



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL

“IMPLANTAÇÃO E ANÁLISE DE DISCIPLINA INTERPROFISSIONAL EM CURSOS
DA ÁREA DA SAÚDE”

CAMPINAS

2019

EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL

“IMPLANTAÇÃO E ANÁLISE DE DISCIPLINA INTERPROFISSIONAL EM CURSOS
DA ÁREA DA SAÚDE”

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Concentração Ensino em Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Angélica Maria Bicudo

ESTE EXEMPLAR PERTENCE À VERSÃO DE DEFESA DA TESE DO ALUNO
EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL E ORIENTADO PELA PROFESSORA DRA.
ANGÉLICA MARIA BICUDO.

CAMPINAS

2019

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: 0000-0002-8357-1110.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M588i Miguel, Edson Roberto Arpini, 1962-
Implantação e análise de disciplina interprofissional em cursos da área da
saúde / Edson Roberto Arpini Miguel. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Angélica Maria Bicudo.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Relações interprofissionais. 2. Currículo. 3. Ensino - Metodologia. I.
Bicudo, Angélica Maria, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Implementation and analysis of interprofessional discipline in
health area courses

Palavras-chave em inglês:

Interprofessional relations

Curriculum

Active methodologies

Área de concentração: Ensino em Saúde

Titulação: Doutor em Ciências

Banca examinadora:

Angélica Maria Bicudo [Orientador]

Nildo Alves Batista

Eliana Claudia Otero Ribeiro

Beatriz Jansen Ferreira

Maria de Lurdes Zanolli

Data de defesa: 15-02-2019

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL

ORIENTADORA^A: PROF^A. DR^A. ANGÉLICA MARIA BICUDO

MEMBROS:

1. PROF. DR. NILDO ALVES BATISTA

2. PROF^A. DR^A. ELIANA CLAUDIA RIBEIRO
--

3. PROF^A. DR^A. ANGÉLICA MARIA BICUDO

4. PROF^A. DR^A. BEATRIZ JANSEN FERREIRA

5. PROF^A. DR^A. DR^A. MARIA DE LURDES ZANOLLI

Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Área de Ensino em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 15 de fevereiro de 2019

Dedico este trabalho à Clarice e Luisa, minhas queridas filhas e às pessoas de minha família que compreendem sua importância.

AGRADECIMENTOS

Ao diferenciado e singular grupo de professores e colegas que participaram das discussões deste trabalho durante o período de atividades na Unicamp.

À Prof^a. Dr^a. Angélica Maria Bicudo sou grato por aceitar ser orientadora deste trabalho e pelas orientações sempre muito qualificadas.

As Prof^{as}. Beatriz Jansen, Maria de Lurdes Zanolli, Maria Ângela Reis de Goes Monteiro Antonio, pelas observações da banca da qualificação, que mostraram um novo caminho e novas abordagens para este trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Rozilda Alves responsável pelo Projeto e criação da disciplina de Atenção em Saúde, sem a qual este trabalho não existiria.

À Prof^a. Dr^a. Adriana Albiero pela importante participação na implantação da disciplina, disposição para a leitura deste texto e crítica apreciativa durante toda a trajetória do trabalho e da disciplina de Atenção em Saúde.

Aos professores (as) e estudantes da Universidade Estadual de Maringá pela colaboração, participação e durante as atividades da disciplina, em especial os que participaram dos grupos focais para análise da mesma.

Aos preceptoras (es) da rede de atenção de Maringá, parceiros de primeira hora da disciplina de Atenção em Saúde, que colaboram de forma importante fortalecendo os vínculos pessoais e institucionais.

À coordenação do FAIMER Brasil, representados pelos Prof. Dr. Henry Holanda, Prof. Dr. Paulo Marcondes e pela Prof^a Eliana Amaral, reconhecendo que o curso me aproximou de um grupo de profissionais que buscam qualificar o ensino em saúde.

Aos funcionários da Comissão de Pós-Graduação da FCM da Unicamp, pelo auxílio nas questões de secretaria acadêmica.

RESUMO

As mudanças no perfil etário da população e os diagnósticos de doenças crônicas cumulativas, exigem atendimentos, estabelecendo-se demandas em relação ao ensino nas profissões da saúde buscando a integralidade do cuidado. A reorientação da formação profissional por meio de políticas públicas ofereceu a oportunidade para a criação de componentes curriculares, para formar estudantes que exercitem práticas interprofissionais. Este trabalho faz uma análise do contexto e implicações sobre a implantação de uma disciplina interprofissional nos cursos da saúde em uma universidade pública. Após a análise descritiva da implantação da disciplina de Atenção em Saúde e suas implicações acadêmicas, foi realizado um estudo com perfil exploratório de abordagem qualitativa utilizando-se grupos focais constituídos por tutores, preceptores e estudantes. Definidas as categorias e seus descritores foi utilizado o modelo 3P para a análise de conteúdo e dos resultados. Vale destacar a resignificação do papel docente, a percepção dos estudantes frente aos desafios do ensino interprofissional e a aproximação com o serviço de saúde. Correlacionamos na discussão geral deste texto linhas de discussão junto à assistência à pessoa, à sociologia e à pedagogia. A inovação proposta pela disciplina interprofissional de Atenção em Saúde seguiu o ideário de uma agenda internacional. Os relatos de tutores, preceptores e estudantes foram um estímulo decisivo para prosseguir avançando nas demais séries dos cursos, em atividades colaborativas e práticas interprofissionais.

Palavras-chave: Ensino interprofissional, Currículo, Metodologias ativas.

ABSTRACT

The changes in the age profile of the population and the diagnoses of chronic cumulative diseases, require care, establishing demands in relation to teaching in the health professions seeking the integrality of care. The reorientation of vocational training through public policies offered the opportunity for the creation of curricular components, to train students who exercise interprofessional practices. This work makes an analysis of the context and implications for the implementation of an interprofessional discipline in health courses in a public university. After the descriptive analysis of the implementation of the Health Care discipline and its academic implications, a study with an exploratory profile of a qualitative approach was carried out using focus groups composed of tutors, preceptors and students. Defining the categories and their descriptors was used the 3P model for content analysis and results. It is worth emphasizing the resignification of the teaching role, the students' perception of the challenges of interprofessional teaching and the approach to the health service. We discuss in the general discussion of this text lines of discussion together with assistance to the person, sociology and pedagogy. The innovation proposed by the interprofessional discipline of Attention in Health followed the idea of an international agenda. The reports of tutors, preceptors and students were a decisive stimulus to continue advancing in the other series of courses, in collaborative activities and interprofessional practices.

Keywords: Interprofessional teaching, Curriculum, Active methodologies.

RESUMEN

Los cambios en el perfil de edad de la población y los diagnósticos de enfermedades crónicas acumulativas, exigen atendimientos, estableciendo demandas en relación a la enseñanza en las profesiones de la salud buscando la integralidad del cuidado. La reorientación de la formación profesional a través de políticas públicas ofreció la oportunidad para la creación de componentes curriculares, para formar estudiantes que ejerciten prácticas interprofesionales. Este trabajo hace un análisis del contexto e implicaciones sobre la implantación de una disciplina interprofesional en los cursos de la salud en una universidad pública. Después del análisis descriptivo de la implantación de la disciplina de Atención en Salud y sus implicaciones académicas, se realizó un estudio con perfil exploratorio de abordaje cualitativo utilizando grupos focales constituidos por tutores, preceptores y estudiantes. Se definieron las categorías y sus descriptores se utilizó el modelo 3P para el análisis de contenido y de los resultados. Es importante destacar la resignificación del papel docente, la percepción de los estudiantes frente a los desafíos de la enseñanza interprofesional y la aproximación con el servicio de salud. Correccionamos en la discusión general de este texto líneas de discusión junto a la asistencia a la persona, a la sociología ya la pedagogía. La innovación propuesta por la disciplina interprofesional de Atención en Salud siguió el ideario de una agenda internacional. Los relatos de tutores, preceptores y estudiantes fueron un estímulo decisivo para proseguir avanzando en las demás series de los cursos, en actividades colaborativas y prácticas interprofesionales.

Palabras clave: Enseñanza interprofesional, Currículo, Metodologías activas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa mental da disciplina de atenção em Saúde	19
Figura 2 - Grupos de discussão e planejamento das atividades da disciplina interprofissional.....	20
Figura 3 - O Arco de Maguerez.....	21
Figura 4 - Contrato de convivência dos estudantes	23
Figura 5 - Grupo interprofissional na comunidade	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Copep	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	17
2.1. Geral	17
2.2. Específicos	17
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
3.1. O primeiro momento.....	18
3.1.1. A criação da disciplina	18
3.1.2. A metodologia utilizada	21
3.1.3. O pequeno grupo	22
3.1.4. A avaliação do estudante.....	24
3.2. O segundo momento	24
3.2.1. A análise de conteúdo de entrevistas.....	24
3.2.2. A formação de grupos focais	25
3.2.3. A metodologia para análise	25
4. RESULTADOS.....	27
4.1. Artigo 1	28
4.2. Artigo 2	44
5. DISCUSSÃO GERAL	64
5.1. A educação reflexiva no contexto do ensino interprofissional.....	64
5.1.1. A busca conceitual da disciplina interprofissional e a interface com Saúde Paideia, a importância da integralidade	64
5.1.2. A construção do grupo de trabalho em metodologias ativas e a importância do Capital Simbólico: Pierre Bourdieu e o capital simbólico.....	66
5.1.3. O interjogo entre a singularidade e o encontro com o outro humano: Um paralelo com o processo de ensino aprendizagem e as teorias de Winnicott	69
5.1.4. Analisando núcleos de sentido ou construindo construtos em pesquisa qualitativa: a experiência de Turato	70
6. CONCLUSÕES	74
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	79
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82

1. INTRODUÇÃO

Várias instituições educacionais têm procurado atualizar os cursos de graduação da área da saúde estabelecendo um processo de mudança que contemple uma aprendizagem voltada para “o ensinar e o aprender”.

A concepção hegemônica de assistência à saúde ainda está mais centrada no médico e no hospital, reduz o desenvolvimento de capacidades pela utilização de poucos cenários e contextos, numa abordagem que já não atende mais às necessidades demandadas e à natureza dos problemas de saúde enfrentados. Por outro lado, segundo estudiosos, os currículos das escolas de medicina praticamente não foram alterados nos últimos 30 anos. Esta estagnação possibilitou o surgimento de iniciativas associadas a inovações curriculares em países da Europa, no Canadá e nos Estados Unidos e, no final dos anos de 1990, também no Brasil¹.

Nas escolas médicas em geral – e em boa parte das propostas de mudanças que existentes se discutia, apenas o papel da escola e o perfil do médico. Os processos de mudança têm sido mais tensos e os embates mais intensos pela resistência a vários aspectos na transformação do Projeto Político Pedagógico².

Os diagnósticos de doenças crônicas cumulativas induziram mudanças nos cuidados de saúde nas últimas décadas, em que pacientes necessitam de atendimentos complexos realizado por equipes, estabelecendo-se demandas claras em relação à colaboração interprofissional em saúde³ espaço em que a força de trabalho em saúde tem sido desafiada a prestar serviços frente a esta realidade. Além disso, com as mudanças no perfil etário da população, novas demandas em relação ao ensino nas profissões da saúde buscando a integralidade do cuidado⁴ necessitam ser estabelecidas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde³ a educação interprofissional (EIP) tem sido apontada por gestores, profissionais de saúde e educadores, como um meio para a colaboração e a prestação de serviços em cenários de prática onde estudantes de diferentes profissões aprendem de forma cooperativa.

A EIP foi definida como:

“ocasiões em que duas ou mais profissões de saúde/assistência social aprendem com outros, entre si e sobre os outros, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços, aprimorando as atitudes, o conhecimento, as habilidades e os comportamentos para a prática colaborativa, o que por sua vez, pode melhorar a prática clínica”^{5,6}.

Entre os eixos que devem ser priorizados para os avanços na saúde integradora e em políticas de educação estão: os mecanismos relacionados ao educador, como a capacitação de profissionais e apoio institucional; os mecanismos relacionados aos modelos curriculares, que modifiquem a logística, o cronograma; o conteúdo programático no aprendizado contextual e, os modelos de avaliação.³

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde foi uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010⁷, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde. Desta forma reforçando a perspectiva da qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas Instituições de Ensino.^{7,8}

Estando vinculada ao Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tem sido responsável pela formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, com a visão de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação.^{9,10}

Por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e de 2014 para os cursos de graduação na área de Saúde preconizam três grandes áreas: Atenção em saúde; Gestão em saúde, e Educação na Saúde, tornando-se um marco legal importante como referência para possíveis avanços. Na gestão em saúde, entre os descritores, devem ser valorizados os processos de ensino-aprendizagem, a aprendizagem interprofissional, a mobilidade e a formação de redes¹¹. Tais perspectivas de inovação baseiam-se nos principais documentos e recomendações relativos à Educação Médica Mundial produzida nos últimos 25 anos.

Segundo Mitre (2008) o fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade e as experiências decorrentes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) ofereceram a oportunidade para a criação de componentes curriculares, com o intuito de formar acadêmicos que exercitem práticas interprofissionais, na perspectiva de uma formação mais compatível com a necessidade da população.

A maioria dos cursos da área de saúde apresentam currículos estruturados com disciplinas, hierarquizados, verticais e centrados no professor. Assim, o movimento de mudança curricular justifica-se pela busca da criação de vínculos institucionais e pessoais, por meio de uma ação direta institucional, onde o estudante possa visualizar que a atuação interprofissional criando perspectivas de resolução dos problemas mais importantes e da prática diária das equipes de saúde.

Visualizando um contexto mais amplo, Hammick et al.¹³ reconheceram que qualquer tentativa de escrever sobre teorias de educação interprofissional deve ter o cuidado de não excluir teorias que ajudem a compreensão de práticas colaborativas pois, não se poderia separar o inseparável. As teorias devem ampliar a compreensão da educação interprofissional, pois é um assunto bastante negligenciado.

A partir dos estudos de Pichon Rivière¹⁴ e modelos de atuação de grupos terapêuticos, as discussões sobre o papel dos atores envolvidos neste processo, ou simplesmente em discussões pedagógicas contextualizadas em pequenos grupos, permite uma prática crítica-reflexiva a aproximação de metodologias que possam avançar do campo pedagógico para as relações interpessoais, aprofundando o conhecimento das mesmas e abrindo espaço para associações com teóricos das várias áreas da psicologia e da sociologia.

Para a sociologia, o ensino interprofissional possibilita que o conhecimento seja construído socialmente, ou seja, desenvolvido, codificado e transmitido através de processos e organizações sociais, incluindo currículos profissionais, regulação profissional e instituições de ensino superior.^{13,15}

A valorização de aspectos culturais e de capital social, intelectual e simbólico, propostos por Pierre Bourdieu apresentados por Grefell¹⁶ descreve os conceitos e a teoria de permeiam uma análise mais aprofundada deste tema, qualificando a discussão sobre as relações de ensino aprendizagem em metodologias ativas e ensino interprofissional. Segundo o termo capital não apenas representa o acúmulo de bens e riquezas econômicas, mas todo recurso ou poder que se manifesta em uma atividade social.

Assim, questões de cunho econômico como salários, por exemplo, são decisivas para a compreensão do conceito de *capital cultural*, *capital social*. Finalizando, complementa suas argumentações com a definição de *capital simbólico* associando vários aspectos que não podem ser mensurados de forma direta, mas que

tem uma forte correlação com o acúmulo intelectual permeado pelo capital humano, social e econômico.

Sob a perspectiva da teoria da complexidade¹⁷ pretende-se superar a compreensão de que a realidade é linear e estável, entendendo-a como um sistema composto por muitos componentes ou dimensões que interagem entre si. A característica principal de sistemas complexos, é que o todo exhibe propriedades que não podem ser deduzidas das partes individuais sendo que isso não garante estabilidade ou certezas; os fenômenos podem exibir comportamentos caóticos e imprevisíveis. Os sistemas complexos são sensíveis às mudanças e devem ser compreendidos como sistemas abertos onde o observador é parte do sistema e esses sistemas interagem e sofrem influências do ambiente.¹⁸

No entender de Campos¹⁹, tem-se aceitado com maior facilidade culturas, experiências e saberes distintos, acrescentando-se que todo fenômeno é complexo e todo conceito polissêmico. Assim como, todo campo do saber é interdisciplinar. Em sua obra, Campos¹⁹, não despreza a historicidade, apresentando uma abordagem da assistência e cuidado, que valoriza as práticas e saberes na defesa da vida das pessoas, favorecidos por um sistema de saúde que busque a integralidade e que possam contribuir para a constituição do sujeito.

