Tarde	Encaminhamentos: 14:00 – 16:00 Organização das ações da EqDIP para distribuição dos TT Turma/Ano e Indicação de Projetos Construídos junto com os professores. Discutir as ações e atividades internas e externas/Culminância Apresentar proposta de Início da Intervenção – no dia do Estudante 10/07 – Trilha da Reciclagem			

APÊNDICE E
Mapa de Projetos na Escola Santo Yves 2016.2

Horário	Projetos	Culminância	Turmas	Professor Tutor	Preceptores	ED
Manhã	Cuidando das Hortas	Construção do Jardim Interno com Pneus e Horta Suspensa com Palletes	Pré I e II			ED (1)
	Coleta Seletiva		2º Ano			
	Hortas suspensas		4º Ano			
	Projetos	Culminância		Professor Tutor	Preceptores	ED
	Alimentação Saudável	Horta suspensa	1º Ano			ED (1)
	Cuidando da Água		3º Ano			

APÊNDICE F
Mapa de Projetos na Escola Santo Yves 2017.1

Horário	Projetos	Culminância	Turmas	Professor Tutor	Preceptores	EDP
Manhã	Cuidando das Hortas	Manutenção do Jardim Interno com Pneus e Horta Suspensa com Palletes	Pré I e II			ED (1)
	Alimentação Saudável	Plantação de novas sementes e mudas	2º Ano			
	Reciclagem	Visita ao CAV Ciclo Recreativo Infantil	3º Ano			
	Projetos	Culminância	Turmas	Professor Tutor	Preceptores	EqD
Tarde	Gênero e sexualidade	Varal da Diversidade	8º Ano			EqDIP (2)
		Visita ao CAV – Lb de Anatomia humana e animal	9º Ano			

APENDICE G

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL DISCENTE

Orientações prévias realizadas pela mediadora antes de iniciar as entrevistas dos grupos focais.

- Composição do grupo: Mediadora (coordena o andamento da discussão) ; Relatora (registro escrito e ao final fazer uma síntese das discussões) ; Apoiadora (controle e monitorização da gravação do áudio);
- Esclarecer sobre o uso de gravador e o sigilo das informações;
- Deixar claro que todas as opiniões devem ser respeitadas;
- Pactuar as regras da boa condução do grupo
 - Celular no silencioso;
 - Não acessar redes sociais para não dispersar a sua atenção na discussão;
 - Respeitar as opiniões e colocações de Cada um (a);
 - Não monopolizar a fala e permitir a fala do colega sem interrupções;
 - Encerramento do grupo em torno de 2h de discussão, sendo reabordado com o grupo no prazo limite.

Na abertura do grupo focal e objetivando criar um ambiente de descontração e focando nas ações realizadas, fizemos a projeção das imagens e dos vídeos (Portfólio) com uma duração média de 20 minutos. Com apoio do roteiro abaixo foi provocada a discussão entre os participantes do grupo.

ROTEIRO DISPARADOR

O roteiro segue um encadeamento das ideias mais gerais para as específicas, porém as questões vão sendo disparadas conforme as narrativas buscando fazer links e ancoragens conforme a dinâmica de participação do grupo.

- *O que foi para vocês terem participado deste projeto com diferentes formações em saúde?
- *Como foi dialogar e partilhar atividades e planejamentos com colegas de outra formação?
- *Que vocês acham que contribui na formação profissional?
- * Houve a formação de uma equipe interprofissional?
- *Alguém assumiu o papel de líder? Ou Líderes?
- *As ações desenvolvidas foram planejadas e discutidas de forma coletiva?
- *Você sentiu a necessidade de ter outro colega lhe auxiliando ou preferia fazer as ações sozinho?
- *Vocês conseguiram enxergar o seu papel e o de cada profissão nas ações desenvolvidas? Como foi isso?
- *Que ações vocês puderem perceber como comum a todas as formações?
- *Houve impactos das ações desenvolvidas, em sua forma de ver a atividade profissional da equipe de saúde nos diferentes cenários do cuidado?
- *Como vocês avaliam o ECIP ?
- *O que sugere para melhorar?
- * As ações educativas contaram com a participação efetiva dos professores da escola?
- * Como foi atuar em equipe em diferentes cenários da formação?
- * Algum lugar foi mais confortável de atuar?
- *Como foi atuar na USF e na Escola nesse formato de Estágio?
- * Os profissionais da Escola e da USF, compreenderam esse formato do Estágio? Houve tensões e conflitos?