Na perspectiva do ensino interprofissional, da complexidade e dos desafios para reorientação da formação de estudantes na área de saúde, este trabalho pretende descrever a experiência da Universidade Estadual de Maringá na implantação de mudanças curriculares dos cursos das áreas da Saúde, com a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária em Saúde estimulando o ensino interprofissional e as práticas colaborativas, além dos resultados da implantação do referido componente curricular, estudados através das opiniões dos atores envolvidos: preceptores, tutores e estudantes.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Descrever o processo de implementação das disciplinas de Atenção em Saúde (I e II) e analisar a percepção dos atores envolvidos neste processo.

2.2. Específicos

- Descrever de forma crítica as mudanças curriculares, suas dificuldades e tramitações institucionais.
- Analisar a percepção de docentes, discentes, dos preceptores do serviço de saúde sobre a implantação das disciplinas de Atenção em Saúde (I e II).
- Discutir e avaliar o impacto nas relações acadêmicas e profissionais das atividades das disciplinas na integração ensino-serviço-comunidade.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. O primeiro momento

3.1.1. A criação das disciplinas

Essa criação envolveu a participação de professores, tutores do PET-Saúde, estudantes, preceptores dos serviços de saúde e a gestão do município de Maringá, durante os anos de 2012 a 2014, para a execução do edital do Programa PET-Saúde com vistas à reorientação da formação profissional na UEM.

Na Universidade Estadual de Maringá (UEM) o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, iniciou em 2009, com o tema: PET-Saúde UEM: Fortalecendo a atenção básica em Maringá-PR, com os objetivos de promover a integração dos alunos e profissionais que atuam na Atenção básica nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Psicologia, Farmácia e Biomedicina.

Os coordenadores (ou seus representantes) dos cursos da área de saúde vivenciaram dinâmicas realizadas com a participação de estudantes do PET-Saúde em simulações das atividades com a aplicação da metodologia. A sensibilização dos docentes interessados em tornarem-se tutores dos novos componentes curriculares/disciplinas ocorreu em momentos diferentes, tanto na participação nas reuniões de elaboração, quanto na divulgação/comunicação dos resultados alcançados pelos grupos PET-Saúde, bem como pela realização de módulos tutoriais de desenvolvimento docente.

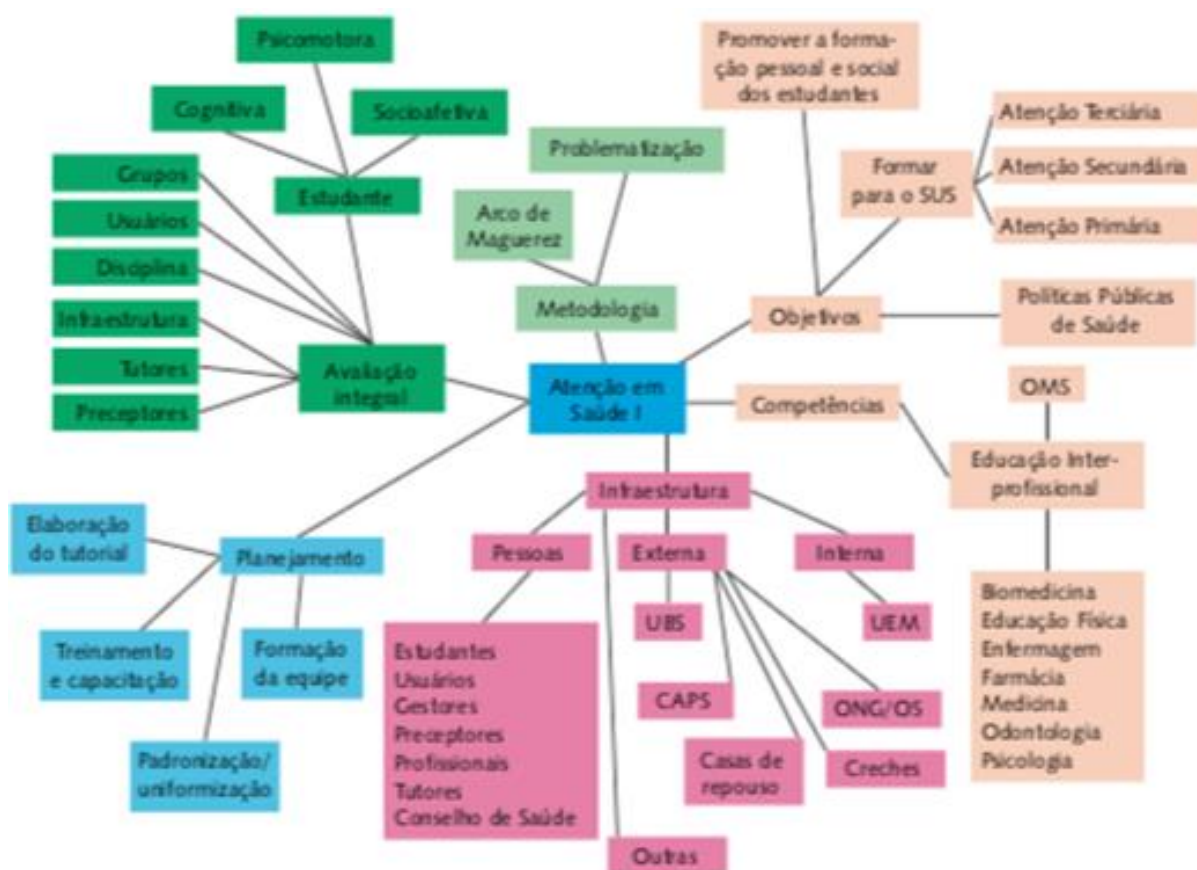
A despeito de terem se destacado nos *rankings* classificatórios do MEC, alguns cursos da UEM, mantêm em suas bases teóricas os eixos de concordância com a DCN, quanto ao perfil dos egressos, suas habilidades e competências, porém, a manutenção de estruturas disciplinares, a formação de matrizes rígidas e a ausência de interdisciplinaridade comprometem o modelo, os tornando centrados no professor e nas áreas clínicas com perfil especialista, hospitalocêntrico, em especial o curso de Medicina.

Os componentes curriculares/disciplinas de Atenção em Saúde (I e II) passaram a integrar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de cada um dos sete cursos, após aprovação nas diversas instâncias administrativas e deliberativas, sendo

necessária a redistribuição de carga horária para os docentes lotados em nove diferentes departamentos sem novas contratações, somente com a reordenação de carga horária docente.

Uma última etapa implicou na realização de quatro oficinas de trabalho com a participação de docentes e preceptores da rede municipal de saúde, em que foram consolidados os objetivos, os conceitos da metodologia, a discussão e elaboração do mapa mental das disciplinas (Figura 1), dos processos de avaliação, e ainda a elaboração de dois tutoriais a serem utilizados como guia estruturado de atividades para condução das turmas interprofissionais.

Figura 1 - Mapa mental da disciplina de atenção em Saúde



Fonte: Tutorial de Atenção em Saúde.

A disciplina de Atenção em Saúde I foi planejada com o objetivo de preparar o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional. A Atenção em Saúde II desenvolve competências para este fim, além da elaboração e aplicação de um projeto de intervenção, que poderá envolver pacientes, famílias, cuidadores e a comunidade (Figura 2).

Figura 2 - Grupos de discussão e planejamento das atividades da disciplina interprofissional



Fonte: Arquivo da disciplina de Atenção em Saúde.

Foram considerados objetivos específicos da disciplina Atenção em Saúde:

- compreender a organização, as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
- explicar as ações e os serviços realizados da Unidade Básica de Saúde (UBS) e demais entidades integrantes do SUS;
- identificar modelos de atenção primária e ações de promoção de saúde centradas no usuário; entender as contribuições das diversas profissões de saúde em atividades de atenção básica;
- compreender a aplicação dos conceitos de educação interprofissional e de práticas colaborativas em atividades de educação e promoção de saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida;
- estabelecer um convívio saudável nas atividades em equipe multiprofissional, respeitando as diferenças das diversas profissões envolvidas; demonstrar comportamento pró-ativo, ético, respeitoso e afetivo nas relações com a equipe, indivíduos e comunidade.
- Atuar em equipe interprofissional de saúde de maneira crítica, reflexiva e humanista respeitando as diferenças das profissões envolvidas e as necessidades da comunidade;

- Conhecer as atividades desenvolvidas no serviço de saúde e compreender seu funcionamento; demonstrar os pontos de atenção e apoio em saúde, disponíveis na comunidade; comunicar e interagir com a comunidade e a equipe de saúde respeitando os limites e as potencialidades de cada indivíduo ou grupo;
- Analisar os problemas observados na comunidade e elaborar um projeto de intervenção com visão interprofissional baseado em decisões compartilhadas;
- executar ações de atenção em saúde visando a transformação da comunidade; participar no controle social em saúde valorizando a formação ética do profissional.

3.1.2. A metodologia utilizada

Visando a inovação metodológica na trajetória dos cursos, esta disciplina propiciou a introdução de metodologias ativas de ensino aprendizagem, quebrando paradigmas históricos, as disciplinas de Atenção em Saúde (I e II), partiram da realidade do contexto da assistência em Atenção Primária, utilizando o modelo de problematização o Arco de Maguerez (Figura 3).²⁰

Figura 3 - O Arco de Maguerez



Fonte: Bordenave²⁰.

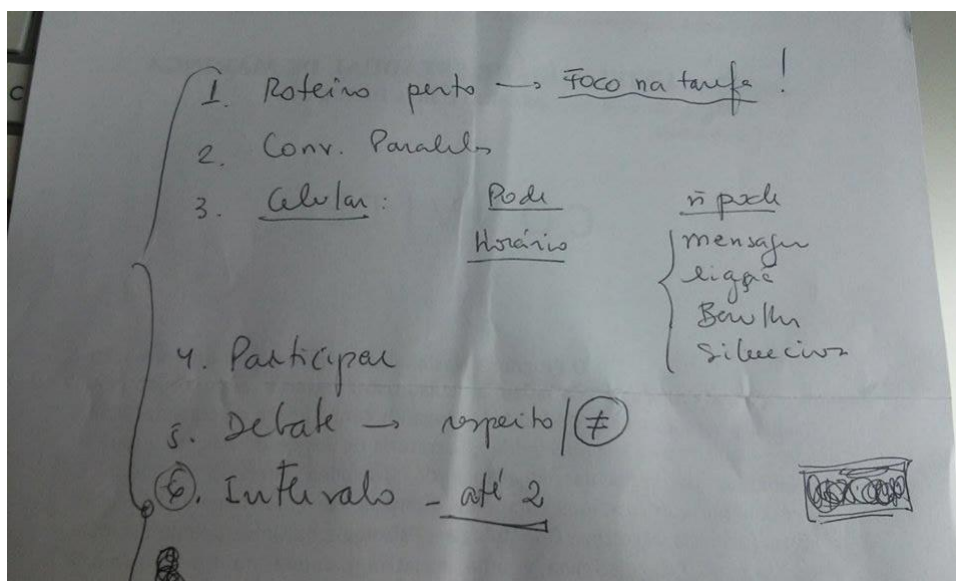
Sendo assim, a formação dos estudantes ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas de maneira interprofissional deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à realidade, no campo de atuação de uma equipe de saúde com visão integrada e colaborativa.

Nesta experiência tomando-se por base os trabalhos de Visser et al.²¹ os registros foram sistematizados, através de portfólio individual. Ao final dos módulos foi realizada avaliação formativa nos eixos cognitivos, psicomotor e afetivo, descritos por Troncon.²²

3.1.3. O pequeno grupo

O pequeno grupo foi designado como aquele que se constitui quando existem pessoas que compartilham o mesmo ambiente, com objetivos em comum e que trabalham coletivamente para alcançá-los, estabelecendo metas e estratégias, e centrando-se na realização de tarefa. Nesse contexto os participantes assumem papéis, permitindo a visão diversificada e o desempenho crítico diante das situações reais, bem como a construção coletiva de atitudes (des)alienantes, isto é, em um mesmo ambiente, decisões são tomadas considerando as diversidades e em meio da disposição para o trabalho grupal²³. Bastos²⁴ escreveu os grupos operativos voltados para a promoção de saúde, caracterizando-se como possibilidade de intervenção em diferentes processos de aprendizagem.

Figura 4 - Contrato de convivência dos estudantes



Fonte: arquivo da disciplina de Atenção em Saúde.

Inicialmente os estudantes foram organizados em 40 turmas, os grupos foram compostos por até 10 estudantes, dos sete cursos citados, após matriciamento pelo curso de Medicina, que detém o menor número de alunos matriculados por série. NA figura 4, é apresentado um modelo de contrato de convivência realizado pelos estudantes antes do início da atividade. Os produtos das atividades, após chuva de ideias foram compartilhados de forma participativa com agentes comunitários das UBS (Figura 5).

Figura 5 - Grupo interprofissional na comunidade



Fonte: arquivo da disciplina de Atenção em Saúde.

3.1.4. A avaliação do estudante

O desenvolvimento de habilidades e aspectos práticos relacionados à formação dos estudantes como observação ativa, participação colaborativa, análise, adequação às normas, comunicação adequada, procedimentos e técnicas profissionais, liderança, busca de informação, avaliação crítica da literatura, raciocínio profissional, refere-se a avaliação psicomotora.²²

A avaliação socioafetiva baseia-se na observação de pontos como capacidade de reconhecer e lidar com sentimentos do outro e de si próprio; capacidade de ouvir, observar, utilizar linguagem adequada, o respeito, a postura, as atitudes, a ética, a assiduidade, a pontualidade, o comprometimento e a participação interpessoal; com *feedback* ²² aos estudantes semanal, ao final de cada encontro.

Os estudantes avaliam seus pares com critérios semelhantes aos utilizados pelo tutor a cada encontro na avaliação psicomotora e socioafetiva, mas na visão do estudante.

A autoavaliação representa uma estratégia de aprendizagem importante que prepara o estudante para repensar os resultados de suas próprias ações profissionais, refletir sobre o que aprendeu, avaliar como tal aprendizado contribuiu para a sua formação profissional, perceber suas necessidades individuais de aprendizagem, elaborar um plano que o ajude a lidar com suas dificuldades, refletir sobre o seu crescimento pessoal e social, e revisar e atualizar seu planejamento de estudos e formação.^{22,25}

3.2. O segundo momento

3.2.1. A análise de conteúdo de entrevistas

O passo seguinte deste trabalho foi demonstrar os resultados da experiência vivida por estudantes, professores/tutores e preceptores da rede de saúde sobre as atividades da disciplina, o olhar individual e de grupos focais sobre a mesma.

3.2.2. A formação de grupos focais

Os grupos focais foram realizados isoladamente com professores, estudantes e preceptores, que participaram do componente curricular de Atenção em Saúde no período de 2016 a 2018.

Os tópicos disparadores das discussões foram: a importância da disciplina de Atenção em Saúde na atividade dos participantes, seus desdobramentos acadêmicos e pessoais e, a importância de práticas colaborativas nas atividades desenvolvidas.

Encontros-piloto, em número de dois, foram realizados com professores e estudantes e após correções de algumas questões relacionadas ao funcionamento do grupo, as demais reuniões respeitaram a dinâmica e condução descritas por Minayo et al.²⁶ Iervolino e Pelicioni²⁷ e Barbour²⁸.

Quatro grupos focais foram realizados com professores totalizando a participação de 17 docentes, o grupo dos preceptores contou com a participação de 11 profissionais e finalmente, foram realizados 4 grupos focais com estudantes num total de 21 participantes sendo: Educação Física (4), Enfermagem (4), Odontologia (2), Medicina (3), Psicologia (3), Farmácia (3) e Biomedicina (2) estando assim, representados todos os cursos envolvidos. Todas as reuniões ocorreram no ambiente da UEM, gravados em áudio e posteriormente, transcritos para análise.

3.2.3. A metodologia de análise

Para entendimento deste processo, foi utilizado o conceito de pesquisa interpretativa, reunindo estudos que utilizam a fenomenologia e o interacionismo simbólico, seguindo os princípios da metodologia qualitativa. Outro referencial teórico é a teoria fundamentada nos dados, cuja metodologia de campo tem por objetivo gerar elementos teóricos que expliquem a ação no contexto social em estudo.²⁹

Inicialmente foram classificados de 10 tópicos condensados em três categorias: (1) o componente curricular Atenção em Saúde, (2) a identidade profissional na graduação e (3) o contexto e vivências no ambiente de prática. A partir destas categorias e seus descritores foi realizada a análise de conteúdo, com uma análise temática envolvendo uma pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação, conforme citado por Minayo³⁰. Para a descrição e análise dos resultados foi utilizado o modelo 3P (pressage-process-product) que é uma

variante do modelo Kirkpatrick.³¹

O nível de complexidade do trabalho proposto exigiu uma estratégia cuidadosa em sua interpretação, afinal, qualquer técnica de análise de dados, em última instância, poderá influenciar interpretação dos resultados. As dificuldades da utilização de pesquisas qualitativas na área de saúde são várias ³².

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, textos e outras formas de registro de dados. Assim, existirão procedimentos peculiares, envolvendo a preparação dos dados para a análise, visto que esse processo “consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem³³.

Na sua evolução, a análise de conteúdo tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade sempre questionada da subjetividade. Chizzotti³⁴, afirma que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

As questões éticas inerentes à pesquisa foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM – **CAAE**: 62947816.6.0000.0104) (Anexo A), seguindo as orientações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sendo que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Entre as limitações da realização do trabalho, pode-se destacar a dificuldade em reunir os tutores/professores, principalmente, por suas respectivas cargas horárias.

4. RESULTADOS

Artigo 1:

“TRAJETÓRIA E IMPLEMENTAÇÃO DE DISCIPLINA INTERPROFISSIONAL PARA CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE”

PUBLICADO PELA REVISTA INTERFACE Comunicação, saúde e educação.

Aprovado em 01/04/18.

2018; 22 (2);1763-76.

Artigo 2:

“ENSINO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE”

ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO NO JORNAL OF INTERPROFISSIONAL CARE

4.1. Artigo 1

“TRAJETÓRIA E IMPLEMENTAÇÃO DE DISCIPLINA INTERPROFISSIONAL PARA CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE”

Edson Arpini Miguel^(a), Adriana Lenita Meyer Albiero^(b), Rozilda Neves Alves^(c),
Angélica Maria Bicudo^(d)

(a) Departamento de Medicina; Centro de Ciências da Saúde; Universidade Estadual de Maringá (UEM). Avenida Colombo, 5790. Maringá, PR, Brasil. 87020-900. edarpini@gmail.com

(b) Departamento de Farmácia; Centro de Ciências da Saúde; UEM. Maringá, PR, Brasil. almalbiero@uem.br

(c) Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, UEM. Maringá, PR, Brasil. rnalves@uem.br

(d) Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. angelicabicudo@gmail.com

Introdução

Os diagnósticos de doenças crônicas induziram mudanças nos cuidados de saúde nas últimas décadas, em que pacientes necessitam de atendimentos complexos realizados por equipes, estabelecendo-se demandas claras em relação à colaboração interprofissional em saúde¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², a EIP tem sido apontada por gestores, profissionais de saúde e educadores como um meio para a colaboração e a prestação de serviços em cenários de prática nos quais estudantes de diferentes profissões aprendem de forma cooperativa.

A EIP foi definida como “ocasiões em que duas ou mais profissões de saúde/assistência social aprendem de e, um sobre o outro, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”³, visando aprimorar as atitudes, o conhecimento, as habilidades e os comportamentos para a prática colaborativa, que, por sua vez, pode fazer melhorias na prática clínica⁴. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) assegura que deve-se “garantir o desenvolvimento do talento humano necessário para colocar a Atenção Primária em Saúde (APS) em prática com sucesso na incorporação de equipes multidisciplinares”⁵.

Segundo Reeves et al.⁶, a EIP é cada vez mais oferecida em todos os setores de saúde e assistência social aos alunos de graduação, pós-graduação, educação continuada com base em salas de aula, laboratórios de simulação e configurações clínicas ou virtuais. A evidência mostra que as habilidades para trabalhar em equipe e de forma colaborativa não são intuitivas e não são aprendidas fazendo o trabalho em si.

Entre os eixos que devem ser priorizados para os avanços na saúde integrada e em políticas de educação estão os mecanismos relacionados ao educador, como a capacitação de profissionais e apoio institucional; os mecanismos relacionados aos modelos curriculares, que modificam a logística e o cronograma; o conteúdo programático no aprendizado contextual e os modelos de avaliação². Por esta razão, Rudland⁷ propôs que a EIP “seja incorporada entre as atividades específicas de cada disciplina e do currículo” (p. 448-55).

Quanto ao referencial teórico que orienta a EIP, citam-se as teorias que sustentam as dimensões sociais da aprendizagem e do ensino interprofissional. A teoria do capital social é utilizada para descrever, compreender e medir as vantagens obtidas pelos indivíduos que fazem parte de uma rede social⁸.

Hammick et al.⁹ reconheceram que qualquer tentativa de escrever sobre teorias de educação interprofissional deve ter o cuidado de não excluir teorias que ajudem a compreensão de práticas colaborativas, pois não se poderia separar o inseparável. As teorias devem ampliar a compreensão da educação interprofissional, pois é um assunto bastante negligenciado.

Carpenter¹⁰, em 2003, referiu que as teorias do construtivismo social e do capital social na EIP não podem ser alcançadas no isolamento profissional ou social, abrindo espaço para a teoria do contato, na qual a educação interprofissional reúne estudantes de diferentes grupos profissionais em cenários de ensino aprendizagem, possibilitando que estas trocas de informação e conhecimento proporcionem de forma coletiva o crescimento desses grupos.

Para a Sociologia, o ensino interprofissional possibilita que o conhecimento seja construído socialmente, ou seja, desenvolvido, codificado e transmitido por meio de processos e organizações sociais, incluindo currículos profissionais, regulação profissional e instituições de ensino superior⁹.

Sob a perspectiva da teoria da complexidade, pretende-se superar a compreensão de que a realidade é linear e estável, entendendo-a como um sistema composto por muitos componentes ou dimensões que interagem entre si. A característica principal de sistemas complexos é a de que o todo exhibe propriedades que não podem ser deduzidas das partes individuais¹¹, sendo que isso não garante estabilidade ou certezas. Os fenômenos podem exibir comportamentos caóticos e imprevisíveis, os sistemas complexos são sensíveis às mudanças e são compreendidos como sistemas abertos e o observador é parte do sistema e esses sistemas interagem e sofrem influências do ambiente¹².

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 e de 2014 apontam para o desafio de uma formação mais qualificada, voltada para a prática, a fim de abordar os sujeitos, a família e a comunidade dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, respeitando os valores, hábitos e costumes, o que exige mudança na forma do exercício da docência. As DCN para os cursos de graduação na área de Saúde preconizam três grandes áreas: Atenção em Saúde; Gestão em Saúde e Educação na Saúde. Na gestão em Saúde, entre os descritores, devem ser valorizados os processos de ensino-aprendizagem, a aprendizagem interprofissional, a mobilidade e a formação de redes¹³.

Nas profissões da saúde, vem ocorrendo mudanças significativas, não apenas em função das DCN mas também das políticas públicas de promoção e prevenção, em especial as redes de Atenção à Saúde¹⁴.

Batista¹⁵ mencionou que, no Brasil, a EIP apresenta-se como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde.

Nesse contexto nacional, o fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade e as experiências decorrentes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) ofereceram a oportunidade para a criação de componentes curriculares, com o intuito de formar acadêmicos que exercitem práticas interprofissionais e o trabalho em equipe e que colaborem para fortalecer a rede de atenção, bem como que participem de uma formação mais compatível com a necessidade da população.

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído por meio da Portaria Interministerial¹⁶ nº 421, de 3 de março de 2010, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da Saúde, com a perspectiva da qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino¹⁷.

Ao abordar a formação em saúde, autores constroem uma trajetória do PET-Saúde sobre quatro eixos analíticos: as raízes históricas, explorando origens; o Pró-Saúde e o PET-Saúde no conhecimento de trajetórias; a integração ensino-serviço como uma ideia estruturante; e o desejo de mudanças das práticas de integração e aprendizagem interprofissional^{18,19}.

No ano de 2009, em discussões realizadas no evento “A construção de uma práxis interdisciplinar em Saúde”, os estudantes, trabalhadores da Saúde e professores/tutores da UEM indicaram que um dos problemas mais graves era a dissonância entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da

população e do serviço. Como produto desse encontro, a “Carta de Maringá” sustentou as iniciativas de integração dos cursos da área de saúde.

Na UEM, o PET-Saúde iniciou, em 2009, com o tema “PET-Saúde UEM: fortalecendo a Atenção Básica em Maringá (PR)”, com os objetivos de promover a integração dos alunos e profissionais que atuam na Atenção Básica nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Psicologia, Farmácia e Biomedicina.

A sustentação dessa proposta trouxe perspectiva de mudanças, pois foi idealizada em um modelo horizontal, centrado no aluno, orientado por competências e interprofissional, reforçando conceitos de horizontalidade e interdisciplinaridade. Para a Organização Mundial da Saúde, uma das principais justificativas para que a interprofissionalidade seja introduzida durante o período da graduação é a de que a prática colaborativa pode melhorar: o acesso aos serviços de saúde (e sua) coordenação; o uso adequado de recursos clínicos especializados; os resultados na saúde de usuários com doenças crônicas; a assistência e segurança dos pacientes², assim como a otimização e racionalização de recursos a serem utilizados nos sistemas de saúde⁹.

Os cursos da área de Saúde apresentam currículos estruturados com disciplinas, hierarquizados, verticais e centrados no professor. O movimento de mudança justifica-se pela busca de uma formação na graduação e pela necessidade de participação junto com o Sistema Único de Saúde, com criação de vínculos institucionais e pessoais, por meio de uma ação direta na qual o estudante possa visualizar a atuação interprofissional criando perspectivas de resolução dos problemas mais importantes e da prática diária das equipes de saúde.

A despeito de terem se destacado nos rankings classificatórios do Ministério da Educação (MEC), os cursos mantêm em suas bases teóricas os eixos de concordância com as DCN quanto ao perfil, às habilidades e às competências dos egressos. Porém, a manutenção de estruturas disciplinares, a formação de matrizes rígidas e a ausência de interdisciplinaridade comprometem o modelo, os tornando centrados no professor e nas áreas clínicas com perfil especialista e hospitalocêntrico, especialmente o curso de Medicina. Nesse curso, poucas foram as ações que buscaram capacitação para utilização de metodologias ou técnicas de ensino-aprendizagem que mudem este modelo. As tentativas de introdução de estudo de problemas ou de aprendizagem por times ou grupos foram pontuais e por curto período de duração.

Por sua vez, o curso de Educação Física não mostra um perfil de promoção em saúde como uma prioridade e os cursos de Farmácia e Biomedicina apresentam perfil tecnicista, com uma formação voltada ao mercado com poucas intervenções curriculares inovadoras.

O curso de Psicologia não está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde, o que, por si só, torna-se uma dificuldade para a elaboração de estratégias conjuntas na saúde e os cursos de Odontologia e de Enfermagem apresentam disciplinas de Saúde Coletiva nas séries iniciais do curso, com introdução ao sistema de saúde ainda com um viés de formação específico.

As práticas de metodologias ativas têm ganhado espaço na Enfermagem. A residência multiprofissional e as residências médicas têm se tornado um estímulo para a carreira ligada a educação e serviços para os sete cursos mencionados.

Tanto as DCN quanto o PET-Saúde abriram espaço para que as mudanças paradigmáticas começassem a ocorrer, colocando a possibilidade da consolidação de

um perfil de egresso em sintonia com a realidade, com perspectiva crítico-reflexiva e fortalecendo o conceito de cidadania.

Este trabalho pretende descrever a experiência da Universidade Estadual de Maringá na implantação de mudanças curriculares dos cursos das áreas da Saúde, com a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária em Saúde e que ocorreram após a implementação dos projetos vinculados ao PET-Saúde, estimulando o ensino interprofissional e as práticas colaborativas.

Percurso metodológico

Processo de trabalho

Apoiada pela Pró-Reitoria de Ensino e Conselhos acadêmicos dos cursos e pela Secretaria Municipal de Saúde, a criação dessas disciplinas envolveu a participação de professores, tutores do PET-Saúde, estudantes, preceptores dos serviços de saúde e a gestão do município de Maringá durante os anos de 2012 a 2014 para a execução do edital do Programa PET-Saúde com vistas à reorientação da formação profissional na UEM.

A partir deste momento, foram realizadas reuniões quinzenais, nas quais foram definidas a orientação pedagógica e a metodologia de ensino-aprendizagem que balizou o processo de implantação. Além disso, os coordenadores (ou seus representantes) dos cursos da área de Saúde vivenciaram dinâmicas realizadas com a participação de estudantes do PET-Saúde em simulações das atividades com a aplicação da metodologia.

A sensibilização dos docentes interessados em tornarem-se tutores dos novos componentes curriculares/das novas disciplinas ocorreu em momentos diferentes na participação nas reuniões de elaboração, na divulgação/comunicação dos resultados alcançados pelos grupos do PET-Saúde e na realização de módulos tutoriais de desenvolvimento docente.

Esses componentes curriculares/disciplinas passaram a integrar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de cada um dos sete cursos, após aprovação nas diversas instâncias administrativas e deliberativas. Para a criação dos novos componentes curriculares, foi necessária a criação de horários livres comuns aos sete cursos da Saúde, para possibilitar a matrícula e a formação de turmas interprofissionais. Houve também a necessidade de redistribuição de carga horária para os docentes lotados em nove diferentes departamentos sem novas contratações, somente com a reordenação de carga horária docente.

Uma última etapa implicou na realização de quatro oficinas de trabalho de 12 horas de duração cada, com a participação de 28 docentes e 22 preceptores da rede municipal de Saúde, nas quais foram consolidados os objetivos, os conceitos da metodologia e a discussão e elaboração do mapa mental das disciplinas (Figura 1) e dos processos de avaliação, e ainda a elaboração de dois tutoriais (quadro 1) a serem utilizados como guia estruturado de atividades para condução das turmas interprofissionais. Inicialmente, foram 430 estudantes organizados em quarenta turmas, matriciadas pelo curso de Medicina, que detém o menor número de alunos matriculados por série.

A estrutura das disciplinas

Os componentes curriculares denominados Atenção em Saúde I e II foram introduzidos na matriz curricular no segundo semestre do primeiro ano e no primeiro semestre do segundo ano dos cursos, matriculados, respectivamente, no mesmo dia da semana e horário, com carga horária de 34 e 68 horas semestrais.

A disciplina de Atenção em Saúde I foi planejada com o objetivo de preparar o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional e desenvolvendo competências para este fim. Na disciplina de Atenção em Saúde II, a prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências trabalham com usuários, por meio da elaboração e aplicação de um projeto de intervenção, que poderá envolver pacientes, famílias, cuidadores e a comunidade.

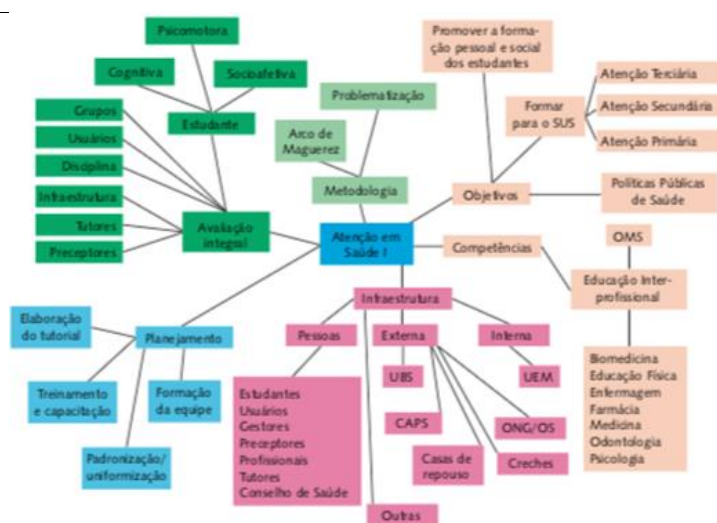


Figura 1. Mapa mental da Atenção em Saúde I

Quadro 1. Exemplo da sequência de atividades da disciplina Atenção em Saúde I

SEMANA 3 – Data: __/__/__				Orientações para o professor
Objetivos	No fim da aula, o estudante deverá ser capaz de: conhecer o território e identificar pontos de atenção em saúde disponíveis; explicar as ações e os serviços realizados na UBS e em demais entidades que compõem a rede de atenção básica do SUS; e demonstrar a infraestrutura e o modelo de organização de uma UBS.			Visitar o território. Solicitar que os alunos, individualmente, anotem e/ou registrem (em fotos) pontos que mostrem a realidade local, como escolas, associações, condições das ruas, redes de água e esgoto, áreas de lazer, parques, feiras livres, detalhes das moradias, circulação de pessoas, entre outros.
Horário	Local	Atividade	Descrição	Solicitar que os alunos, individualmente, anotem palavras, termos, siglas e expressões que desconheçam. Estimular os alunos a listar palavras, termos e expressões desconhecidas. Definir as principais questões (dúvidas) que necessitem de estudos individuais. Atenção: algumas questões precisam ser apontadas pelo professor, caso não apareçam espontaneamente, como território, área/microárea e pontos de atenção em saúde. Orientar sobre a escrita das narrativas individuais: anotar, individualmente, as reflexões sobre os cenários.
13:30-14:30	UBS	Discussão em grupo/avaliação	Discutir infraestrutura e a organização das UBS.	
14:30-15:30	UBS	Observação da realidade	Conhecer o território/territorialização.	
15:30-16:30	UBS	Observação realidade	Conhecer o território/territorialização.	
16:30-17:30	UBS	Discussão em grupo	Identificação dos pontos-chave e levantamento das questões orientadoras de estudo. Avaliação da aprendizagem.	