APENDICE H
QUESTIONÁRIO DOCENTES CAV

1. Compreensão das atividades de articulação ensino-serviço.
 - a) Como você compreende a proposta de trabalho conjunto entre a Universidade e o serviço de saúde e a escola?

 - b) Como são feitas as combinações/planejamento das atividades de ensino do CAV no serviço de Saúde e na Escola?

 - c) O que dificulta ou facilita essa integração?

2. Em relação a ações desenvolvidas pelo projeto do Estágio Curricular Interprofissional (ECIP) referente à integração entre a saúde e a educação.
 - a) Como avalia a execução conjunta entre profissionais da Saúde e da Escola no planejamento do PET/ECIP desenvolvido na escola?

 - b) Como avalia a execução das ações educativas após esse planejamento?

3. O que achou da proposta do ECIP para a formação do profissional de saúde e da Educação na perspectiva do trabalho em equipe?

4. O que percebeu de efeito/impacto da proposta do ECIP nos participantes da experiência? (Discentes do cav, profissionais da saúde e da educação, alunos da escola).

5. O ECIP deve ser mantido? O que pode/deve ser modificado?

APENDICE I

QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Compreensão das atividades de articulação ensino-serviço.
 - a) Como você compreende a proposta de trabalho conjunto entre a Universidade e o serviço de saúde?
 - b) Como eram feitas as combinações/planejamento das atividades de ensino da Universidade no serviço de Saúde?
 - c) O que dificultou ou facilitou essa integração?
2. Em relação a ações desenvolvidas pelo projeto do PET/Estágio Curricular Inter Profissional com relação à integração entre a saúde e a educação.
 - a) Como você avalia a ação conjunta entre profissionais da ESF/NASF e professores da escola e alunos da graduação no planejamento e na execução das ações educativas na escola?
3. O que achou da proposta de Educação Interprofissional para a formação do profissional de Saúde na perspectiva do trabalho em equipe?
4. O que percebeu de efeito/impacto da proposta do Projeto nos participantes da experiência? E também em você enquanto participante.
5. O Estágio Interprofissional para os alunos da graduação em saúde deve ser mantido? O que pode ser melhorado?

APENDICE J
ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO
DIAGNOSTICO DA ESCOLA

1. Caracterização do profissional:
Profissional de educação –Gestor () _____ Professor ()
Ano/ e disciplina(s) que leciona? _____
2. Compreensão das atividades de articulação Programa de Saúde da Escola .
 - a) Você conhece o PSE ? Sim () Não ()
 - b) O PSE está implantado na escola Sim () Não ()
e consta no PP Sim (.....) Não ()
 - c) As ações do PSE na escola foram discutidas e planejadas previamente entre as equipes de saúde da família(Posto) e a Direção e professores? Sim (.....) Não (.....)
 - d) Você poderia listar as ações do PSE estão sendo desenvolvidas atualmente na escola?
3. A escola desenvolve outras ações de saúde sem a participação das equipes de saúde da família e NASF do bairro?
Sim () Não ()
Se sim, quais já foram realizadas neste ano?
4. Você gostaria que a equipe de saúde planejasse as ações do PSE previamente com a escola e os docentes? Justifique sua resposta.
5. Em relação às atividades de ensino/aprendizagem envolvendo conteúdos de saúde em sua Turma ou disciplina acha possível planejá-las junto aos profissionais de saúde para inserção transversal desse tema? Justifique sua resposta.
6. As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde do PSF junto aos alunos da escola têm alguma relação com as atividades de ensino e ou conteúdo que você desenvolve em sua turma/disciplina? Justifique sua resposta.
7. O que você acha das ações que são desenvolvidas pelos PSE na sua escola?