Os objetivos

A disciplina de Atenção em Saúde I foi criada na perspectiva de um modelo de ensino-aprendizagem que visa à educação interprofissional e à formação em práticas colaborativas, integrando atividades de ensino-extensão por meio da metodologia ativa de problematização apoiada no Arco de Maguerez²⁰. É uma atividade de interação ensino-comunidade que tem como objetivo orientar e auxiliar o estudante da Saúde na sua formação pessoal, social e profissional, contribuindo para o seu crescimento como cidadão ético e comprometido com a saúde e o bem-estar da humanidade.

Os objetivos específicos da disciplina Atenção em Saúde I são: compreender a organização, as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); explicar as ações e os serviços realizados da Unidade Básica de Saúde (UBS) e demais entidades integrantes do SUS; identificar modelos de Atenção Primária e ações de promoção de saúde centradas no usuário; entender as contribuições das diversas profissões de Saúde em atividades de Atenção Básica; compreender a aplicação dos conceitos de educação interprofissional e de práticas colaborativas em atividades de educação e promoção de saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida; estabelecer um convívio saudável nas atividades em equipe multiprofissional, respeitando as diferenças das diversas profissões envolvidas; e demonstrar comportamento proativo, ético, respeitoso e afetivo nas relações com a equipe, indivíduos e comunidade.

Dessa forma, no primeiro ano os estudantes desenvolvem a capacidade de articular a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, visualizando a dimensão coletiva do problema considerando a integralidade e as dimensões psicossociais.

A disciplina Atenção em Saúde II tem por objetivos: atuar em equipe interprofissional de saúde de maneira crítica, reflexiva e humanista, respeitando as diferenças das profissões envolvidas e as necessidades da comunidade; conhecer as atividades desenvolvidas no serviço de saúde e compreender seu funcionamento; demonstrar os pontos de atenção e apoio em saúde, disponíveis na comunidade; comunicar e interagir com a comunidade e a equipe de saúde, respeitando os limites e as potencialidades de cada indivíduo ou grupo; analisar os problemas observados na comunidade e elaborar um projeto de intervenção com visão interprofissional baseado em decisões compartilhadas; executar ações de atenção em saúde visando à transformação da comunidade; e participar no controle social em Saúde, valorizando a formação ética do profissional.

Nessa disciplina, a atividade mais importante e que faz a interface com o serviço de Saúde é a elaboração e execução do projeto de intervenção, cujo tema é idealizado e discutido com a equipe.

Metodologia utilizada

No contexto da problematização, o Arco de Maguerez parte da observação da realidade e, posteriormente, dirige-se à análise, ao levantamento de hipóteses, à elaboração de propostas e à discussão de soluções para os temas e problemas encontrados²⁰.

A formação dos estudantes ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas de maneira interprofissional deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à

realidade, no campo de atuação de uma equipe de saúde com visão integrada e colaborativa.

O pequeno grupo

O pequeno grupo foi designado como aquele que se constitui quando existem pessoas que compartilham o mesmo ambiente, com objetivos em comum e que trabalham coletivamente para alcançá-los, estabelecendo metas e estratégias e centrando-se na realização de tarefa. Nesse contexto, os participantes assumem papéis, permitindo a visão diversificada e o desempenho crítico diante das situações reais, bem como a construção coletiva de atitudes (des)alienantes, isto é: em um mesmo ambiente, decisões são tomadas considerando as diversidades e em meio à disposição para o trabalho grupal²¹.

A descrição desses “papéis” desenvolvidos por cada um está documentada em Pichon-Rivière²², em especial quando “denuncia os conteúdos latentes da grupalidade”, embora tenham sido, inicialmente, os estudos Bion que trouxeram à tona a noção de cultura de grupo, considerando os conflitos existentes entre a mentalidade de grupo e os desejos individuais, afirmando que pode haver uma “mudança catastrófica” quando ideias novas promovem uma ruptura na mentalidade do grupo prevalente para constituir uma nova verdade²³.

Bastos²⁴ descreveu os grupos operativos voltados para a promoção de saúde, caracterizando-os como possibilidade de intervenção em diferentes processos de aprendizagem. Finalmente, Pichon-Rivière²⁵ afirma que é na confluência das experiências individuais e coletivas que nasce o conteúdo que será manifestado pelo porta-voz do grupo²⁶.

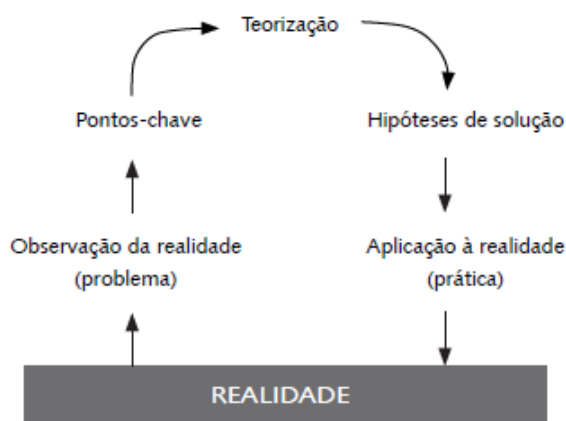


Figura 2. O Arco de Maguerez (Fonte: Bordenave, 2001).

O processo de avaliação

O sistema de avaliação coerente com uma proposta de metodologia ativa de aprendizagem tem como objetivo mensurar as competências nos eixos cognitivos, psicomotor e afetivo de modo articulado, contínuo e sistemático, correlacionado e integrando-se com todas as variáveis envolvidas no processo de ensino e aprendizagem²⁷.

A avaliação nos pequenos grupos acontece a cada encontro, no qual o estudante é avaliado a partir de critérios predeterminados. O modelo de avaliação do

módulo de Atenção em Saúde I está baseado em um modelo de avaliação integral, distribuídos conforme Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição percentual das avaliações da disciplina Atenção em Saúde I*

Domínio de avaliação	Estratégia	Percentual
Cognitivo	Avaliação por portfólio	40%
Psicomotor	Avaliação psicomotora*	30%
Socioafetivo	Avaliação socioafetiva*	20%
	Avaliação dos pares*	10%
	Autoavaliação*	---

*Instrumentos próprios.

O trabalho desenvolvido, de maneira individual, ajuda a colocar em evidência as competências adquiridas por cada estudante. Seu objetivo é encorajar a reflexão e o estabelecimento de metas e objetivos registrados em um portfólio – uma coleção de vários documentos, de natureza textual ou não, que revela o desenvolvimento e o progresso na aprendizagem, explicitando os esforços relevantes realizados pelo estudante para alcançar os objetivos definidos no tutorial das disciplinas²⁸.

O desenvolvimento de habilidades e aspectos práticos relacionados à formação dos estudantes como observação ativa; participação colaborativa; análise; adequação às normas; comunicação adequada; procedimentos e técnicas profissionais; liderança; busca de informação; avaliação crítica da literatura; e raciocínio profissional refere-se à avaliação psicomotora.

A avaliação socioafetiva baseia-se na observação de pontos como a capacidade de reconhecer e lidar com sentimentos do outro e de si próprio; a capacidade de ouvir, observar e utilizar linguagem adequada; o respeito; a postura; as atitudes; a ética; a assiduidade; a pontualidade; o comprometimento; e a participação interpessoal, com feedback semanal aos estudantes no fim de cada encontro.

Os estudantes avaliam seus pares com critérios semelhantes aos utilizados pelo tutor a cada encontro na avaliação psicomotora e socioafetiva.

A autoavaliação representa uma estratégia de aprendizagem importante que prepara o estudante para repensar os resultados de suas próprias ações profissionais, refletir sobre o que aprendeu, avaliar como tal aprendizado contribuiu para a sua formação profissional, perceber suas necessidades individuais de aprendizagem, elaborar um plano que o ajude a lidar com suas dificuldades, refletir sobre o seu crescimento pessoal e social e revisar e atualizar seu planejamento de estudos e formação²⁷.

Resultados e discussão

Um primeiro aspecto a se discutir é a importância da inovação para estudantes de vários cursos em uma mesma atividade regular, base fundamental para a EIP e as práticas colaborativas. A própria busca da identidade profissional intrínseca de cada estudante e a possibilidade de reconhecer no outro um futuro colega de trabalho traz para as primeiras atividades dessas disciplinas reflexões pouco frequentes nos cursos da área da Saúde.

Entre as várias formas de analisar e classificar a tipologia desta atuação, D'Amour et al.²⁹ descreveram modelos de tipologia centrados em quatro dimensões: os objetivos e visão compartilhados de modo consensual, com ênfase na promoção

da prática centrada no usuário; a internalização para o mútuo reconhecimento e respeito; a governança relacionada à colaboração e à liderança para a integração interprofissional e os serviços de saúde; e a formalização/pactuação de responsabilidades e negociação compartilhada. O debate teórico sobre a sociologia das profissões orienta-se em duas direções: ora os autores procuram apontar os elementos ou atributos do que consideram profissões, ora se voltam para a discussão do chamado processo de profissionalização³⁰.

Hamilton³¹ sugere que, ao adquirir valores, atitudes e habilidades consistentes em um profissional culturalmente competente, os alunos podem desenvolver, por meio da EIP e assim, uma capacidade para aplicar essas mesmas habilidades e atributos às suas relações com estudantes e futuros colegas de outras profissões da saúde, promovendo valores compartilhados e desencorajando a formação de barreiras interprofissionais. Se, por um lado, a competência cultural combate o etnocentrismo, por outro, a EIP contrapõe o modelo centrado no professor.

Para Feldman³², os professores em seus ambientes de trabalho lidam com muitas questões: éticas, afetivas, ideológicas ou culturais. A colaboração mútua apresenta a possibilidade de recriar os conhecimentos necessários para uma prática inclusiva, que respeita multiculturalidades, valores, gêneros e origens de classe social.

Os desafios em promover mudanças curriculares paradigmáticas, como as realizadas pelas disciplinas de Atenção em Saúde I e II, envolvem grande esforço institucional, mobilizando coordenadores de conselhos acadêmicos e departamentos, uma vez que tais mudanças interferem nos projetos pedagógicos dos cursos e precisam ser fundamentadas e exaustivamente discutidas, com a participação de todas as categorias.

Para atuar nas disciplinas, foram realizadas oficinas de desenvolvimento docente em problematização e com técnica de grupos operativos. Para Cosme³³, momentos de “reinventar o trabalho docente” exigem mais do que a mudança para um instrutor ou facilitador; exigem, na realidade, a criação de um interlocutor qualificado no processo de ensino aprendizagem.

Essa dificuldade cultural e metodológica é relatada por Visser³⁴ em 2017, ressaltando que essas barreiras necessitam de novos estudos para sua melhor compreensão. No entanto, a ênfase nas habilidades interpessoais como característica fundamental do trabalho interprofissional bem-sucedido, logicamente, deve implicar que os alunos também tenham oportunidades de interagir face a face com outros estudantes e profissionais³⁵; isso, também, tornou-se um grande desafio para a implantação da disciplina, pelas características e olhares diferenciados de tutores, preceptores e estudantes.

Na busca do aprimoramento dos docentes e preceptores, estão em vigência no país cursos de formação em metodologias de ensino-aprendizagem, em articulação com os gestores nos vários níveis e com as instituições de ensino³⁶. Embora participantes dessas ações, não houve, na UEM, nos últimos anos, uma política de desenvolvimento docente que favorecesse a aproximação com as metodologias ativas, o que, infelizmente, ainda mantém um modelo hegemônico de formação com viés de especialistas e afastado da realidade da prática dos serviços de saúde, em especial na APS.

Entre as dificuldades com currículos inovadores, Batista³⁷ mencionou o desafio da inserção docente nesses processos e, em especial destaca, “a quase inatingível profissionalização docente nos cursos de medicina”, sendo este um problema frequente.

Para Morin, existe uma inadequação cada vez maior, profunda e grave entre os nossos conhecimentos disjuntos, partidos, compartimentados entre disciplinas e, de outra parte, realidades ou problemas cada vez mais poldisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários³⁸.

Os componentes curriculares da disciplina Atenção em Saúde I e II têm como ementa o conhecimento sobre o funcionamento do SUS e a inserção dos estudantes na rede. Como principal objetivo, o conhecimento dos modelos vigentes de atenção em saúde, dentro de um cenário de ensino real, reforçando o vínculo e conhecendo a realidade da atuação profissional, em uma perspectiva ampla e reflexiva. Assim, concorda-se com Paulo Freire, que reconhece o homem em permanente construção e a produção do conhecimento como resultado das relações do homem com o mundo, ou seja, da problematização de sua experiência²¹.

A estratégia de apresentação dos serviços de saúde, desde o início dos cursos com preceptores da rede de serviços, auxiliou os estudantes a compreenderem que as equipes que utilizam práticas colaborativas estão mais dedicadas a promover a melhoria da assistência e a segurança do paciente, maximizando os recursos aplicados no sistema de saúde, deslocando do campo das emergências para a Atenção Primária em Saúde e incentivando o trabalho integrado.

A participação desses profissionais das unidades de saúde foi fundamental ao apoio para os tutores e estudantes nos cenários locais, colaborando e enriquecendo as discussões e uma vez que estes participaram na construção do tutorial das disciplinas, fato que viabilizou a aproximação do grupo às atividades e demandas do serviço de saúde local, na tentativa de apresentar a complexidade do sistema e das relações entre a equipe e a população.

A partir do exercício do pensamento e da ação crítica, inerentes ao projeto ético-político dos sistemas de saúde, o trabalho de grupos colaborativos leva à produção de conhecimentos individuais e coletivos direcionados à introdução de mudanças concretas nos espaços de trabalho institucionais, percepção também descrita por Reeves⁶ ao abordar o impacto sobre as atitudes, conhecimentos e habilidades mediante a EIP.

As dificuldades de mudanças curriculares descritas por Cyrino³⁹ alertam para propostas que envolvem áreas da Saúde Coletiva, que são contra-hegemônicas quando comparadas aos modelos tecnicistas, fragmentados e pautados na impessoalidade. As disciplinas de Atenção em Saúde I e II enfrentam esse tipo de questionamento por parte de alunos e professores, pelo fato de propor um modelo crítico e reflexivo, em pequenos grupos, e com avaliação referenciada em critérios. Seguindo essas características, a inovação proposta proporcionou um momento peculiar na formação dos estudantes e do desenvolvimento docente, que tem sido aferido nas avaliações das séries que concluíram seus módulos e nos encontros periódicos com os docentes e preceptores envolvidos.

Desde o início da implantação das disciplinas, aspectos da construção e dos resultados obtidos foram compartilhados por meio de um capítulo no livro Educação Baseada na Comunidade, publicado pela Opas em 2014 e em eventos científicos, dentre os quais destacam-se: Network: Fortaleza, Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem) Joinville e Congresso Brasileiro de Ensino Farmacêutico, em 2014. Em 2015, há as oficinas de trabalho no Cobem, no Rio de Janeiro. Em 2016, tem-se a Oficina Interprofissional no Cobem, em Brasília, o Congresso Paranaense de Saúde e oficinas de Trabalho Interprofissional na Atenção Primária: capacitando 120 trabalhadores da Rede SUS.

A promoção da integração entre os docentes fez emergir projetos educacionais específicos em vários cursos da UEM, bem como a criação de uma linha de pesquisa para o doutorado de um dos autores.

Considerações finais

A introdução das disciplinas estimulou à integração entre a instituição de ensino superior e os serviços de saúde e reforçou a importância das pesquisas em nível de graduação e pós-graduação, produzindo conhecimentos que atendam às necessidades de saúde locais e regionais.

Por meio desta experiência, foi possível promover mudanças metodológicas na apresentação dos conteúdos e a integração da teoria com a prática junto a rede de assistência, envolvendo as pessoas, as famílias, a comunidade e os serviços.

O estímulo à integração do ciclo básico e do ciclo clínico, presentes nos currículos tradicionais dos cursos de graduação na UEM, permitiu a resolução interdisciplinar e colaborativa dos problemas assistenciais e educacionais em saúde, contribuindo de forma fundamental para o bem-estar da comunidade.

Finalmente, a partir da implantação das disciplinas de Atenção em Saúde, foi institucionalizado um espaço para a Educação Interprofissional preparando os estudantes para a uma prática.

Contribuições dos autores

Edson Arpini Miguel é o autor principal do manuscrito cujo tema é parte de sua tese de doutorado, coordenou a participação dos coautores, elaborou, participou da discussão dos resultados, revisou o manuscrito em todas as suas versões e aprovou sua versão final. Adriana Lenita Meyer Albiero participou na discussão dos resultados, revisão e elaboração do manuscrito e aprovou a versão final. Rozilda Neves Alves participou da revisão, discussão dos resultados e aprovou o manuscrito em sua versão final. Angélica Maria Bicudo é orientadora da tese de doutorado do autor principal, participou das discussões dos resultados e aprovou o manuscrito em sua versão final.

Referências

1. Boaden N, Leaviss J. Putting team work in context. *Med Educ*. 2000; 34(1):921-7.
2. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010. (WHO/HRH/HPN/10.3).
3. CAIPE. Interprofessional education: the definition [Internet]. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
4. Brandt B, Lutfiyya N, King J, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the triple aim. *J Interprof Care*. 2014; 28(5):393-9.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde Estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde. Brasília (DF); 2008.
6. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-68.
7. Rudland JR, Mires GJ. Characteristics of doctors and nurses as perceived by student sintering medical school: implications for shared teaching. *Med Educ*. 2005; 39(5):448- 55.
8. Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE guide no. 62. *Med Teach*. 2012; 34(2):e78-101.
9. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr HA. Best evidences systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Med Teach*. 2007; 29(8):735-5.
10. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Med Educ*. 1995; 29(4):265-72.
11. Glattfelder JB. Decoding complexity: uncovering patters in economic Works. Berlin: Springer; 2012.
12. Cooper H, Braye S, Geyer R. Complexity and interprofissional education. *Learn Health Soc Care*. 2004; 3(4):179-89.
13. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Ensino Superior. Resolução CNE/CES no. 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina. Brasília; 2014 [citado 23 Ago 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
14. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares no Paraná. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):156-65.
15. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012; 2:25-8.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial no 421/MS/MEC, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília; 2010 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.

17. Ministério de Saúde (BR). Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília; 2005 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.
18. Batista SHSS, Jansen B, Assis MIB, Cury GC. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:743-52.
19. Barr H. Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. London: Higher Education Academy; 2005.
20. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
22. Pichon-Rivière E. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
23. Bion WR. Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
24. Bastos ABB. Interações e desenvolvimento no contexto social da creche à luz de Henri Wallon [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
25. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
26. Alves MC, Seminotti N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. *Psicologia USP (São Paulo)*. 2006; 17(2):113-33.
27. Troncon LEA. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(1):30-42.
28. Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de avaliação e auto-avaliarão do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):171-83.
29. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in health care organization. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14.
30. Bosi MLM. Profissões e profissionalização: o debate teórico. In: *Profissionalização e conhecimento, a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec; 1996.
31. Hamilton J. Two birds with one stone: addressing interprofessional education aims and objectives in health profession curricula through interdisciplinary cultural competency training. *Med Teach*. 2011; 33:199-203.
32. Feldmann MG. Formação de professores e escola na contemporaneidade. São Paulo: Senac; 2009.
33. Cosme A. Ser professor: a ação docente como uma ação de interlocução qualificada. Porto: LivPsic; 2009.
34. Visser C, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Med Educ*. 2017; 17(1):2-13.

35. Pollard K, Rickaby C, Miers M. Evaluating student earning in an interprofessional curriculum: the relevance of pre-qualifying interprofessional education for future professional practice. Bristol: School of Health and Social Care, University of the West of England; 2008.
36. Ministério da Saúde (BR). Programa de desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Brasília; 2013 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/proadi-sus>.
37. Batista N, Batista SH. Docência em saúde. 2a ed. São Paulo: Senac; 2014.
38. Morin E. É preciso educar os educadores. Jornal O Globo. 2 Jan 2017 [citado 19 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.fronteras.com/entrevistas/entrevista-edgar-morin-e-preciso-educar-os-educadores>.
39. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2004 [citado 13 Set 2017]; 4(1):59-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100006.

Na educação interprofissional (EIP), duas ou mais profissões de saúde aprendem uma sobre a outra, aprimorando atitudes, conhecimento, habilidades e comportamentos para a prática colaborativa. Na Universidade Estadual de Maringá (UEM), os cursos de saúde apresentam currículos com disciplinas, hierarquizados e centrados no professor. Justificam-se mudanças em busca de uma formação integral. Este trabalho descreve a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária. Os componentes curriculares denominados Atenção em Saúde I e II foram introduzidos na matriz curricular. Nas atividades, foi utilizado o Arco de Maguerez, como metodologia ativa e um sistema de avaliação composto de eixos cognitivos, psicomotor e afetivo, articulados, contínuos e sistemáticos. Conclui-se que a EIP pode ser a integração entre universidade e os serviços de saúde trabalhando pela formação dos estudantes, na qual o conhecimento contribua de forma fundamental para o bem-estar da comunidade.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Currículo. Metodologias ativas.

Path and Implementation of Interprofessional Discipline in Health Courses

In interprofessional education, two or more health professions learn with each other, improving attitudes, knowledge, skills, and behaviors for collaborative practice. At Universidade Estadual do Maringá (UEM), the curricula of health courses have hierarchical and teacher-centered disciplines. Changes are justified aiming at a complete education. This paper describes the creation of primary care disciplines. Curricular components Healthcare I and II were introduced in the curricular matrix. The Maguerez Arc was used in the activities as an active methodology, as well an assessment system comprised of cognitive, psychomotor, and affective axes, which are articulate, continuous, and systematic. It is concluded that interprofessional education can be an integration between university and health services, working towards training the students so that knowledge essentially contributes to the community's wellbeing.

Keywords: Interprofessional education. Curriculum. Active methodologies.

Trayectoria e implementación de disciplina interprofesional para cursos en el área de la salud

En la Educación Interprofesional (EIP) dos o más profesiones de salud aprenden una sobre la otra, perfeccionando actitudes, conocimiento, habilidades y comportamientos para la práctica colaborativa. En la Universidad Estadual de Maringá (UEM) los cursos de salud presentan currículos con asignaturas, jerarquizados y centrados en el profesor. Se justifican cambios en búsqueda de una formación integral. Este trabajo describe la creación de disciplinas que actúan en la Atención Primaria. Los componentes curriculares denominados Atención en Salud I y II se introdujeron en la matriz curricular. En las actividades se utilizó el Arco de Maguerez como metodología activa y un sistema de evaluación compuesto de ejes cognitivos, psicomotor y afectivo, articulados, continuos y sistemáticos. Se concluyó que el EIP puede ser la integración entre la universidad y los servicios de salud trabajando para la formación de los estudiantes en donde el conocimiento contribuya de forma fundamental para el bienestar de la comunidad.

Palabras clave: Educación interprofesional. Currículo. Metodologías activas.

Submetido em 09/10/17. Aprovado em 01/04/18.

4.2. Artigo 2

“ENSINO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE”

Edson Arpini Miguel^(a), Adriana Lenita Meyer Albiero^(b), Rozilda Neves Alves^(c),
Angélica Maria Bicudo^(d)

(a) Departamento de Medicina; Centro de Ciências da Saúde; Universidade Estadual de Maringá (UEM). Avenida Colombo, 5790. Maringá, PR, Brasil. 87020-900. edarpini@gmail.com

(b) Departamento de Farmácia; Centro de Ciências da Saúde; UEM. Maringá, PR, Brasil. almalbiero@uem.br

(c) Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, UEM. Maringá, PR, Brasil. rnalves@uem.br

(d) Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. angelicabicudo@gmail.com

Resumo

As mudanças no perfil etário da população e os diagnósticos de doenças crônicas cumulativas, exigem atendimentos, estabelecendo-se demandas em relação ao ensino nas profissões da saúde buscando a integralidade do cuidado. A reorientação da formação profissional por meio de políticas públicas ofereceu a oportunidade para a criação de componentes curriculares, para formar estudantes que exercitem práticas interprofissionais. Este trabalho faz uma análise do contexto e implicações sobre a implantação de uma disciplina interprofissional nos cursos da saúde em uma universidade pública. Este estudo teve um perfil exploratório de abordagem qualitativa utilizando-se grupos focais constituídos por tutores, preceptores e estudantes. Definidas as categorias e seus descritores foi utilizado o modelo 3P para a análise de conteúdo e dos resultados. Vale destacar a resignificação do papel docente, a percepção dos estudantes frente aos desafios do ensino interprofissional e a aproximação com o serviço de saúde. A inovação proposta pela disciplina interprofissional de Atenção em Saúde seguiu o ideário de uma agenda internacional. Os relatos de tutores, preceptores e estudantes foram um estímulo decisivo para prosseguir avançando nas demais séries dos cursos, em atividades colaborativas e práticas interprofissionais.

INTRODUÇÃO

A força de trabalho em saúde tem sido desafiada a prestar serviços frente a problemas cada vez mais complexos. O “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, publicado pela OMS, em 2010¹, reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas. As mudanças no perfil etário da população, os diagnósticos de doenças crônicas cumulativas, exigem atendimentos realizados por equipes, estabelecendo-se novas demandas em relação ao ensino nas profissões da saúde buscando a integralidade do cuidado².

A Organização Mundial de Saúde, em 2010, afirmou que a EIP é um meio para a colaboração e a prestação de serviços em cenários de prática onde, estudantes de diferentes profissões aprendem de forma cooperativa, com subsídios teóricos, assim como com a orientação sobre a implementação de educação interprofissional e de

práticas colaborativas, estimulando o desenvolvimento de outras políticas e programas de educação em saúde¹.

A Educação Interprofissional (EIP) foi definida como “ocasiões em que duas ou mais profissões de saúde/assistência social aprendem com outros, entre si e sobre os outros, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços, aprimorando as atitudes, o conhecimento, as habilidades e os comportamentos para a prática colaborativa, o que por sua vez, pode melhorar a prática clínica”³.

O Center for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) define a educação interprofissional acontece no momento em que uma ou mais profissões aprendem “com, para e sobre, cada uma” com a finalidade de melhorar a colaboração interprofissional e a qualidade do cuidado⁴.

O Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), descreve a EIP como um processo de desenvolvimento mantendo relações interprofissionais com alunos, profissionais, pacientes/clientes/famílias e comunidade para permitir, melhores resultados em saúde. Os elementos de colaboração valorizados são: respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parcerias⁵.

No Brasil, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tem sido responsável pela formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, e de incentivo para a formação e qualificação dos trabalhadores, bem como a regulação profissional na área da saúde. Estando vinculada ao Ministério da Saúde, a Secretaria tem o entendimento de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação^{6,7}.

Na tentativa de mudar o quadro do ensino uniprofissional e na busca pelo fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade e aliadas as experiências decorrentes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) vinculados aos Ministérios da Saúde e da Educação ofereceram a oportunidade para a criação de componentes curriculares, com o intuito de formar estudantes que exercitem práticas interprofissionais, o trabalho em equipe, e que colaborem para fortalecer a rede de atenção, bem como, que participem de uma formação mais compatível com a necessidade da população⁸.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN 2001-2014) deliberadas pelo Conselho Nacional de Educação apontam para o desafio de uma formação mais qualificada, voltada para a prática, integrada ao SUS, a fim de abordar os sujeitos, as famílias e a comunidade, em seu contexto socioeconômico e cultural, respeitando os valores, hábitos e costumes, o que exige mudança na forma do exercício da docência. Para os cursos de graduação na área de Saúde, estas diretrizes preconizam três macro-competências: a Atenção em saúde, a Gestão em saúde, e a Educação na Saúde e dentre estas cabe destacar que a aprendizagem interprofissional, na gestão em saúde, é apresentada como uma das formas de aprimoramento das práticas educacionais e profissionais⁹.

A utilização de metodologias ativas, que colocam o estudante como centro do processo de ensino aprendizagem, numa perspectiva critico-reflexiva pode permitir que as sensações e percepções os conduzam aos objetivos de aprendizagem. Problematicar a realidade deve permitir um olhar individual de um ponto de vista próprio para o mundo e para a realidade. Esta percepção dependerá do sujeito, do conhecimento e da experiência que não seja a causa das ideias, esta é a ocasião para que a razão, recebendo a matéria ou conteúdo, formule o pensamento¹⁰.

No contexto da problematização o Arco de Maguerez parte da observação da realidade, levantamento de hipóteses, elaboração de propostas e discussão de soluções para os temas e problemas encontrados¹¹. A formação dos estudantes ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas de maneira interprofissional deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à realidade, com visão integrada e colaborativa no campo de atuação de uma equipe de saúde¹².

O componente curricular de Atenção em Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM) foi introduzido na matriz curricular no primeiro ano, de forma obrigatória, nos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Farmácia, Biomedicina e Psicologia com o objetivo de preparar o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional, desenvolvendo competências para este fim e elaborando de um projeto de intervenção com posterior aplicação¹³.

Na perspectiva do ensino interprofissional, da complexidade e dos desafios para reorientação da formação de estudantes na área de saúde, este trabalho tem por

objetivo apresentar os resultados da implantação do referido componente curricular com análise dos atores envolvidos preceptores, tutores e estudantes.

METODOLOGIA

Este estudo teve um perfil exploratório de abordagem qualitativa utilizando-se grupos focais na busca de esclarecer e privilegiar os procedimentos e as boas práticas empíricas. A pesquisa interpretativa situou-se como uma variante tendo como eixo inicial a teoria fundamentada nos dados, voltada ao conhecimento da percepção ou do “significado” que determinada situação ou objeto tem para o outro^{14,15}.

Os grupos focais foram realizados isoladamente com professores, estudantes e preceptores, que participaram do componente curricular de Atenção em Saúde no período de 2016 a 2018.

O moderador responsável pela condução do grupo focal recebeu treinamento específico, antecipadamente, conforme descrito por Tong¹⁶ e Bardin¹⁷, e permaneceu com um roteiro que sintetiza as questões e assuntos da discussão, atuando em: (1) apresentação do assunto e da ideia de discussão do grupo; (2) solicitação para que cada participante se apresentasse^{16,17}.

Os tópicos disparadores das discussões foram: a importância da disciplina de Atenção em Saúde na atividade dos participantes, seus desdobramentos acadêmicos e pessoais e a importância de práticas colaborativas nas atividades desenvolvidas. Encontros-piloto, em número de dois, foram realizados com professores e estudantes e após correções de algumas questões relacionadas ao funcionamento do grupo, as demais reuniões respeitaram a dinâmica e condução descritas por Iervolino e Barbour^{18,19}.

Quatro grupos focais foram realizados com professores totalizando a participação de 17 docentes, pertencentes aos cursos de medicina (2), odontologia (2), enfermagem (4), biomedicina (2), psicologia (3), farmácia (2) educação física (2). O grupo dos preceptores contou com a participação de enfermeiros (5), psicólogo (1) e farmacêuticos (3), em uma única reunião. Finalmente, foram realizados 4 grupos focais com estudantes num total de 21 participantes: Educação Física (4), Enfermagem (4), Odontologia (2), Medicina (3), Psicologia (3), Farmácia (3) e Biomedicina (2), estando representados todos os cursos envolvidos. Todas as reuniões ocorreram no ambiente da UEM, gravados em áudio e posteriormente,

transcritos para análise.

A leitura das transcrições produziu a classificação e categorização do explicitado nos encontros. Entre os vários critérios propostos por Bardin¹⁷, o mais adequado a esta pesquisa foi a classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos (léxico). Neste caso o sistema de categorias não é oferecido, pois é resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos, também definido como um procedimento por acervo.

Inicialmente foram classificados de 10 tópicos condensados em três categorias: (1) o componente curricular Atenção em Saúde, (2) a identidade profissional na graduação e (3) o contexto e vivências no ambiente de prática. A partir destas categorias e seus descritores foi realizada a análise de conteúdo, com uma análise temática envolvendo uma pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação, conforme citado por Minayo²⁰. Para a descrição e análise dos resultados foi utilizado o modelo 3P (pressage-process-product) que é uma variante do modelo Kirkpatrick²¹.

As questões éticas inerentes à pesquisa foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM) (colocar numero), seguindo as orientações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sendo que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo). Entre as limitações da realização do trabalho, citamos a dificuldade de reunir os tutores/professores, principalmente por suas respectivas cargas horárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Situação inicial (presage)

No ano de 2009 em discussões realizadas no evento “A construção de uma práxis interdisciplinar em Saúde”, os estudantes, trabalhadores da saúde e professores/tutores da Universidade Estadual de Maringá indicaram que um dos problemas mais graves era a dissonância entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da população e do serviço. Como produto deste encontro a “Carta de Maringá”, sustentou as iniciativas de integração dos cursos da área de saúde. O referido encontro apontava algo encontrado nos grupos focais realizados

neste trabalho, quando os professores reconheceram a trajetória e importância destas políticas:

Idealizamos juntos com a coordenação do PET saúde a criação de uma disciplina única. Percebemos uma mudança de comportamento radical por parte dos alunos, que conheceram as políticas públicas (tutor 1).

Esta disciplina era um sonho, foi difícil implantar, sabíamos a sua intenção. No começo foi assustador pelo menos pra iniciar uma transformação, levantar questionamentos (preceptor 1).