APÊNDICE K

Experiência do vivido – imagens fotográficas da pesquisa intervenção

NA ESCOLA – TEMA TRANSVERSAL MEIO AMBIENTE

TRILHA DA RECICLAGEM



HORTA SUSPensa E JARDIM INTERNO E EXTERNO



EXPERIMENTOS E ATIVIDADES









TEMA TRANSVERSAL GÊNERO E SEXUALIDADE





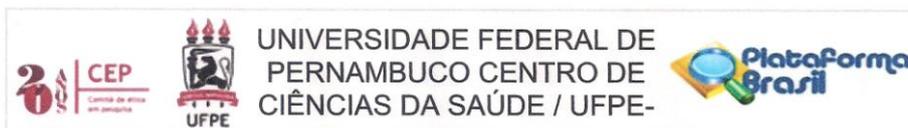


NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA





Anexo A
Parecer Consubstanciado Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Construção, Acontecimentos e Efeitos do Estágio Curricular Interprofissional dos Cursos de Graduação em Saúde

Pesquisador: ANA WLADIA SILVA DE LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55947616.3.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.669.748

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda para alteração do título do projeto, bem como para modificação na denominação da estratégia de pesquisa. Projeto de Tese de ANA WLÁDIA SILVA DE LIMA, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pela Profª Drª. Luciane Soares de Lima.

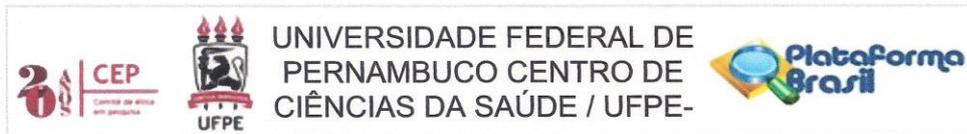
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: compreender como a atuação interprofissional e intersetorial promove a ação colaborativa entre saúde e educação para a inserção transversal do tema saúde na educação básica.

Objetivos Específicos:

- 1) construir e implementar o Estágio Curricular Interprofissional envolvendo docentes e discentes das graduações, profissionais de saúde e da educação;
- 2) implantar a formação interprofissional por meio do Estágio Curricular Interprofissional do CAV/UFPE focando como ação comum a ação colaborativa por meio da inserção do tema saúde de forma transversal nas disciplinas regulares da educação básica;
- 3) promover o trabalho colaborativo entre universidade, saúde e educação por meio do planejamento e implementação de ações pedagógicas que promova a inserção do tema saúde de

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.669.748

forma transversal no Projeto Pedagógico da escola;

4) compreender como a práxis interprofissional é construída, vivenciada e avaliada pelos discentes de graduação em saúde, profissionais de saúde e professores da escola

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos definidos como constrangimento na abordagem, mas sendo indicadas medidas para minimização.

Benefícios definidos para os grupos focais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma Pesquisa-intervenção, desenvolvida no Município de Vitória de Santo Antão/PE, no Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, na Rede Municipal de Saúde da Atenção Básica e na Rede Municipal de Educação Básica. Critérios de inclusão e de exclusão definidos, contando com participantes em três grupos(discentes da graduação; e, docentes, profissionais de saúde e da Educação).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos encontram-se adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

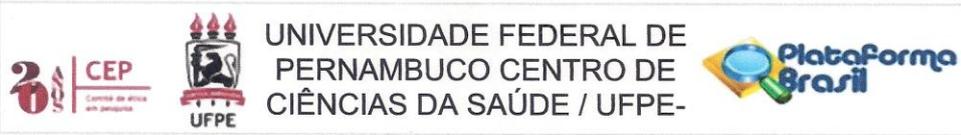
Considerações Finais a critério do CEP:

A Emenda foi analisada pelo colegiado do CEP e está Aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_110092_2_E1.pdf	21/05/2018 15:28:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_titulo.pdf	21/05/2018 15:24:44	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_ajuste.pdf	21/05/2018 15:22:27	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_discentes_ajuste.pdf	21/05/2018 15:21:26	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.669.748

Justificativa de Ausência	TCLE_discentes_ajuste.pdf	21/05/2018 15:21:26	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	Emenda_titulo.pdf	21/05/2018 15:19:21	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_ajustada.pdf	21/05/2018 15:11:46	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	vitaeLuciane.pdf	09/05/2016 19:32:24	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	Termoconfidencialidade.pdf	09/05/2016 19:24:03	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	anuenciasms.pdf	06/05/2016 14:41:33	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	anuenciaedu.pdf	06/05/2016 11:50:42	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	Anuenciav.pdf	06/05/2016 11:45:39	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito
Outros	Curriculovitae.pdf	02/04/2016 18:35:43	ANA WLADIA SILVA DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 23 de Maio de 2018

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br