Atualmente a UEM tem cerca de 16 mil estudantes matriculados dos quais 2500 estão nos cursos da área da saúde. Estes cursos formam a força de trabalho majoritária para toda a região que envolve 2 milhões de habitantes. A disciplina de Atenção em Saúde envolve anualmente 450 estudantes, 52 professores, 30 preceptores. Após o período de implantação de dois anos, ocorreu a institucionalização deste componente curricular que permanece, de forma obrigatória, nos currículos dos cursos

As secretarias de saúde de Maringá, e de outros dois municípios, que somam um contingente populacional em torno de 600 mil habitantes, foram envolvidas na criação da disciplina de Atenção em Saúde.

Após um longo processo de discussão entre os cursos da área de saúde da universidade e a gestão dos municípios, buscou-se promover o consenso para a implantação do projeto.

Ao final, foram realizadas alterações da matriz curricular dos sete cursos, com datas definidas em conjunto, onde a disciplina seria aplicada em um único horário da semana, simultaneamente. Para tanto foi estabelecida uma agenda Comitê de Gestor do projeto, por meio de reuniões mensais para discussão de estratégias e avaliação do processo de implementação desta proposta²².

Eu achei que foi uma experiência bem diferente porque a gente tá muito fechado no próprio curso e não tem contato com as outras profissões pra conhecer a saúde pública como ela é fato... (estudante 1).

As vezes tem aquele preconceito porque é o SUS. Muitos alunos não tinham contato com o SUS (preceptor 2).

Iniciou-se um processo de “reinventar a atividade docente”, pois os mesmos tinham em sua formação outros referenciais pedagógicos. Desde o momento em que a disciplina foi planejada foram realizados encontros que sensibilizassem os docentes e buscando-se os que tinham experiências com metodologias ativas para que pudessem auxiliar na consolidação de um núcleo de discussões metodológicas, pois a atividade docente se torna mais complexa, na medida em que o professor perde a centralidade do processo de ensino aprendizagem.

Esta mudança paradigmática criou, certamente, muitos dilemas e opiniões contrárias, mas isto não torna o papel do professor algo menor ou sem valor. Seu papel neste processo muda e como um mediador que promove a construção individual e coletiva, no momento em que avança nos propósitos de permitir que os estudantes cresçam e construam seus próprios conhecimentos²³.

Conseguindo trabalhar em equipe, preciso saber buscar as qualidades pessoais (tutor 2).

O professor, muitas vezes, tem dificuldades e não sabe lidar com a disciplina e com a metodologia (tutor 3).

Um momento de grande valor para o desenvolvimento deste trabalho foi o planejamento das ações, que ocorreu de forma integrada e coletiva, em encontros conjuntos de professores com os preceptores da rede assistência, onde foi elaborado um roteiro específico, com conteúdos e divisão de atividades, dentro de um cronograma.

Freire²⁴ destaca que o ato de planejar exige do educador uma ação organizada, embora muitas vezes seja necessário improvisar na ação pedagógica, porém, o educador deve ter consciência e controle do que está aplicando.

Sendo o ensino em saúde um processo multidisciplinar, com um sistema de relações nas várias dimensões do conhecimento o processo de ensino aprendizagem exige um planejamento visando alcançar estes objetivos. Assim, o planejamento deve ser amplo: educacional, curricular e de ensino, com um plano que delineia as ações, dentro de um projeto que estabeleça uma relação entre o presente e o futuro²⁵.

Os professores desenvolveram durante a atuação na disciplina, a capacidade de analisar o desempenho e comportamento dos estudantes, pela instrumentalização das

técnicas de trabalho em pequenos grupos, dentro da metodologia proposta. O reconhecimento de determinados padrões para despertar nos estudantes o prazer pela busca e pelo conhecimento fica claro em suas opiniões:

A disciplina introduz uma ideia muito boa quanto à interprofissionalidade, é uma novidade, ela evita uma formação centrada só na sua profissão. É uma mudança de paradigma (tutor 4).

Para Perrenoud²⁶, é próprio da formação através da ação e da reflexão conceber um tempo de releitura da experiência a fim de analisar o que se passou. Este também é um exercício de mudança do próprio professor que é chamado a observar os estudantes de forma diferente dos modelos tradicionais e que a partir de instrumentos de avaliação discutidos durante a definição da atividade possam (re)estruturar sua atuação, numa perspectiva inovadora e crítico-reflexiva.

Libâneo²⁷ apresenta um conjunto de correntes pedagógicas e suas principais modalidades. Desde as racionais-tecnológicas com o ensino de excelência e tecnológico, socio-críticas com perfil histórico cultural e de ação comunicativa, as holísticas da eco-pedagogia e o conhecimento de redes até as pós-modernas e neopragmáticas.

Neste projeto foram experimentados modelos que pudessem avançar para além das características de um ensino pautado na transmissão vertical, pela definição de Freire²⁴, para métodos que baseados em atividades práticas, problematizadoras, centradas no estudante e com mediação dos tutores e preceptores, pudessem como uma forma de apresentação da realidade e dos conteúdos que seriam discutidos.

Existe um potencial transformador...acho que a disciplina é um ponto de partida para mudança... para aquele aluno enxergar de modo diferente e como ele pode se inserir na vida profissional (preceptor 3).

Algumas coisas dessa disciplina não poderiam acontecer sem a metodologia ativa... eu acho que o mais importante neste trabalho é a metodologia (preceptor 3).

A formação e experiência dos professores é em sua grande maioria proveniente de um modelo tradicional, distante de metodologias inovadoras, para tanto, a

aproximação das metodologias ativas foi realizada de forma gradativa, com exercícios de prática e cursos de desenvolvimento docente. As respostas obtidas mostraram não só a disposição do grupo em inovar, mas também as dificuldades ouvidas nos grupos focais.

O cuidado em subsidiar a formação docente teve como objetivo principal a reflexão sobre o papel e a responsabilidade docente, conforme mencionado por Bicudo e Barros²⁸ em estudo sobre a capacitação docente em disciplina de pedagogia médica e didática.

Quanto aos professores, eles estavam preparados, mas eu percebi que alguns estavam MAIS preparados (preceptor 4).

As dificuldades estão relacionadas às vaidades, o status de cada curso, quem é mais e quem é menos, existem dificuldades culturais (tutor 3).

Os estudantes tinham faixa etária entre 17 e 20 anos e cursavam o primeiro ano, oriundos do ensino médio que tem uma concepção pedagógica situada entre o inatismo e o ambientalismo (behaviorismo) com poucos estímulos à reflexão e a crítica²⁹. Porém, ao ingressarem na universidade os estudantes encontram cursos que mantem a mesma orientação pedagógica, assim, modelo crítico reflexivo aplicado na disciplina fez com que os alunos rapidamente percebessem as diferenças e passassem a comparar com as demais disciplinas com uma grande carga teórica em sala de aula e onde estão isolados dos demais e afastados da realidade.

Porém, alguns estudantes referem-se à esta disciplina com um pensamento estruturado no modelo onde primeiramente se aprende na teoria em sala para só depois se aplicar na prática, em verdade, o objetivo a ser alcançado é que existe aproximação gradativas e com níveis de complexidade progressivo, evitando o modelo clássico do ciclo básico e posteriormente um ciclo clínico ou instrumental, consagrado desde as reformas estruturadas na década de 1910³⁰.

Outros estudantes discutiram nos grupos focais o momento em que a disciplina foi proposta em seus cursos.

... eu penso que se fosse em anos mais tarde, o trabalho iria se desenvolver muito mais... (estudante 10).

na minha opinião colocar atenção em saúde no primeiro ano, é uma boa proposta... (estudante 9).

antes de entrar na faculdade eu pensava área de saúde separado por profissões (estudante 12).

Quando a discussão tem como referencia EIP, esta abordagem avança para além das classificações pedagógicas exigindo que ultrapassem a pedagogia e aproxime-se das ciências sociais. Para tanto a teoria do capital social é utilizada para descrever, compreender e medir as vantagens obtidas pelos indivíduos que fazem parte de uma rede social. Hammicket al.³¹ reconheceram que qualquer tentativa de escrever sobre teorias de educação interprofissional deve ter o cuidado de não excluir teorias que ajudem a compreensão de práticas colaborativas pois, não se poderia separar o inseparável.

Foi possível observar como professores e tutores reconheceram as mudanças:

Nessa disciplina tudo... se trabalha como uma equipe na UBS... cada um contribui com a sua parte (preceptor 6).

As teorias devem ampliar a compreensão da educação interprofissional, pois é um assunto bastante negligenciado. Carpenter³², em 2003 referiu que as teorias do construtivismo social e do capital social na educação interprofissional não podem ser alcançadas no isolamento profissional ou social, abrindo espaço para a teoria do contato, onde a educação interprofissional reúne estudantes de diferentes grupos profissionais, em cenários de ensino aprendizagem, possibilitando que estas trocas de informação e conhecimento, proporcionem de forma coletiva o crescimento destes grupos.

Os estudantes foram fazer todo o acompanhamento... aprender o território daquela unidade, infelizmente, eles chegam com a visão do censo comum de que o SUS não funciona... a maioria deles nem utilizaram o SUS, mas depois eles acabam entendendo... foi interessante (preceptor 4).

A gente teve a oportunidade de pensar em grupo (estudante 19).

Acho possível uma continuidade desse trabalho (tutor 8).

Quanto ao conhecimento do local, cenários de ensino e origem dos estudantes, os grupos focais declararam:

Eu e o professor levamos os alunos em... cada setor... achei que foi muito interessante isso (preceptor 7).

Foram feitas reuniões em grupo com pessoas diferentes de cursos diferentes.. com vidas diferentes... e que estavam ali justamente pra fazer algo positivo pra uma única coisa (estudante 16).

Processo

Para a sociologia, o ensino interprofissional possibilita que o conhecimento seja construído socialmente, ou seja, desenvolvido, codificado e transmitido por meio de processos e organizações sociais, incluindo currículos profissionais, regulação profissional e instituições de ensino superior³³.

Sob a perspectiva da teoria da complexidade pretende-se superar a compreensão de que a realidade é linear e estável, entendendo-a como um sistema composto por muitos componentes ou dimensões que interagem entre si. A característica principal de sistemas complexos, é que o todo exhibe propriedades que não podem ser deduzidas das partes individuais, isso não garante estabilidade ou certezas; os fenômenos podem exibir comportamentos caóticos e imprevisíveis, os sistemas complexos são sensíveis às mudanças e são compreendidos como sistemas abertos e o observador é parte do sistema e esses sistemas interagem e sofrem influências do ambiente^{34,35}.

A proposta da disciplina ser interprofissional, enquanto as universidades mantem um modelo uniprofissional, foi uma atitude contra hegemônica e paradigmática que tem se sustentado por um forte movimento de renovação das práticas de ensinar e aprender, que envolve de forma significativa o modelo de avaliação.

Estando dentro da UBS. acabei tendo uma noção da questão da interprofissionalidade (estudante 13).

Acho que a disciplina tirou aquele pensamento etnocêntrico que eu tinha de que cada profissão trabalha separada (estudante 10).

Eu ouvi relatos dos ACS: como é que um estudante de medicina está junto com um colega de educação física? (preceptor 3).

Nessa disciplina os estudantes conhecem critérios de avaliação diferentes, não há provas (tutor 7).

Enquanto processo, a disciplina de Atenção em Saúde foi planejada com o objetivo de preparar o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional e desenvolvendo competências para este fim. A prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências trabalham com usuários, através da elaboração e aplicação de um projeto de intervenção, que poderá envolver pacientes, famílias, cuidadores e a comunidade.

Buscando a ação na prática e com cenários reais, a disciplina é um modelo de ensino- aprendizagem com foco em práticas colaborativas, integrando atividades de ensino-extensão por meio da metodologia ativa de problematização apoiada no Arco de Maguerez. É uma atividade de interação ensino-comunidade que tem como objetivo orientar e ajudar o estudante da saúde na sua formação pessoal, social e profissional, contribuindo para o seu crescimento como cidadão ético e comprometido com a saúde e o bem-estar da humanidade.

Por meio de visitas à comunidade e coleta de dados, os estudantes elaboram seu próprio guia de estudo em grupo, de maneira colaborativa, com ênfase em cuidados, educação, promoção e gerenciamento de saúde e na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Desta forma, já no primeiro ano na universidade, os estudantes desenvolvem a capacidade de articular a promoção, prevenção e reabilitação em saúde, visualizando a dimensão coletiva do problema, compreendendo o indivíduo em seu

contexto com uma visão interprofissional, considerando a integralidade e as dimensões psicossociais.

Participando da disciplina já existe uma mudança pessoal... quando você atua nela... você enxerga o processo de trabalho real (preceptor 5).

a questão da interdisciplinaridade... que é o ponto chave aqui... eu achei fantástica a proposta de juntar pessoas diferentes de diferentes lugares (estudante 14).

Enfim, foi possível classificar esta atividade como aprendizagem baseada no trabalho, observacional, porém, exploradora e descritiva, com avaliação formativa criando uma interface entre o ensino baseado no trabalho e futuras Práticas Interprofissionais (PIP).

Acho que teremos uma mudança significativa em relação aos novos profissionais... pois fazemos a reunião de equipe e discutimos casos de maneira interprofissional (preceptor 6).

Baar² alerta que embora várias fontes classifiquem competências, nenhuma o faz com referência particular à prática colaborativa. Na busca em preencher esta lacuna, o autor sugere uma distinção entre competências comuns, complementares e colaborativas.

Pela OMS, o termo competências específicas é utilizado para momentos específicos do aprendizado. Porém, novas formas de organização dos serviços de saúde implicam o desenvolvimento de novas práticas clínicas baseadas na colaboração³⁶.

Perrenould³² define competência como capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema.

Tornou-se inovador para os professores e preceptores ouvidos neste trabalho, sua conceituação e aplicação visando alcançar as competências. Conhecimentos

sobre a legislação e funcionamento do SUS; Habilidades de comunicação; Atitudes frente ao grupo e aos serviços de saúde “in loco”.

a gente não sabia distinguir de que curso o aluno era porque a discussão era ampla, o que foi positivo porque todos estão captando o que realmente a disciplina buscava (preceptor 2).

Produto

A disciplina está em seu quarto ano de atividade e foram matriculados 1560 alunos, neste período. Foram preparados para atuar como tutores, 52 professores e 33 preceptores da rede de atenção básica ligadas ao serviço de saúde. Ao final do semestre são realizados projetos de intervenção junto à Unidade de saúde ou junto à comunidade local. Esta contrapartida social tem sido de grande importância para a relação ensino – serviço. Foram executados 212 projetos até o momento, que variam desde criação de aplicativos eletrônico que auxiliam as atividades da UBS passando por treinamento de pessoal e intervenções escolas. Reeves (2016) apresenta vários tipos de intervenção que podem ser realizados que busquem mudanças na organização prática e/ou em benefício dos pacientes.³⁷

Embora seja possível discutir a função de uma disciplina, definida por Morin³⁸ como um instrumento que organiza o conhecimento científico e que institui nesse conhecimento a divisão e a especialização do trabalho, respondendo à diversidade de domínios que as ciências recobrem, persistem em muitas universidades modelos institucionais que não favorecem a interdisciplinaridade. Este o autor também reconhece as limitações e os riscos, como o da hiperespecialização, e da “coisificação” do objeto de estudo, esquecendo-se do próprio objeto.

Um dos produtos finais deste trabalho é a análise dos conhecimentos e experiências adquiridos no decorrer do processo de implantação da disciplina interprofissional de Atenção em Saúde, como um espaço de iniciação da Educação Interprofissional tendo a Atenção Primária em Saúde, como principal cenário de ensino. A visualização de políticas públicas é exemplo de um novo olhar.

A política nacional de humanização e as diretrizes do SUS... sugerem que se construam relações horizontais, acompanhei alunos de diferentes cursos falando a mesma língua dos agentes comunitários (preceptor 7).

Quanto aos eixos temáticos que podem ser analisados na EIP, Thistlethwaite⁴⁰ apresenta seis categorias: trabalho em equipe, papéis e responsabilidades, comunicação, aprendizagem/reflexão, paciente (cliente). Nos resultados dos grupos focais deste trabalho foram resgatados de que forma as práticas colaborativas começaram a fazer parte do pensamento dos grupos de professores, estudantes e preceptores.

A disciplina faz uma grande diferença, pois apresenta uma experiência multiprofissional na UBS (preceptor 9).

É reconhecido que existem várias formas de exercitar as práticas colaborativas e o impacto ao futuro atendimento às pessoas sob cuidado e da relação com a equipe.

Eu não me vejo mais trabalhando só com as enfermeiras, acho pouco produtivo... eu acho que minhas colegas enfermeiras pensam a mesma coisa, nada me enriquece tanto quanto estar num grupo, com vários profissionais.... isso é maravilhoso e eu tenho descoberto isso cada dia mais (preceptor 4).

Apesar dos recentes avanços na pesquisa sobre o tema da colaboração, ainda há uma necessidade de uma melhor compreensão dos processos colaborativos e de ferramentas conceituais para ajudar os profissionais de saúde a desenvolver a colaboração entre si em sistemas complexos. Entre seus objetivos D'Amour³⁵ destaca a validação de indicadores do modelo de estruturação da colaboração a avaliação a colaboração interprofissional e entre as organizações.

CONCLUSÕES

A inovação proposta pela disciplina interprofissional de Atenção em Saúde seguiu o ideário de uma agenda internacional voltada para a reorientação da formação profissional na área de saúde, que no Brasil foi apoiado nas políticas públicas brasileiras e em especial do PET-Saúde.

Para a criação e implementação a disciplina de Atenção em Saúde contou com o apoio institucional da Universidade Estadual de Maringá, o que possibilitou mudanças curriculares, em parceria com a gestão municipal o que contribuiu para o sucesso desta iniciativa.

A utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem como parte do processo da reorientação da formação profissional, fez crescer o potencial transformador da interprofissionalidade.

Os professores e tutores reconheceram a importância da disciplina em suas carreiras e os estudantes valorizaram de forma substancial a cooperação com outros cursos e profissões da saúde.

As oficinas de formação abriram caminhos para o estudo de teorias educacionais, fortalecendo o processo de formação de docentes e preceptores, que convivem com a baixa incorporação de inovações tecnológicas nas práticas educacionais, quebrando um paradigma da realidade brasileira.

A realização de simulações e estudos de avaliação permanente para a valorização de professores e preceptores promoveu momentos de reflexão sobre a prática pedagógica, sobre novas metodologias e o questionamento do modelo tradicional.

As opiniões de estudantes, professores e tutores foram um estímulo importante para prosseguir avançando com outras oportunidades de Educação Interprofissional nas demais séries dos cursos, na busca das atividades colaborativas e práticas interprofissionais.

BIBLIOGRAFIA

1. Organização Mundial da Saúde, Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRH/HPN/10.3). Genebra; 2010.

2. Thistlethwaite, J.; Forman, D.; Matthews, L. R.; Rogers, G. D.; Steketee, C.; Tagrid, Y.M.A. Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A Comparative Analysis. *Acad. Med.* 2014;89:869–875.
3. Baar H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care.* Vol 12, 1998.
4. CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Interprofessional Education: a definition. London; 2002.
5. A National Interprofessional Competency Framework (Consórcio Pan-canadense para interprofissionalidade em saúde)
https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Sau Pub.* 2001; 35(1): 103-9.
7. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in health care organization. *BMC Health Serv Res.* (London). 2008; 8 (188): 1-14.
8. Brasil. Ministério de Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília; 2005. [Acesso em: 13 de setembro de 2017]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ensino Superior. Resolução CNE/CES No. 3; 2014. Diretrizes Curriculares do Curso de graduação em medicina. [Acesso em 23 de agosto de 2017]. Disponível em:
<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>
10. Chauí, M. Convite à Filosofia. São Paulo: Editora Ática; 2002.
11. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. Petrópolis: Vozes; 22a. ed., 2001.
12. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012.
13. Miguel et al. Trajetória e Implementação de Disciplina Interprofissional para cursos da Área de Saúde. *Interface Botucatu.* 2018 (no prelo).
14. Lowenbawrg, J.S. Interpretative research methodology: broadening the dialogue. *Advance in Nursing Science*, v. 16, n. 2, p. 57-69, 1993
15. Cassiani, S. Caliri, M.H.I., Pelá, NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev.Latino-Am.enfermagem*, v. 4, n. 3, p.

- 75-88, dezembro 1996.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research. *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 19, Number 6: pp. 349–357
 17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
 18. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001 Jun; 35(2):115-2.
 19. Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
 20. Minayo MC. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro - São Paulo: HUCITEC-FIOCRUZ; 2004.
 21. Biggs J. 1993. From theory to practice: a cognitive systems approach. *High Educ Res Dev*. 12:73–85.
 22. Mennin SP, Krackov SK. Reflections on relevance, resistance, and reform in medical education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* [01 Sep 1998, 73(9 Suppl):S60-4
 23. Lima VV. Constructivist spiral: an active learning methodology. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):421-34.
 24. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 25a.ed. 2008.
 25. Sant'Anna, FM *Planejamento de ensino e avaliação*. Porto Alegre: Sagra, 1998.
 26. Perrenoud P *Formando Professores Profissionais* Porto Alegre: ARTMED, 2001.
 27. Libâneo, José Carlos. *Democratização da Escola Pública*. São Paulo: Loyola, 1990.
 28. Bicudo AM, Barros Filho AZ. Capacitação docente: experiência da pós graduação em saúde da criança e do adolescente. *In Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo. 2ª edição, Editora Senac; 2014.
 29. Matui J. *Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino*. São Paulo: Moderna; 1995.
 30. Pagliosa FL, Da Ros MAO. Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica* 32 (4): 492–499; 2008.
 31. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education: BEME Guide no. 9. *Med Teacher*. 2007; 29(8): 735-51.
 32. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students:

- evaluation of a programme. *MedEduc* (New Jersey). 1995. 29: 265–272.
33. Carpenter J, Barnes D, Dickinson C. 2003. Making a modern mental health care force: Evaluation of the Birmingham university interprofessional training programme in community mental health 1998-2002. Durham: Centre for Applied Social Studies, University of Durham. AMEE Guide No. 62
 34. Machado MH. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
 35. Glattfelder, JB Decoding complexity: uncovering patterns in economic Works. Berlin: Springer, 2012. In: Belluzzo LG, Galípolo G. Manda quem pode, obedece quem tem prejuízo. São Paulo: Contracorrente; 2017
 36. Cooper H, Braye S, Geyer R. Complexity and interprofessional education. *Learn Health Soc Care* (London). 2004; 3(4): 179-89.
 37. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-68.
 38. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in health care organization. *BMC Health Serv Res*. (London). 2008; 8 (188): 1-14
 39. Almeida MC, Carvalho EA. Edgar Morin: Educação e Complexidade. São Paulo. 6ª. edição, Cortez Editora; 2013.
 40. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education* 2012; 46: 58–70

5. DISCUSSÃO GERAL

5.1. A educação reflexiva no contexto do ensino interprofissional

A proposição desta discussão geral é resgatar de forma analítica, a partir da experiência descrita nos artigos produzidos durante o período de doutoramento, referenciais teóricos que sustentam as ações executadas.

Ainda que sendo apenas um recorte limitado dos muitos assuntos abordados, são descritos a seguir temas que ampliam a perspectiva de estudos, aprofundando aspectos da assistência, da interprofissionalidade, das metodologias ativas de ensino aprendizagem e de modelos de análise de pesquisa qualitativa.

5.1.1. A busca conceitual da disciplina interprofissional e a interface com Saúde Paideia, a importância da integralidade

No ano de 2009 em discussões realizadas no evento “A construção de uma práxis interdisciplinar em Saúde”, os estudantes, trabalhadores da saúde e professores/tutores da Universidade Estadual de Maringá indicaram que um dos problemas mais graves era a dissonância entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da população e do serviço. Como produto deste encontro a “Carta de Maringá”, sustentou as iniciativas de integração dos cursos da área de saúde. O referido encontro apontava algo encontrado nos grupos focais realizados neste trabalho, quando os professores reconheceram a trajetória e importância destas políticas.

Um primeiro aspecto a ser discutido é a importância da inovação para estudantes de vários cursos em uma mesma atividade regular, base fundamental para a EIP e as práticas colaborativas. A própria busca da identidade profissional intrínseca de cada estudante e a possibilidade de reconhecer no outro um futuro colega de trabalho traz para as primeiras atividades dessas disciplinas reflexões pouco frequentes nos cursos da área da Saúde.

Citando Campos¹⁹

A educação em saúde, mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade.

Esta visão permeia a implantação da disciplina de Atenção em Saúde desde a sua origem, conforme descrito anteriormente. Também, evidencia-se nas palavras dos atores envolvidos na disciplina, que o papel da equipe, a participação de setores da gestão e da instituição de ensino caminharam de forma a equilibrar as diferenças e criar mecanismos de auto regulação que pudessem proporcionar a implantação de uma disciplina com viés contra hegemônico, na perspectiva de metodologias centradas no estudante. Ressalte-se aqui, também, a importância da educação em saúde, não só nos moldes solicitados pelas DCN-2014¹¹, como também no aprofundamento da relação interprofissional ainda na graduação.

Na condição de disciplina que no futuro estimulasse as práticas centradas na pessoa, a partir de um olhar do sujeito/estudante em campo, ainda que sem estar atendendo “pacientes”, conhecendo a realidade local, o fluxo de trabalho na rede de atenção em saúde e como os trabalhadores da saúde estão colocados frente `estas questões, promoveu nos vários grupos uma importante discussão da não valorizar de forma excessiva o binômio saúde-doença. Para Amarante³⁵, esta é uma perspectiva fenomenológica onde sai o objeto ontologizado (a doença) e entra em seu lugar o doente, paciente ou pessoa sob cuidados.

Em verdade, a apresentação da realidade, observando a rede de atendimento e seus principais atores em funcionamento (trabalhadores da saúde), narrando ou demonstrando sua ação, aproxima o estudante do fazer profissional, numa prática de grupo, que valoriza competências comuns dos estudantes naquela fase de aprendizagem.

Por outro lado, não podemos deixar de valorizar que neste momento, estamos apresentando conteúdos de saúde coletiva, sob o ponto de vista da integralidade da assistência e valorização do SUS. É nesta direção que caminha a trajetória da disciplina de Atenção em Saúde, na tentativa de incutir nos estudantes, professores/tutores e preceptores da rede uma visão que desde o início dos cursos valorize o trabalho e as práticas colaborativas e centradas na pessoa sob cuidados.

Foi garantido neste processo um espaço de discussão profissional, importante para o futuro de práticas interprofissionais, de clínica integrada ou de gestão colegiada¹⁹ que possam tornar favoráveis a prática da troca de informações e construção de projetos terapêuticos. Neste processo, de implantação de práticas interprofissionais, não se trata de retirar do médico (em específico) sua “hipervalorização” social, mas de reconhecer o esforço da OMS no sentido de

reconhecer dinâmicas de trabalho que desonerem setores e horizontalizem as ações. Cabe aqui, uma abordagem, sobre com que “carga de formação” os estudantes chegam a ensino superior.

Para tanto, Figueiredo e Campos³⁶, descreve que para a construção de uma clínica ampliada e compartilhada, é necessário: ter como objeto de trabalho não somente a doença, mas o sujeito em sua existência; trabalhar, além da cura, reabilitação e prevenção, o desenvolvimento da autonomia; compor o diagnóstico, considerando não só o saber clínico e epidemiológico, mas a história e os saberes do sujeito; definir a terapêutica, considerando a complexidade biopsicossocial; construir relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento do saber e do poder, no vínculo e na responsabilização; trabalhar em equipe e em rede. No que tange aos objetivos da disciplina de Atenção em Saúde, de várias formas estes eixos foram colocados como centrais na perspectiva de futuras práticas interprofissional.

5.1.2. A construção do grupo de trabalho em metodologias ativas e a importância do Capital Simbólico: Pierre Bourdieu e o capital simbólico

Conhecidos os conceitos de capital intelectual e capital social e capital simbólico serão abordados aspectos relacionados à formação estudante, previamente ao ingresso no ensino superior. É curioso que possamos avaliar que as origens sociais dos mesmos, definam, na maioria das vezes, suas perspectivas educacionais e profissionais, em especial, no Brasil com uma disparidade social considerada uma das maiores do mundo. Tanto isso é verdade que várias políticas públicas tentam, contra uma enorme resistência de parte da sociedade, implementar políticas de inclusão, instauradas nos países de primeiro mundo há mais de 50 anos.

Ora vejamos, quem não possuiu capital econômico e social, poderá nas universidades adquirir capital intelectual que possa transformar sua realidade? Sim, existe esta possibilidade. Adquirir capital intelectual talvez seja a única forma de alcançar níveis de consciência e auto estima, desprezados até então, romper as amarras do capital simbólico trazido desde a sua formação como criança, adolescente ou adulto jovem.

Porém, por que isso não tem ocorrido de forma sistemática no decorrer de décadas de crescimento do ensino superior e de algumas políticas bem sucedidas de inclusão? Esta discussão está colocada no texto às custas de que a disciplina de

Atenção em Saúde ao proporcionar a quebra de paradigma da relação dos estudantes, entre si no primeiro ano do curso, dos mesmos com os professores, dos professores com docentes de outros cursos, e preceptores, tendo os mesmos objetivos de aprendizagem e práticas em locais semelhantes, quebra um paradigma importante educacional, mas principalmente, quebra o paradigma da relação social trazida de fora da universidade que o estudante de medicina, por exemplo, sabe mais que o da educação física, pois, neste início do curso, todos, tem cargas de capital intelectual sobre os assuntos de saúde coletiva, muito próximos uns dos outros.

Sob este aspecto, Bourdieu é conhecido por sua articulação de como os grupos sociais instruídos, usam o capital cultural como estratégia social de manutenção do status e respeito na sociedade, considerando como grupos instruídos os grupos profissionais ou classes.³⁷

Reside aqui a grande importância da introdução de metodologias ativas de ensino aprendizagem. Na sala de aula com 40 alunos e um professor discursando sobre o SUS, as poucas experiências vividas na rede, pelos estudantes, tornam o aluno com maior bagagem e capital intelectual/simbólico, alguém que não se imagina “naquele lugar”, afinal, do alto de seu desconhecimento/ignorância, existe uma semente da onipotência, bastante conhecida na escola médica.

Por outro lado, o estudante que já teve experiências na rede como paciente “encolhe-se” na cadeira, “envergonhado por ter utilizado a rede”, logicamente, reproduzindo um modelo de capital simbólico estereotipado pela mídia e pelo senso comum de que na rede de atenção em saúde, principalmente a rede primária, nada resolve, tudo é carências e os profissionais são despreparados. No fundo este estudante se imagina naquele local.

Eis o ponto.

As metodologias centradas no estudante tornam-se instrumentos de democratização do conhecimento e do saber, mediado pelo professor/tutor ou pelo preceptor que ciente dos objetivos de aprendizagem daquela atividade, promovem a equalização e o equilíbrio da discussão onde “todos” os valores são expostos e permitem que o outro conheça e valorize por meio dos seus pares, os acúmulos individuais chegando às verdadeiras “lacunas de conhecimento”, promovendo assim, momentos de reflexão e de questionamentos, elevando o capital intelectual do grupo, dos indivíduos e desconstruindo um capital simbólico distorcido ou pouco favorável, no que tange ao Sistema de Único de Saúde no Brasil.

Correlacionando com a teoria de Bourdieu, necessita-se entender e correlacionar com os resultados descritos neste trabalho: (1) a teoria é epistemológica, pois orienta uma maneira de pensar e ordenar o mundo de forma cuidadosa, mas não utiliza-se do positivismo para tal, (2) fornece formas substantivas para levar em conta as relações da educação com questões da reprodução social e os mecanismos em que a inclusão e exclusão são produzidas.^{37,38}

Aproximando as atividades da disciplina de Atenção em Saúde, muitas das dúvidas encontram-se na necessidade de que se deve-se suplantar o problema se uma estrutura ou os atores são mais importantes do que o entendimento das relações entre os dois, ou seja, qual deles define o outro. É possível nas entrevistas descritas localizar estes questionamentos no trabalho, retomando, então, a importância do autor como referência para esta discussão.

Outro aspecto consonante citado por Praxedes³⁹, sob esta perspectiva da obra de Bourdieu, aborda a questão dos professores e das suas avaliações e seu caráter juízo professoral. Como descrito, no caso da Atenção em saúde, os instrumentos de avaliação tentam abranger os vários aspectos da avaliação que não se limita à normatização proposta pelas instituições, mas que caminha no sentido da avaliação formativa, com caráter reflexivo,

Bernard Charlot⁴⁰, classifica em seus trabalhos categorias para aprofundar o olhar sobre a educação e seus referenciais sociais. Em seu texto “Da relação com o saber”, relata que o conjunto social utiliza três sistemas diferentes durante o processo educacional: (1) uma comunidade estruturada por uma lógica de integração, considerada aqui a comunidade acadêmica, (2) um ou mais sistemas competitivos, tratando-se do mercado profissional, (3) um sistema cultural correspondente a uma lógica de subjetivação.

Zabala⁴¹ constrói modelos pedagógicos estruturados que tornam mais específica abordagem advinda da sociologia, agora aplicada ao campo do ensino aprendizagem. O autor descreve dois eixos que de forma paralela compõem um modelo teórico/pedagógico.

Tendo como fontes a sociologia e a epistemologia, a linha da função social culminando nas capacidades cognitivas, conteúdos e conceitos e em paralelo uma segunda linha que tem como fontes iniciais a psicologia e a didática, a partir de concepção pedagógica e critérios para o ensino culminam em um modelo uniformizador e transmissivo. Para Zabala⁴¹, ao final destas duas “linhas construtivas”

está o modelo teórico que em muito se assemelha com parte importante do trabalho desenvolvido na disciplina de Atenção em Saúde, e descrito no artigo sobre implantação da disciplina: com relações interativas, espaço e tempo, organização de conteúdos e critérios de avaliação.

5.1.3. O interjogo entre a singularidade e o encontro com o outro humano: Um paralelo com o processo de ensino aprendizagem e as teorias de Winnicott

Para além da discussão sobre os grupos terapêuticos de Pichon Rivière e Bion, o olhar de Winnicott sobre algumas aspectos da formação do individual, em especial a criança e seu desenvolvimento pode proporcionar um espaço de discussão da formação do individual, também no campo pedagógico ou da formação profissional, em especial no que o autor descreve como o intejogo entre si-mesmo e o outro.⁴²

A prática dos pequenos grupos de trabalho, respeitando os critérios gerais de Pichon Rivière, nos induz a que colocar regras de funcionamento dos mesmos para que possamos alcançar objetivos de aprendizagem, falando agora no campo da educação formal, como modelo de ensino, didático ou pedagógico.

Um dos primeiros movimentos do grupo é a pactuação em seu funcionamento. Prática comum, até mesmo em pré-escolas, onde os alunos da primeira infância fazem um “combinado” com a professora e passam a respeitar ou questionar estas regras conforme a convivência tende a prosseguir. Ressalte-se que não é uma regra imposta pela instituição como tantas outras, trata-se de um “acordo” de o que se pode ou não fazer naquele ambiente ou atividade.

Para Winnicott, é somente no encontro com outro humano que tornam possíveis processos de integração, personalização e realização, que são a base da construção do Eu e é por meio deste encontro que se dá a experiência primária da onipotência e a dialética da ilusão-desilusão, construindo-se assim, a ponte entre o si mesmo e a realidade, a partir da experiência. Desenvolve-se então o “estar só” e o “estar com”, usufruindo do momento do “viver com”. Parte desta construção é descrita no conceito de teoria transacional, porém, para a construção do self, a singularidade se torna fator primordial no estabelecimento da relação com o outro, mas principalmente na construção do *self*.⁴³

É bem verdade que o autor apresenta estes conceitos e depois os aplica no desenvolvimento infantil, no entanto, quando ampliando este olhar e situando num

modelo de ensino aprendizagem, novamente, retornamos aos conceitos de metodologias ativas onde a reflexão e crítica exigem um movimento intelectual e psíquico, de conhecimento de si mesmo e de relação interpessoal. Este é o momento em que existe a possibilidade de utilizar o discurso e os conhecimentos de Winnicott em prol de um instrumento que auxilie modelos de ensino aprendizagem.⁴⁴

Nos vários relatos de estudantes neste trabalho, localizamos esta dicotomia entre as dúvidas individuais e coletivas, o desconhecimento da própria profissão, a importância da descoberta do outro e da realidade da atuação profissional. Nas avaliações, na disciplina de Atenção em Saúde, facilitadas por instrumentos específicos, como: portfólios, narrativas, avaliação por pares ou autoavaliação, descritos nos artigos publicados, localizamos vários depoimentos que corroboram esta análise, principalmente, se dissecarmos os relatos e depois reagruparmos por núcleos de sentido ou por construtos, fruto desta análise.

5.1.4. Analisando núcleos de sentido ou construindo construtos em pesquisa qualitativa: a experiência de Turato

Embora apenas nas últimas décadas as publicações de cunho qualitativo tenham sido respeitadas como prática científica, este legado deve-se em grande parte às ciências humanas, enquanto as ditas ciências naturais alinham-se mais frequentemente às descrições quantitativas. A discussão de qual modelo é melhor ou não, é superada há décadas, o importante é reconhecer que modelos utilizar e finalidade dos mesmos.

O artigo submetido à publicação “ENSINO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE” utilizou um método de análise de conteúdo com um recorte específico e construção de categorias e o material colhido nos grupos focais foi extremamente rico e proporciona uma abordagem diferente e possível sem em nada prejudicar o trabalho executado.

Especificamente, a publicação de Turato³², se propõe a um aprofundamento sobre a temática do método qualitativo com um recorte de objeto para o entendimento do *setting* e do processo saúde-doença, aqui estendido para análise da avaliação de estudantes, professores e preceptores, à metodologia de ensino aprendizagem utilizada em nossa disciplina.

O autor cita, cinco características dos métodos qualitativos para situar o processo de construção de trabalhos: (1) interesse pelo significado das coisas, (2) o campo onde ocorrerá a observação é o ambiente natural do sujeito, (3) o pesquisador é o próprio instrumento da pesquisa, (4) o método tem mais força no rigor da validade do que os dados coletados, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador à essência da questão, (5) não há pauta de quantificações, caberá ao leitor examiná-la para utilizar sua plausibilidade.

Os construtos citados pelo autor são: Significados/significações/ressignificações; Representações psíquicas/representações sociais; Simbolizações/simbolismos; Percepções/pontos de vista/perspectivas; Vivências/experiências de vida; Metáforas/analogias, Mecanismos de defesa (egóicos)/mecanismos de adaptação (psicossociais), Adesão e não-adesão a tratamentos e prevenções, Estigmas, Cuidados/confortos, Reações e papéis de cuidadores profissionais e domésticos/burn-out, Fatores facilitadores/pontes e barreiras frente a abordagens, Revisão narrativa da literatura.

A seguir exemplificamos, dos Construtos de Turato, as palavras dos tutores/professores proferidas nos grupos focais, aqui sistematizados de forma diferente do artigo original.

Exemplo 1: Significados/significações/ressignificações proporcionados pela experiência com a disciplina de Atenção em Saúde.

- *Promoveu uma **vivencia conjunta**, aproximação com o SUS e proporcionou o “descobrimento do SUS” para muitos alunos; (tutor 7).*
- ***o sonho de quem idealizou o pró saúde...** é que.... todos os alunos... que fizeram parte do PET saúde. (tutor 1).*
- *é isso né... um embriãozinho... que tá começando na graduação e um pouco na pós graduação também... nós **já crescemos bastante** né... desde a primeira turma. (tutor 9).*
- *é importante que seja feito alguma coisa com eles né... ou alguma... algum trabalho inicial... pra que eles se conheçam... e pra que **eles possam nos conhecer...** pra que a gente possa depois num segundo momento ir pra onde eles... (tutor 15).*
- ***só que aí nessa disciplina ele ganha nota sem ter prova... mas se você perguntar as coisas... os conceitos eles guardam... é impressionante...***

você não precisa dar o conceito de territorialização que ele carrega... o que é uma territorialização? ele não pegou nenhum livro pra te dizer o que é na hora... mas ele tem dentro dele o que é uma territorialização... ele traz porque ele sabe o conceito... ele fez a territorialização... ele guarda com ele... (tutor 6).

- *Idealizamos junto com a coordenação do **PET saúde...** a questão criar uma disciplina única... e daí que veio o pontapé inicial onde a gente começou a escrever um projeto...* (tutor 4).
- *A disciplina **introduz uma ideia muito boa quanto à interprofissionalidade, é uma novidade.*** (tutor 17)
- ***evita uma formação centrada só na sua profissão. É uma mudança de paradigma.*** (tutor 2).
- *Pra mim foi no momento do projeto, aquela **vontade de ajudar perguntar, se comunicar.** É o momento em que eu atuo e vou pedir ajuda a um colega. Como interpretar determinada circunstância a partir de **olhares diferentes** para você construir conhecimento e lidar com uma questão.* (tutor 12).

Exemplo 2: Mecanismos de defesa (egóicos)/mecanismos de adaptação (psicossociais) proporcionados pela experiência com a disciplina de Atenção em Saúde.

- ***claro que tem momentos que eles tem altos e baixos...** mas eu percebo que eles estão crescendo como... como um grupo de... sem pensar no curso que eles estão...* (tutor 4).
- ***eu achava que um aluno não participava muito...** né.. mas a gente foi levando... eu sempre falei com ele... vamos né... vamos se entrosar... nós somos uma equipe e tal... e a minha surpresa foi na avaliação final... dos pares... todos sentiram a mesma coisa com relação a ele... foi o aluno que teve a menor nota dos colegas...* (tutor 8).
- ***As dificuldades estão relacionadas às vaidades, o status de cada curso, quem é mais e quem é menos, existem dificuldades culturais também, acho mais fácil trabalhar (as dificuldades/vaidades) no primeiro ano, tá no marco zero.*** (tutor 10).

- *e eu não tenho tanta profundidade... eu não sei como fazer... **então eu penso assim que isso pode desmotivar os alunos... porque se o professor não estiver motivado...** não tiver esse espírito de conhecimento das políticas de saúde... a importância desse conhecimento (tutor 2).*

Os relatos acima, mais do que resultados para uma pesquisa, estão colocados neste ponto da dissertação para evidenciar que mediante os tópicos anteriores existe uma importante correlação entre o trabalho de Turato³² e os pressupostos discutidos neste texto, fato que certamente, poderá gerar novas publicações e análises.

6. CONCLUSÕES

- A inovação proposta pela disciplina interprofissional de Atenção em Saúde seguiu ideário de uma agenda internacional voltada para a reorientação da formação profissional na área de saúde, que no Brasil foi apoiado nas políticas públicas e em especial no PET.
- Para sua criação e implementação a disciplina de Atenção em Saúde contou com o apoio institucional da Universidade o que possibilitou mudanças curriculares e com a parceria com a gestão municipal o contribuiu para o sucesso desta iniciativa.
- A utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem como parte do processo da reorientação da formação profissional, fez crescer o potencial transformador do projeto inicial.
- Os professores reconhecem a importância da disciplina em suas carreiras e os estudantes valorizaram de forma substancial a cooperação com outros cursos e profissões.
- Os professores convidados abriram caminhos para o estudo de teorias educacionais, fortalecendo o processo de formação de docentes e preceptores, quebrando um paradigma da realidade brasileira que convive com a baixa incorporação de inovações tecnológicas nas práticas educacionais.
- A realização de simulações e estudos de avaliação permanente para a valorização de professores e preceptores promoveu momentos de reflexão sobre a prática pedagógica, sobre novas metodologias e o questionamento do modelo tradicional.
- As opiniões de estudantes, professores e tutores são um estímulo importante para prosseguir avançando com outras oportunidades de Educação Interprofissional nas demais series dos cursos, na busca da atividades colaborativas e práticas Interprofissionais.
- Apresenta-se a oportunidade de conhecer e aprofundar os referenciais teóricos tanto para a interprofissionalidade, como para o ensino centrado no estudante mediado por metodologias ativas de ensino aprendizagem, quer seja no viés da assistência à pessoa, pelo olhar da sociologia, da pedagogia ou da psicologia, nos seus vários autores.

REFERÊNCIAS

1. Marcondes E (coord.). Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
2. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJJ, organizador. Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 17-39.
3. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010 (WHO/HRH/HPN/10.3).
4. Thistlethwaite J, Forman D, Matthews LR, Rogers GD, Steketee C, Tagrid YMA. Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A comparative analysis. Acad. Med. 2014; 89:869-75.
5. Baar H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. Journal of Interprofessional Care. 1998;12.
6. Caipe. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Interprofessional Education: a definition. London; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial no 421/MS/MEC, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília (DF); 2010 [citado 13 Set 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
9. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Sau Pub. 2001; 35(1):103-9.
10. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in health care organization. BMC Health Serv Res. (London). 2008; 8(188):1-14.
11. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Ministério da Educação (ME/CNE, res. nº. 3, 2014). Brasília (DF): MEC; 2014.

12. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(2):2133-44.
13. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr HA. Best evidences systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Med Teach*. 2007; 29(8):735-5.
14. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
15. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Med Educ*. 1995; 29(4):265-72.
16. Grefell M. Pierre Bourdieu: Conceitos fundamentais. Petrópolis: Vozes; 2018.
17. Glattfelder JB. Decoding complexity: uncovering patters in economic Works. Berlin: Springer; 2012.
18. Cooper H, Braye S, Geyer R. Complexity and interprofissional education. *Learn Health Soc Care*. 2004; 3(4):179-89.
19. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
20. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Visser C, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Med Educ*. 2017; 17(1):2-13.
22. Troncon LEA. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(1):30-42.
23. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
24. Bastos ABB. Interações e desenvolvimento no contexto social da creche à luz de Henri Wallon [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
25. Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de avaliação e auto-avaliarão do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface*. 2016; 20(56):171-83.

26. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-103.
27. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001 Jun; 35(2):115-2.
28. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
29. Cassiani SB, Caliri MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. Rev.latino-am.enfermagem. 1996 Dez; 4(3):75-88.
30. Minayo MC. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. 2a ed. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ; 2004.
31. Biggs J. From theory to practice: a cognitive systems approach. High Educ Res Dev. 1993; 12:73-85.
32. Turato ER Métodos qualitativos e quantitativos em saúde. Rev Saúde Pública 2005; 39(3):507-14.
33. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
34. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 11a ed. São Paulo; Cortez; 2010.
35. Amarante P. O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. São Paulo: Fiocruz; 2000.
36. Figueiredo MD, Campos GWS. Paideia support as a methodology for healthcare education processes. Interface. 2014; 18 Supl 1:931-43.
37. Palmer J. 50 grandes educadores modernos: De Piaget a Paulo Freire. São Paulo: Contexto; 2006.
38. Bourdieu P. O poder simbólico. São Paulo: Edições 70; 2011.
39. Praxedes W. A educação reflexiva na teoria social de Pierre Bourdieu. São Paulo: Loyola; 2015.
40. Charlot B. Da relação com o saber: Elementos para uma Teoria Bernard Charlot. Porto Alegre: Artmed; 2000.

41. Zabala A. A prática educativa: Como ensinar. Porto Alegre: Artmed; 1998.
42. Gurfinkel D. Winnicott: Entre o si-mesmo e o encontro com o outro. Revista Cult. 2018; 237:32-4.
43. Phillips A. Winnicott. São Paulo: Idéias e Letras; 2006.
44. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed; 1982.

ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DE DISCIPLINA INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Pesquisador: Edson Arpini Miguel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62947816.6.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.031.584

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa consiste em "Analisar a implantação da disciplina Interprofissional de Atenção em Saúde".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma proposta de pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação – Doutorado em Clínica Médica – da Universidade Estadual de Maringá, sob a responsabilidade do professor Edson Roberto Arpini Miguel. Busca-se discutir a "nova realidade a que estarão expostos os futuros profissionais, aos quais esperamos estar oferecendo uma nova referência de profissionalismo, preparando o estudante para a prática colaborativa por meio da aprendizagem em uma equipe interprofissional e desenvolvendo competências para este fim e construídas pelos professores das várias áreas". Trata-se de uma "pesquisa qualitativa, observacional, analisando aspectos da implantação de disciplina interprofissional nos sete cursos área da saúde da UEM (Medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, biomedicina, educação física e odontologia)". A

Endereço: Av. Colombo, 5795, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.031.584

pesquisa contará com 80 participantes. Há uma previsão de R\$ 5.200, valor que será assumido pelo pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam do projeto os seguintes documentos: Requerimento enviado ao CCS; Folha de rosto datada de 12 de abril de 2016, carimbada e assinada pelo professor Ms. Idalina Dinis Regis Carolino, chefe do departamento de Medicina; TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Autorizações para o desenvolvimento da pesquisa (atendendo ao parecerista). Recomendamos a previsão de estratégias para minimizar ou sanar possíveis problemas quando da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_695882.pdf	02/10/2016 15:02:55		Aceito
Outros	RESPOSTA_AOPARECERISTA.docx	02/10/2016 15:02:05	Edson Arpini Miguel	Aceito
D declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriza.pdf	02/10/2016 15:00:53	Edson Arpini Miguel	Aceito
Outros	Requerimento.pdf	12/12/2016 16:13:04	Edson Arpini Miguel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MIGUEL.pdf	02/05/2016 10:37:37	Edson Arpini Miguel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ARPINI.pdf	13/04/2016 00:27:24	Edson Arpini Miguel	Aceito
Folha de Rosto	Edsonarpini.pdf	12/04/2016 13:20:53	Edson Arpini Miguel	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPQ, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: cccep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.031.554

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 22 de Novembro de 2016

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5795, UEM-PPQ, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copec@uem.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “.....”

Nome do (a) Pesquisador (a):

Nome do (a) Orientador (a):

1. **Natureza da pesquisa:** o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade ...
2. **Participantes da pesquisa:** (colocar o número de participantes, especificando qual será a população alvo da pesquisa).
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que o (a) pesquisador (a) (...). A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.) (...). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas:** (se houver, especificar como serão realizadas).
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas (especificar aqui possíveis riscos e desconfortos gerados durante a pesquisa). Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre (...), de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa (...), onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: NOME E O TELEFONE PARA CONTATO

Orientador: NOME E O TELEFONE PARA CONTATO

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa:

Telefone do Comitê:

E-mail: