



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, AGO 2019
ISSN 0103-1104

Políticas, programas e ações de educação na saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

| | |
|---------------------------------|--|
| Presidente: | Lucia Regina Florentino Souto |
| Vice-Presidente: | Heleno Rodrigues Corrêa Filho |
| Diretor Administrativo: | José Carvalho de Noronha |
| Diretora de Política Editorial: | Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato |
| Diretores Executivos: | Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues Cristiane Lopes Simão Lemos Stephan Sperling |

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luísa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORAS CIENTÍFICAS | SCIENTIFIC EDITORS

Tania França - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Carinne Magnago - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, AGO 2019

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 4 **Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios**
Policies, programs, and actions of education in health: perspectives and challenges
Tania França, Carinne Magnago

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 12 **A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil**
The resumption of the implementation process of the National Permanent Health Education Policy in Brazil
Cláudia Brandão Gonçalves, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Tania França, Carmen Fontes Teixeira
- 24 **PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões**
PET-Health/GraduaSUS in the perspective of service and teaching actors: contributions, limits, and suggestions
Carinne Magnago, Tania França, Soraya Almeida Belisário, Maria Ruth dos Santos

- 40 **Implantação da acreditação pedagógica de cursos *lato sensu* em Saúde Pública no Brasil: desafios e perspectivas**
Implementation of pedagogical accreditation of lato sensu courses in Public Health in Brazil: challenges and perspectives
Catharina Matos, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Tania Celeste de Matos Nunes

- 50 **Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos**
Interprofessional education and the formative actions of the emergency provision axis of the More Doctors Program
José Rodrigues Freire Filho, Carinne Magnago, Marcelo Viana da Costa, Aldaísa Cassanho Forster

- 64 **Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina**
Institutional aspects for the adoption of Interprofessional Education in nursing and medical training
Marcelo Viana da Costa, George Dantas Azevedo, Maria José Pereira Vilar

- 77 **Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB**
Planning and development of Continuing Health Education actions in the perspective of the PMAQ-AB
Thiala Maria Carneiro de Almeida, Rose Manuela Marta Santos, Daniela Márcia Neri Sampaio, Alba Benemerita Alves Vilela

ENSAIO | ESSAY

- 86 **Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil**
Interprofessional Education in the policies of reorientation of professional training in health in Brazil
José Rodrigues Freire Filho, Cláudia Brandão Gonçalves Silva, Marcelo Viana da Costa, Aldaísa Cassanho Forster
- 97 **A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**
The interface between Education through Work for Health Program/ Interprofessionalism and the National Policy of Permanent Education in Health
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida, Elen Ferraz Teston, Arthur de Almeida Medeiros
- 106 **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas**
Digital media and platforms in the Permanent Health Education field: debates and proposals
Tania França, Elaine Teixeira Rabello, Carinne Magnago

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

- 116 **Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública**
Permanent Education in Health in the formation of the Brazilian Network of Public Health Schools
Rosa Maria Pinheiro Souza, Patrícia Pol Costa
- 127 **Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul**
Reflections: the construction of the Permanent Health Education plan in Mato Grosso do Sul
Vera Lúcia Kodjaoglanian, Patrícia Marques Magalhães

REVISÃO | REVIEW

- 134 **Produção científica sobre docência em saúde no Brasil**
Scientific production on health teaching in Brazil
Vinício Oliveira da Silva, Isabela Cardoso de Matos Pinto

Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios

Tania França¹, Carinne Magnago¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S100

EM 2018, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COMPLETOU 30 ANOS. Entre os seus marcos, destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de assumir papel estratégico nas diretrizes intersetoriais para o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Ao longo de sua existência, a SGTES, que acaba de completar 15 anos, adotou inúmeras estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão, produzindo impactos significativos no processo de condução das políticas públicas de saúde^{1,2}.

Foi a partir da SGTES que a educação na saúde adquiriu caráter de política de Estado, o que possibilitou o estabelecimento de iniciativas relacionadas com a reorientação da formação profissional e com a educação permanente dos trabalhadores da saúde, com ênfase na integração entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e a comunidade. Contabilizam-se muitos avanços, contudo, há desafios a serem superados e propostas a serem implementadas e ou readequadas nessa esfera que colaborem para a melhoria da capacidade resolutiva dos sistemas nacionais de saúde, tal como propõe a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, lançada pela Organização Mundial da Saúde em 2014³.

Essa estratégia, a partir de linhas de ação, busca assegurar que todas as pessoas possam utilizar os serviços de saúde promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos de que necessitam, devendo eles ser de qualidade suficiente para serem seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes⁴. Para tanto, requer-se, entre outros elementos, recursos humanos com as capacidades adequadas e coerentes às necessidades da população.

Assumindo essa estratégia como compromisso, em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) aprovou a Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde⁵, que visa instar os seus Estados Membros, incluindo o Brasil, a estabelecer mecanismos formais para a superação dos problemas na área de Recursos Humanos em Saúde (RHS), destacando como prioridades, dentre outras: a transformação da educação das profissões da saúde; o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem; e a promoção da integração dos setores da educação e da saúde visando alinhar a formação de RHS às necessidades dos sistemas de saúde.

Ademais, ante as novas exigências de caráter socioepidemiológico, científico e tecnológico

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
taniafranca29@gmail.com

que se apresentam à saúde, a implementação de políticas públicas de RHS no Brasil, na perspectiva de um sistema político democrático contemporâneo, coloca em pauta a necessidade de entender o binômio trabalho e educação sob um novo prisma⁶.

Nessa direção, o SGTES/Ministério da Saúde (MS), por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), vem empreendendo esforços no sentido de ampliar a discussão coletiva e de estimular, desenvolver e fortalecer as iniciativas de educação na saúde em consonância com as propostas advogadas pelos organismos internacionais de saúde pública.

É nesse contexto que o grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), apresenta esta edição temática dedicada à publicação de artigos que apresentem e discutam o estágio de implementação das políticas de gestão da educação na saúde. Esse grupo, em parceria com o Deges/SGTES/MS e outras instituições de ensino, vem acompanhando e sistematizando as ações desenvolvidas pelo Deges, em um processo de coletar dados e produzir evidências que subsidiem a tomada de decisão da gestão federal, cujos resultados merecem ser divulgados.

Busca-se, aqui, apontar limites, acúmulos e possibilidades que se apresentam no campo da educação na saúde em função das mudanças ocorridas na área nos últimos anos. Parte-se do pressuposto que a qualificação das atividades de gestão da educação na saúde, o debate e a avaliação das principais ações em curso subsidiarão o planejamento, a reorientação e a continuidade das políticas e programas nacionais em vigência e, conseqüentemente, a expansão do acesso e da melhoria da qualidade dos serviços prestados à população brasileira.

A publicação deste número temático é uma oportunidade para, ao mesmo tempo que promove a divulgação de trabalhos científicos dos pesquisadores envolvidos com o tema, criar um espaço de diálogo com vistas a fortalecer as parcerias existentes e a publicizar os esforços empreendidos por trabalhadores, gestores e pesquisadores no que tange ao desenvolvimento e sustentabilidade das ações de gestão da educação na saúde.

Sabe-se que é um desafio formar e capacitar trabalhadores da rede SUS de modo alinhado às necessidades de saúde da população, o que implica canalizar esforços para construções e reconstruções dos processos educativos no campo da educação na saúde, compreendendo-os como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional, e não apenas como meio para o alcance de um objetivo pontual. Para que esses processos se consolidem, faz-se premente promover e fortalecer desenhos educacionais construídos com e para o coletivo de atores do SUS, tal como sustenta a Educação Permanente em Saúde (EPS).

Na perspectiva da EPS, toda intervenção emana da análise problematizadora dos contextos reais da prática, no entendimento de que no trabalho também se aprende e se produz conhecimentos que abrem caminhos para a experimentação de novas ações de enfrentamento aos problemas. Assumindo que essa é a concepção político-pedagógica que alicerça as ações de educação na saúde do País, este número temático da 'Saúde em Debate' dedica especial atenção à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Por meio dela, anseia-se que as oportunidades educativas se multipliquem e se transformem em processos permanentes de participação intersetorial e interprofissional e que sejam capazes de dar conta da complexidade dos nossos territórios, em que se reconhece que o trabalho em saúde é capaz de criar e recriar outros modos de fazer, cuidar, atender e assistir e de promover formação e qualificação.

A PNEPS, que representa um marco para a área da educação na saúde, é resultado de muitas lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema, que a compreendem como estratégia imprescindível para a modificação das práticas de saúde e, portanto, para a melhoria

da qualidade da atenção à saúde⁷. É a partir dos seus pressupostos que as demais iniciativas de formação de RHS discutidas nos artigos que compõem esta publicação se sustentem, como a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a educação profissional técnica de nível médio e de nível superior.

O conjunto de artigos reunidos aqui debruça-se sobre as iniciativas de educação na saúde em curso, resgatando os contextos nos quais foram concebidas e implementadas e discutindo sobre o seu atual estágio, fragilidades e fortalezas e sobre as suas contribuições para o fortalecimento da PNEPS. Ainda, os autores instam-nos a refletir sobre o potencial de uso das novas tecnologias como ferramentas de apoio à EPS e sobre novos modos de avaliar e aprimorar os processos formativos em saúde.

Posto isso, com esta publicação, acreditamos que estamos colaborando para a consolidação dessa área, tendo em vista, inclusive, o apoio à manutenção e ao aperfeiçoamento de políticas instituídas que vêm contribuindo significativamente para o processo de fortalecimento do SUS e as fragilidades e desafios que ainda precisam ser superados.

Colaboradores

França T (0000-0002-8209-9811)*, Magnago C (0000-0001-8799-3225)*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* [internet]. 2008 [acesso em 2019 mar 13]; 18(4):685-704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>.
2. Magnago C, Pierantoni CR, França T, et al. Policy of Labor Management and Health Education: a ProgeSUS experience. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 13]; 22(5):1521-1530. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>.
3. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD53.R14: Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. OMS/OPAS: Washington, DC; 2014.
4. World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development. Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report. Switzerland: WHO/IBRD; 2017.
5. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CSP29/10: Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. OMS/OPAS: Washington, DC; 2017.
6. França T, Magnago C, Santos MR, et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 13]; 42(esp2):286-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s220>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

Policies, programs, and actions of education in health: perspectives and challenges

Tania França¹, Carinne Magnago¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S100

IN 2018, THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) COMPLETED 30 YEARS. Among its milestones, we highlight the creation of the Secretariat of Labor Management and Health Education (SGTES) with the objective of assuming a strategic role in the intersectoral guidelines for the development of a National Policy for Human Resources in Health. Throughout its existence, the SGTES, which has just turned 15 years old, has adopted innumerable inductive strategies with technical, political, and financial investments for the qualification of management, producing significant impacts on the process of conducting public health policies^{1,2}.

It was from the SGTES that health education acquired a character of State policy, which enabled the establishment of initiatives related to the reorientation of professional training and with the permanent education of health workers, with emphasis on the integration between educational institutions, health services, and the community. There are many advances, however, there are challenges to be overcome and proposals to be implemented and/or adapted in this area that will contribute to the improvement of the capacity of national health systems, as proposed by the Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage, launched by the World Health Organization in 2014³.

That strategy, based on lines of action, seeks to ensure that all people can use the promotional, preventive, curative, rehabilitative, and palliative health services they need, and they must be of sufficient quality to be safe, effective, people-centered, timely, equitable, integrated, and efficient⁴. That requires, among other elements, human resources with adequate capacities and consistent with the needs of the population.

Taking that strategy as a commitment, in 2017 the Pan American Health Organization (Paho) approved the Human Resources Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage⁵, which aims to urge its Member States, including Brazil, to establish formal mechanisms to overcome the problems in the area of Human Resources in Health (HRH), highlighting as priorities, among others: the transformation of education of health professions; the development of interprofessional teams in service networks through interprofessional training and the diversification of learning contexts; and promoting the integration of the education and health sectors in order to align HRH education with the needs of health systems.

Furthermore, in view of the new socio-epidemiological, scientific, and technological requirements that are presented to health, the implementation of HRH public policies in Brazil, in the perspective of a contemporary democratic political system, puts into question the need to understand the binomial work and education under a new prism⁶.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
taniafranca29@gmail.com

In that direction, the SGTES/Ministry of Health (MS), through its Department of Health Education Management (Deges), has been making efforts to broaden the collective discussion and to stimulate, develop, and strengthen educational initiatives in line with the proposals advocated by international public health entities.

It is in that context that the research group Policies, Programs and Actions of Education in Health (PPAES) of the Institute of Social Medicine of the State University of Rio de Janeiro (IMS/Uerj) presents this thematic edition dedicated to the publication of articles that present and discuss the stage of implementation of management policies for health education. This group, in partnership with the Deges/SGTES/MS and other educational institutions, has been accompanying and systematizing the actions developed by the Deges, in a process of collecting data and producing evidence to support decision-making in federal management, whose results deserve to be published.

The aim here is to point out the limits, accumulations, and possibilities that are presented in the field of health education due to the changes that have occurred in the area in recent years. It is assumed that the qualification of health education management activities, the discussion and evaluation of the main current actions will support the planning, reorientation, and continuity of the national policies and programs in force and, consequently, the expansion of the access and the improvement of the quality of services provided to the Brazilian population.

The publication of this thematic issue is an opportunity to promote the dissemination of scientific works by the researchers involved in the theme, to create a space for dialogue with a view to strengthening existing partnerships and publicizing the efforts of workers, managers, and researchers in the development and sustainability of health education management actions.

It is known that it is a challenge to train and form SUS workers in a way that is aligned with the health needs of the population, which implies channeling efforts to construct and reconstruct educational processes in the field of health education, understanding them as a substantial part of a strategy of institutional change, and not only as a means to reach a specific objective. In order for these processes to consolidate, it is urgent to promote and strengthen educational designs built with and for the collective of actors of the SUS, as maintained by Permanent Education in Health (EPS).

From the perspective of EPS, all intervention emanates from the problematizing analysis of the real contexts of the practice, in the understanding that in the work one also learns and produces knowledge that opens the way for the experimentation of new actions of coping with the problems. Assuming that this is the political-pedagogical conception that underpins the actions of education in the health of the Country, this thematic issue of 'Health in Debate' devotes special attention to the National Policy of Permanent Education in Health (PNEPS).

Through such policy, we hope that educational opportunities will multiply and become permanent processes of intersectoral and interprofessional participation, and that they will be able to account for the complexity of our territories, in which it is recognized that health work is capable of creating and recreating other ways of doing, caring, attending, and assisting, and promoting training and qualification.

The PNEPS, which represents a milestone in the field of health education, is the result of many struggles and efforts promoted by its advocates, who understand it as an essential strategy for modifying health practices and, therefore, for improving the quality of health care⁷. It is from its assumptions that the other HRH training initiatives discussed in the articles that compose this publication are supported, such as the Interprofessional Health Education (EIP), the Education through Work for Health Program (PET-Saúde), and the professional technical education at the high school and university levels.

The set of articles gathered here deals with ongoing health education initiatives, rescuing the contexts in which they were conceived and implemented, and discussing their current stage, weaknesses and strengths, and their contributions to strengthening the PNEPS. Still, the authors urge us to reflect on the potential of using new technologies as tools to support the EPS and on new ways of evaluating and improving the formative processes in health.

That being said, we believe that with this publication we are collaborating to the consolidation of this field, including the support for the maintenance and improvement of instituted policies that have significantly contributed to the process of strengthening the SUS and the fragilities and challenges that must yet be overcome.

Collaborators

França T (0000-0002-8209-9811)*, Magnago C (0000-0001-8799-3225)*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* [internet]. 2008 [acesso em 2019 mar 13]; 18(4):685-704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>.
2. Magnago C, Pierantoni CR, França T, et al. Policy of Labor Management and Health Education: a ProgeSUS experience. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 13]; 22(5):1521-1530. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>.
3. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD53.R14: Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. OMS/OPAS: Washington, DC; 2014.
4. World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development. Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report. Switzerland: WHO/IBRD; 2017.
5. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CSP29/10: Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. OMS/OPAS: Washington, DC; 2017.
6. França T, Magnago C, Santos MR, et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 13]; 42(esp2):286-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s220>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil

The resumption of the implementation process of the National Permanent Health Education Policy in Brazil

Cláudia Brandão Gonçalves^{1,2}, Isabela Cardoso de Matos Pinto³, Tania França⁴, Carmen Fontes Teixeira⁵

DOI: 10.1590/0103-11042019S101

RESUMO Este trabalho teve por objetivos descrever e analisar as mais recentes iniciativas realizadas, no âmbito da gestão federal, para a implementação e fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Toma como referencial o ciclo da política pública de Kingdon, descrevendo como se deu a inclusão desse tema na agenda governamental, em 2003, e analisa o conteúdo dos documentos que materializam as propostas da Política. Em seguida, concentra-se na descrição e análise do movimento desencadeado em 2017-2018, com a realização de uma série de eventos regionais, dos quais resultaram a identificação das fragilidades enfrentadas nesse processo de implementação da PNEPS, subsidiando um conjunto de propostas, que referenciam as iniciativas desencadeadas, visando à efetiva implementação da PNEPS no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Política pública. Educação continuada. Sistema Único de Saúde. Recursos humanos.

ABSTRACT *This work aimed to describe and to analyze the most recent initiatives carried out, within the scope of federal management, for the implementation of the National Permanent Health Education Policy (PNEPS). It takes as reference the Kingdon public policy cycle, describing how the topic was included in the government agenda in 2003, and analyzes the content of the documents that materialize the proposals of the Policy. Subsequently, it focuses on the description and analysis of the movement triggered in 2017-2018, with the accomplishment of a series of regional events, which resulted in the identification of the weaknesses faced in the implementation process of the PNEPS, subsidizing a set of proposals that referenced the initiatives triggered, aiming at the effective implementation of the PNEPS in the scope of the Unified Health System (SUS).*

KEYWORDS *Public policy. Education continuing. Unified Health System. Human resources.*

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. claudia.brandao@saude.gov.br

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências – Salvador (BA), Brasil.

Introdução

O debate internacional desenvolvido atualmente em torno das questões relativas ao trabalho e educação na saúde abrange a reflexão sobre políticas, regulamentações e intervenções relacionadas com a educação, capacitação e práticas profissionais, destacando-se a necessidade de articular a capacitação com as competências requeridas pelo trabalho, a utilização de novas metodologias de ensino e a incorporação de tecnologias de informação, educação e comunicação em saúde¹.

Esse tema aparece entre os compromissos assumidos pelos países perante a agenda 2030¹ como parte das estratégias de fortalecimento dos sistemas universais de saúde, compromisso reiterado, em 2017, na Conferência Panamericana de Saúde², quando se discutiu a situação dos recursos humanos em saúde no continente, apontando-se desafios recorrentes, tais como: inadequação dos perfis profissionais, precariedade das condições de trabalho, baixa produtividade e limitada qualidade do desempenho, entre outros.

No caso do Brasil, cabe reconhecer que o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS)³, ao longo dos últimos 30 anos, contemplou a implementação de políticas e programas que resultaram na descentralização da gestão, ampliação de cobertura das ações e reorganização dos serviços de saúde⁴, tendo como uma das consequências a reconfiguração do mercado de trabalho no setor e o considerável aumento da força de trabalho direta ou indiretamente vinculada à produção de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade⁵.

Esse processo tem colocado a necessidade de promover mudanças/transformações na formação de pessoal, quer no âmbito dos cursos de graduação e pós-graduação, quer no âmbito dos serviços, por meio de ações de educação permanente, o que acentuou a preocupação com as relações entre as instituições que compõem o sistema de formação de pessoal e o sistema de saúde^{5,6}, tema que desafia estudiosos da área, gestores e profissionais de saúde.

Nesse sentido, a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) permitiu a movimentação de ideias, conhecimentos, programas e recursos financeiros, ampliando as possibilidades de desenvolvimento de políticas governamentais específicas nessa área, além de estimular o diálogo entre diferentes atores de instituições parceiras e entidades representativas da gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A atuação da SGTES contemplou, entre outras iniciativas relevantes, a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), lançada em 2003, e institucionalizada com a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004⁷, que estabeleceu diretrizes para sua implementação, fomentando a condução regional da política e a participação interinstitucional e intersetorial. Posteriormente, foi publicada a Portaria GM/MS 1.996/07⁸, a qual propôs novas diretrizes para a PNEPS, que integram, atualmente, a base normativa do SUS, consolidada em 2017⁹.

A concepção de Educação Permanente adotada nesse marco normativo considera que esta implica o estabelecimento de

[...] relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde bem como as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde⁸⁽³⁴⁾.

Destina-se, assim, a públicos multiprofissionais, isto é, à equipe de saúde inserida nos vários níveis organizacionais da rede de serviços, objetivando transformações das práticas técnicas e sociais de saúde, tendo em vista a garantia do acesso, a melhoria da qualidade, a humanização da atenção à saúde da população e o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS.

Do ponto de vista pedagógico, a Educação

Permanente em Saúde (EPS) toma como ponto de partida para as ações educativas,

[...] os problemas identificados no processo de trabalho, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com ênfase na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho, de modo a sensibilizar e gerar compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para com o desenvolvimento institucional do SUS, a melhoria do desempenho das equipes de saúde e o desenvolvimento individual dos profissionais e trabalhadores de saúde⁸⁽³⁴⁾.

Deve ser considerada, portanto,

[...] um processo contínuo, articulado à descentralização da gestão do sistema e à reorganização da rede de serviços, em bases territoriais, fomentando, assim, a condução regional da política, com participação interinstitucional através das Comissões de Integração Ensino Serviço⁸⁽³⁴⁾.

A formulação e a implementação da PNEPS estimularam a produção científica sobre esse tema, tendo sido objeto de análise em alguns estudos que apontam evidências importantes das dificuldades de articulação entre gestores, trabalhadores, instâncias de controle social e Instituições de Ensino Superior (IES), participação incipiente dos gestores municipais e dificuldades na utilização dos recursos financeiros, que repercutem na reduzida implantação das Comissões de Integração Ensino e Serviço (Cies), previstas na PNEPS, na indefinição de parâmetros para construção de projetos e na ausência de avaliação das ações executadas no que tange a mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde¹⁰⁻¹⁴.

No momento atual, considerando-se os problemas que incidem sobre a efetiva consolidação do SUS – a exemplo do subfinanciamento¹⁵, recomposição das relações entre público e privado^{16,17},

mudanças na gestão de unidades complexas e reorientação de políticas e estratégias prioritárias –, constata-se a necessidade de ajustes em vários âmbitos da gestão do trabalho e da educação em saúde. No que se refere especificamente à PNEPS, identificou-se a necessidade de uma reflexão acerca das estratégias a serem adotadas para garantia de sua efetiva implementação, levando-se em conta as especificidades regionais, estaduais e locais.

Nessa perspectiva, o MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), vinculado à SGTES, em parceria com o Conass, Conasems, CNS, Escolas Técnicas do SUS (Retsus), Escolas de Saúde Pública (ESP), IES, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e demais secretarias do MS, deu início ao processo de discussão sobre a PNEPS com o objetivo de debater coletivamente estratégias para atualizar a Portaria GM/MS nº 1.996/07.

Assim, acordou-se a realização de Oficinas Regionais, envolvendo estados e municípios, para avaliação do processo de implementação da Política, cuja organização foi construída coletivamente envolvendo o Deges/SGTES com a cooperação técnica das equipes do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e a participação do Conass e do Conasems.

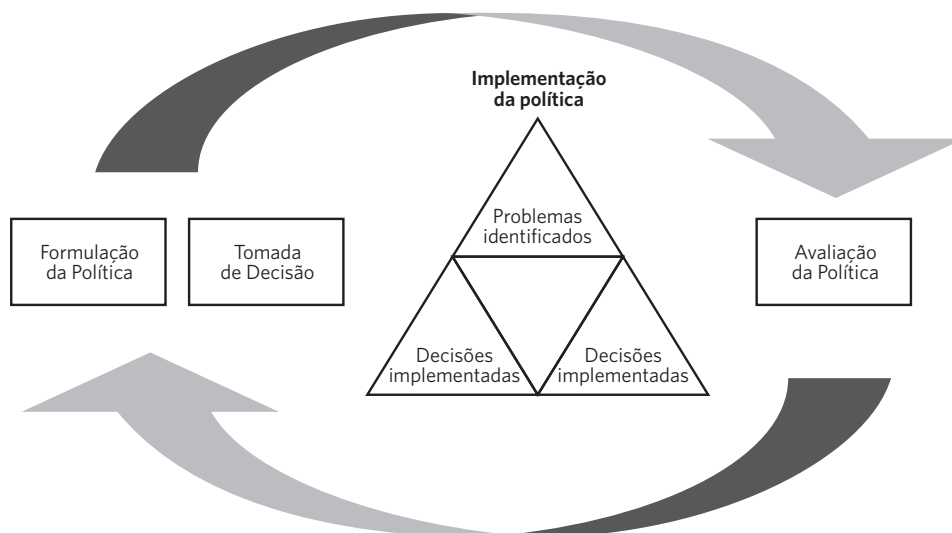
Foram realizadas seis Oficinas, reunindo gestores e técnicos das regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, configurando-se um movimento de retomada do debate em torno da PNEPS, constituindo o ponto de partida para a elaboração de propostas que geraram iniciativas no âmbito do MS, bem como nos estados. Considerando a riqueza e importância estratégica desse processo, os objetivos deste artigo são descrever e analisar as atividades realizadas, bem como sistematizar as propostas elaboradas coletivamente, tendo em vista contribuir para o debate em torno da efetiva implementação da PNEPS no âmbito do SUS.

Procedimentos teórico-metodológicos

A delimitação do objeto de estudo tomou como referencial a teoria do ciclo da política pública, desenvolvida por Kingdon¹⁸, que compreende quatro momentos distintos: a) a determinação da agenda; b) a formulação da política (identificação dos problemas, seleção de propostas e alternativas, negociação e, formalização em lei); c) a implementação da política que inclui a elaboração de planos, programas e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução; e d) a avaliação da política, que contempla a identificação e avaliação do processo, resultados e impacto alcançado com a implementação dos planos, programas e projetos, base para a elaboração de propostas de aperfeiçoamento e/ou mudanças nos objetivos e ações propostas no âmbito da política¹⁷.

No caso específico da PNEPS, considerou-se que a entrada na agenda e a formulação da Política se materializaram na publicação das portarias referidas anteriormente, de modo que delimitamos como objeto de estudo as ações realizadas pelo MS em 2017-2018, sob coordenação do Deges/SGTES, para retomar e intensificar o apoio aos estados e municípios para o desenvolvimento da implementação da PNEPS. Cabe ressaltar que a implementação é o momento crucial do ciclo de uma política, na medida em que consiste na materialização das propostas em ações gerenciais e operacionais que incidem sobre os problemas identificados, ações estas realizadas pelos operadores da política, sejam gestores e técnicos responsáveis pelo planejamento e programação das ações, sejam os profissionais e trabalhadores que atuam diretamente na execução das ações¹⁹.

Figura 1. Modelo teórico de análise da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde



Fonte: Pinto et al.¹⁹.

As informações relativas ao processo desencadeado em 2017-2018 foram extraídas de documentos institucionais, relatórios, portarias e outras publicações do MS que registram as atividades realizadas para mobilização dos atores institucionais responsáveis pela implementação da PNEPS nos estados, tratando-se de sistematizar os resultados da análise

coletiva do processo de implementação da PNEPS, as propostas, sugestões e recomendações que emanaram das Oficinas realizadas em 2017 (*quadro 1*) e as ações desencadeadas em 2018 para dar seguimento e concretude ao processo de implementação e avaliação da PNEPS em todo o País.

Quadro 1. Oficinas Regionais de análise da implementação da PNEPS

| Oficina | Data de realização | Estados Participantes | Local |
|---------------------|---------------------------------|--|-------------------|
| Região Nordeste | 5/6 de outubro | Bahia, Alagoas, Sergipe, Ceará, Rio Grande do Norte, Piauí Pernambuco, Paraíba, Maranhão | Salvador/BA |
| Região Norte 1 | 19/20 de outubro | Amazônia, Pará, Acre, Rondônia | Belém/PA |
| Região Norte 2 | 9/10 de novembro | Roraima, Amapá e Tocantins | Palmas/TO |
| Região Centro-Oeste | 23/24 de novembro | Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul | Brasília/DF |
| Região Sudeste | 30 de novembro e 1º de dezembro | Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo | Belo Horizonte/MG |
| Região Sul | 4/5 de dezembro | Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul | Florianópolis/SC |

Fonte: Ministério da Saúde²².

Análise do processo de formulação e implementação da PNEPS

Como referido anteriormente, a criação da PNEPS tem como marco normativo a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, tendo suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/07. Esses documentos contêm os objetivos e diretrizes dessa política, estabelecendo, também, as funções e responsabilidades de cada instância de gestão do SUS com relação ao desenvolvimento de ações de EPS dos profissionais e trabalhadores de saúde.

A análise desses documentos evidencia que a inclusão desse tema na agenda governamental

na área de saúde constituiu um grande avanço, inserido nos esforços para o cumprimento do disposto na Lei nº 8.080/90²⁰ que explicita a responsabilidade do SUS de orientar a formação de ‘recursos humanos’. As propostas contidas na PNEPS fomentam a condução regional da política, a participação interinstitucional por meio das Cies, além de definir orçamento para projetos e ações estabelecendo critérios de alocação transparentes, coerentemente, portanto, com os princípios e diretrizes gerais do SUS com relação à descentralização e participação e controle social na gestão e execução das políticas de saúde.

Além disso, cabe destacar que o processo de discussão em torno da formulação da PNEPS envolveu as instâncias de deliberação do SUS, como a Comissão Intergestores

Tripartite (CIT), a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), vinculada ao CNS, assim como o Conasems.

O processo de implementação da PNEPS, por sua vez, enfrentou dificuldades, apontadas pelos estudos citados anteriormente, sendo que, na visão dos gestores e técnicos que participaram das Oficinas Regionais realizadas em 2017, esse processo ficou um tanto quanto ‘adormecido’, na maioria dos estados, por conta, particularmente, da interrupção do repasse de recursos financeiros do nível central (MS) para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) a partir de 2012. Desse modo, as SES, em sua grande maioria, enfrentaram dificuldades para dar seguimento ao planejamento, programação e execução de ações de EPS, exceto nos estados onde houve investimento nessa área com recursos do orçamento estadual e/ou municipal²¹.

A retomada do debate sobre esse processo nas Oficinas Regionais teve como objetivos: a) identificar os principais problemas enfrentados no âmbito estadual e municipal para a implementação da PNEPS; b) identificar nós críticos que demandem apoio institucional da Deges/SGTES/MS; c) elaborar propostas para a aperfeiçoamento da PNEPS com base nas necessidades identificadas ao nível estadual e municipal²².

A metodologia utilizada nas Oficinas possibilitou aos participantes, por meio de análises e debates, reconstruir uma imagem compartilhada da realidade em que opera a PNEPS em seus territórios. Foi possível ainda mapear as relações institucionais e uma reflexão acerca das práticas, complexidades, problemas, fortalezas, processos de gestão e de métodos pedagógicos da EPS, segundo suas próprias e singulares necessidades e possibilidades.

Cabe destacar que, para além dos seus propósitos iniciais, essas Oficinas foram vivenciadas e percebidas como uma atividade de EPS, ou seja, tornaram-se um momento de aprendizagem significativa para os participantes, constituindo-se em importante

instrumento de monitoramento e acompanhamento, uma vez que permitiram examinar o desenvolvimento, os instrumentos utilizados para a gestão, os problemas, os objetivos e os resultados alcançados na sua implementação nos estados, sob a ótica das bases conceituais e organizacionais da PNEPS.

No que se refere ao conteúdo do debate travado no interior das Oficinas, cabe enfatizar, em primeiro lugar, a problematização da pertinência da revisão do marco regulatório da PNEPS, considerando-se que os princípios e diretrizes da Política continuam válidos, bastando realizar algumas adaptações no texto, levando em conta o contexto atual da Política de saúde. Dessa forma, considerou-se que o principal problema com relação à PNEPS não é o conteúdo da política, e sim as dificuldades enfrentadas no processo de implementação, que contribuem, inclusive, para a existência de grande heterogeneidade e desigualdade na situação verificada em cada unidade federada.

Os debates, assim, confluíram para a identificação de um conjunto de problemas e elaboração de propostas e recomendações com vistas à implementação, execução, gestão, monitoramento e avaliação da PNEPS, as quais foram agrupadas, de acordo com as diferentes dimensões da política, em seis categorias: a) Conceito de EPS; b) Gestão de recursos financeiros; c) Institucionalização da política; d) Descentralização e regionalização do processo de implementação da PNEPS; e) Monitoramento e avaliação da Política; f) Relação/articulação entre entes federativos no processo de implementação da PNEPS. A seguir, apresentamos uma síntese dos problemas identificados e das propostas elaboradas nas Oficinas em cada uma dessas dimensões.

Problemas identificados nas Oficinas Regionais

Com base no processamento das informações extraídas dos relatórios das Oficinas Regionais, foi construída uma matriz de análise que sistematiza os principais problemas enfrentados no

processo de implementação da PNEPS. Apesar da heterogeneidade constatada em termos do grau de desenvolvimento da gestão, planejamento, programação e execução das ações de EPS, podem-se identificar ‘áreas-problema’, que se apresentam, em maior ou menor grau, em todos os estados. São elas:

Gestão da Política de EPS: constatou-se a complexidade do processo de gestão da implementação da PNEPS, devido a uma série de fatores; entre os quais, destaca-se a falta de compreensão, por parte da maioria dos gestores, da importância das ações de EPS para a qualificação da gestão e da melhoria da atenção à saúde no SUS. Desse fato, mais evidente em alguns estados, deriva a falta de priorização das ações de EPS no processo de planejamento e programação, quer seja no âmbito do Plano Estadual de Saúde, quer, mais precisamente, na fragilidade dos processos de planejamento regional das ações de EPS. Isso também está conectado com o grau de desenvolvimento do processo de implantação e funcionamento das Cies, e se reflete na articulação entre as diversas instituições que compõem o quadrilátero da EPS²³. Alguns estados apontam dificuldades na relação com as instituições de ensino, bem como a incipiente incorporação dos representantes dos trabalhadores de saúde e movimentos sociais no processo de planejamento e implementação da Política e dos Planos de EPS, além de apontarem, em alguns casos, a grande rotatividade dos gestores, especialmente ao nível municipal. Outro aspecto discutido durante as Oficinas foi a necessidade de aprofundar o papel que pode ser representado pelos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) na organização das ações de EPS e na articulação ensino-serviço, inclusive na negociação e nas relações entre as instituições públicas e privadas.

Financiamento: todos os estados apontaram a descontinuidade dos repasses financeiros do MS (desde 2011) e problemas na gestão dos recursos, especialmente a dificuldade de remunerar docentes vinculados às escolas do SUS, assim como da utilização dos recursos em função das restrições existentes na legislação pública nessa área. Alguns estados têm buscado

alternativas para garantir o financiamento dessas ações, a exemplo de Santa Catarina, Ceará e outros, disponibilizando recursos de outras fontes, inclusive do orçamento estadual.

Modelo de formação/educação permanente implementado: os participantes das Oficinas apontaram a coexistência de um modelo de capacitação tradicional, caracterizado pela reprodução de cursos e atividades voltadas a categorias profissionais isoladas, com a implantação de um modelo inovador, que leva em conta o trabalho em equipe, a educação interprofissional, a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a realização de atividades de educação a distância com uso de Tecnologias de Informação Comunicação (Tics) e a demanda por formação em metodologias ativas e ações inovadoras para o desenvolvimento da área de EPS.

Infraestrutura: alguns estados referem as deficiências de espaço físico e apoio logístico para garantir o funcionamento das Cies, como também apontam a inexistência do setor de EPS no organograma da SES, além da falta de recursos (pessoal, diárias, transporte) para a realização das ações de EPS. Também foi referida a inexistência de escolas estaduais de saúde pública em alguns estados.

Conceito de educação permanente: vários representantes dos estados apontaram a necessidade de retomar a reflexão e o debate sobre o conceito de educação permanente, uma vez que se considera não ter havido uma apropriação plena da concepção que fundamenta a PNEPS. Aponta-se, como determinantes desse fato, a instabilidade institucional, especialmente a rotatividade dos gestores, propondo-se certo ‘alinhamento conceitual’ que facilite o processo de gestão e planejamento das ações de EPS. Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de efetuar a distinção entre ‘educação em saúde’, ‘educação permanente’, ‘educação popular’, distinguindo-se, também, a ‘educação profissional’ da educação permanente.

Monitoramento e avaliação das atividades de educação permanente: praticamente todos os participantes apontaram dificuldades em

monitorar e avaliar as ações de educação permanente, enfatizando a ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas.

Atribuições e responsabilidades de cada nível de governo e articulação interfederativa: os representantes dos estados foram unânimes em apontar que, além da descontinuidade dos repasses financeiros, a necessidade do apoio técnico da SGTES para implementação da PNEPS.

Propostas elaboradas nas Oficinas Regionais

A identificação dos problemas subsidiou a elaboração de um conjunto de propostas em cada uma das Oficinas, as quais foram sistematizadas em uma matriz (*quadro 2*), com base na semelhança e aproximação temática.

Quadro 2. Propostas elaboradas nas oficinas regionais: síntese

| Área-problema | Propostas |
|---|---|
| Gestão da Política de EPS | <ul style="list-style-type: none"> • Apoio do MS para fomentar a elaboração dos Planos estaduais de EPS e de Planos de ação regional • Vincular instrumentos de gestão e planejamento do SUS à EPS • Implantar sistema de informação/gerenciamento das ações de EPS • Criar a função de apoiadores regionais na área de EPS • Incluir e articular as ações de formação promovidas pelo Ministério da Saúde na PNEPS, por exemplo: Coapes, Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) etc. |
| Financiamento | <ul style="list-style-type: none"> • Retorno do financiamento federal para ações de EPS • Garantir participação dos Estados e Municípios no financiamento das ações de educação permanente • Discutir e apresentar planos para viabilizar a execução dos recursos • Garantir recursos para custeio e investimento para as ações de educação permanente • Garantir no Plano Plurianual/Lei Orçamentária Anual (PPA/LOA) o repasse orçamentário e financeiro de um percentual mínimo a ser pactuado, exclusivo para execução das ações da política de EPS, por parte da União, Estados e Municípios |
| Modelo de formação | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a reflexão sobre métodos inovadores de ensino • Vincular ofertas pedagógicas às necessidades de formação • Realizar seminários a partir de experiências exitosas • Articular melhor as instituições de ensino no processo de implementação da PNEPS. Pensar mecanismos para reforçar a participação da IES dentro da Cies • Estabelecer estratégias para que gestores e instituições de ensino se comprometam em construir e participar efetivamente das ações de EPS • Reconhecer a preceptoria nos processos de progressão funcional dos servidores • Definir as contrapartidas na articulação ensino serviço. • Qualificar processos/desenhos estratégicos pedagógicos voltadas para problematização, transformação da realidade e qualificação para o SUS • Implantar sistema de regulação das práticas de formação e EPS nos serviços |
| Infraestrutura da Cies | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a criação de espaços nas Secretarias Estaduais e Municipais para a EPS e Cies • Garantir que o setor responsável pela Educação Permanente em Saúde (EPS) esteja presente no organograma oficial da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e que disponha de estrutura física própria • Fortalecer as Regiões de Saúde através das Cies |
| Conceito EPS | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o alinhamento conceitual sobre a PNEPS, especialmente a concepção de EPS • Realizar oficinas de trabalho com gestores e técnicos para alinhamento conceitual em torno da EPS • Fortalecer as equipes das Escolas do SUS e membros da Cies para facilitarem a discussão sobre o conceito de EPS • Incluir a discussão sobre o conceito de EPS nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) |
| Monitoramento e avaliação das ações de EP | <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da execução dos planos estaduais e regionais de EPS com indicadores de processo e resultados • Estimular que as áreas técnicas registrem e divulguem as ações de EPS • Dimensionar/mapear os pontos de educação da rede estadual |

Quadro 2. (cont.)

| | |
|--|--|
| Articulação interfederativa (MS/SES/SMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Maior articulação MS/MEC • Fomentar dentro da PNEPS a organização das Cies regionais • Sensibilização das instancias colegiadas sobre a importância dos processos de EPS • Promover melhora articulação entre a CIR e as Cies regionais • Recompôr as Cies Regionais e Estadual • Incluir na agenda da gestão estadual do SUS a EPS como pauta permanente da CIR, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho Estadual de saúde (CES) • Promover a qualificação dos membros da Cies em EPS • Discutir a importância do Coapes para articulação entre as diferentes instâncias • Instituir a Cies regional como membro do comitê gestor local do Coapes • Potencializar a Rede de Educação em Saúde Coletiva/Educação Permanente em Saúde • Garantir espaços de diálogos entre os diversos atores da PNEPS, por meio de fóruns, oficinas, seminários, entre outros • Formar Núcleos municipais e/ou microrregionais de EPS e Humanização. Manter editais (pesquisa e/ou estruturação da política de EPS) e portarias que valorizem esta articulação |
|--|--|

Fonte: Ministério da Saúde²¹.

Ações desencadeadas pelo Ministério da Saúde em 2017-2018 para a implementação e fortalecimento da PNEPS

A partir dos resultados obtidos com a realização das Oficinas Regionais, o Deges/SGTES desencadeou, durante o ano de 2018, uma série de atividades voltadas ao atendimento das demandas dos estados, buscando dar respostas imediatas a alguns dos principais problemas identificados.

Em primeiro lugar, tratou-se de recuperar o fluxo de financiamento, por meio de repasses de recursos do MS aos estados e municípios. Tal decisão materializou-se na publicação da Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017²⁴, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (Pro EPS-SUS) e cria incentivos financeiros de custeio para implementação, execução e gestão do Pro EPS-SUS, com vistas a estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

Com isso, foram repassados aos municípios e estados aproximadamente de R\$ 70 milhões para o planejamento e execução de ações educativas que respondessem às necessidades de saúde, respeitando a realidade regional/local.

Paralelamente, tratou-se de incentivar implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, ampliando o canal de diálogo com os atores envolvidos com os Coapes. Nesse sentido, como estratégia para alavancar o processo de contratualização no País, investimentos foram feitos para qualificar o processo de negociação permanente em defesa da qualificação do cuidado e da formação.

Buscando dar visibilidade à experiências inovadoras, o Deges/SGTES/MS, em parceria com a Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o Edital do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase na Educação Permanente em Saúde, tendo recebido 251 inscrições, que passaram por uma comissão de avaliadores, resultando em uma primeira seleção de 45 experiências que foram apresentadas em seminário nacional. Destas, 30 foram selecionadas para visita *in loco*, tendo sido premiadas 15 finalistas, que compuseram uma publicação específica do MS/Opas²⁵, organizada em três eixos temáticos: Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Educação e Práticas

Interprofissionais; e Gestão da Política de Educação Permanente em Saúde.

Para subsidiar tecnicamente o processo de planejamento e programação das ações de EPS nos estados, foi elaborado um manual, intitulado 'Orientações para o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde no SUS', encaminhado a todas as SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para subsidiar a elaboração dos Planos de Educação Permanente.

Também foi organizada uma publicação específica intitulada 'Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?'²⁶ estruturada em quatro capítulos, e que aborda aspectos relevantes do atual movimento em torno da implementação da PNEPS, como integração ensino-serviço; Coapes; programa para fortalecimento da EPS; reconhecimento de experiências de EPS; incorporação de novas abordagens nos processos de EPS, como a educação interprofissional em saúde e incentivo ao planejamento ascendente, participativo e regionalizado das ações de EPS nos estados.

Finalmente, em novembro de 2018, foi realizada, em Brasília, a Oficina Nacional, reunindo cerca de 120 participantes, para validação do Relatório Final das Oficinas Regionais e apresentação da proposta preliminar relativa ao sistema de monitoramento e avaliação das ações de EPS, que será desenvolvido no próximo ano.

Considerações finais

A realização de um debate nacional sobre a PNEPS possibilitou traçar um panorama dos principais aspectos do processo de implementação dessa política nos estados e municípios do País. Nessa perspectiva, considerou-se necessário identificar as fragilidades enfrentadas em cada realidade concreta, de modo a avançar com a elaboração de proposições,

tanto em relação a aspectos gerais da Política e do papel a ser desempenhado por cada nível de governo quanto em relação à elaboração de proposições específicas que possam servir de referência para o aperfeiçoamento do processo de implementação em cada estado.

Desse modo, buscou-se resgatar o protagonismo de quem executa a Política de Educação Permanente, especialmente as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em um processo que contou com apoio institucional do MS para o desencadeamento de iniciativas que possibilitaram a retomada do planejamento ascendente, em um esforço coletivo para realização de ações articuladas entre os três entes da federação, valorização das experiências em curso no país, divulgadas por meio do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde, as quais evidenciam a potencialidade da PNEPS no que diz respeito à contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

Colaboradores

Gonçalves CB (0000-0002-7644-9440)* participou substancialmente da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, participou significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Pinto ICM (0000-0002-1636-2909)* participou substancialmente da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e participou significativamente na elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo. França T (0000-0002-8209-9811)* e Teixeira CF (0000-0002-8080-9146)* participaram substancialmente da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, participaram significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. WHO Health Work Force 2030: towards a global strategy on human resources for health world Health Organization; 2015.
- Relatório da 29 Conferencia Sanitaria Panamericana. 69 Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 set. 2017; Washington, (DC): Organização Pan-Americana de Saúde. (OMS/OPAS); 2017.
- Teixeira CFS, Souza LEP, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
- Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho C, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1751-1762.
- Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1971-1979.
- Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e des-caminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2015-2060.
- Brasil. Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 14 Fev 2004.
- Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União.* 20 Ago 2007.
- Brasil. Portaria de Consolidação nº 3 GM/MS de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 29 Set 2017.
- Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martines FJ, et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino serviço. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1683-1693.
- Ferraz L, Vendruscolo C, Marmett S. Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. *Baiana de Enferm.* 2014; 28(2):196-207.
- Nicoletto SCS, Bueno VLRC, Nunes EFPA, et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde Soc.* 2013; 22(4):1094-1105.
- Macedo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab. Educ. Saúde.* 2014; 12(2):379-401.
- França T, Pierantoni C, Belisário AS, et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Atas-Investig. Qualit. Saúde.* 2016; 2:66-75.
- Paim JS. Financiamento da Saúde: questão política para além do setor. *Credeb-Vida & Ética.* 2014; 5(18):17.
- Vieira FS. Nota Técnica. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Ipea: Brasília, DF; 2016.
- Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(4):663-666.
- Kingdon, J. *Agendas, alternatives and public choices.* Boston: Little Brow; 1994.
- Pinto ICM, Vieira-da-Silva LM, Baptista TVF. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

20. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
21. Brasil. Ministério da Saúde Relatório Consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação permanente em Saúde (PNEPS). SGTES/DEGES/Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2018.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Termo de referência para as Oficinas Regionais PNEPS. SGTES/DEGES/Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2017.
23. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, formação e controle social. *Physis*. 2014; 14(1):41-65.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União. 29 Nov 1990.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente. Ministério da Saúde/Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial Saúde no Brasil: Brasília, DF; 2018.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2018.

Recebido em 14/12/2018

Aprovado em 18/04/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões

PET-Health/GraduaSUS in the perspective of service and teaching actors: contributions, limits, and suggestions

Carinne Magnago¹, Tania França¹, Soraya Almeida Belisário^{1,2}, Maria Ruth dos Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S102

RESUMO Este manuscrito apresenta os resultados de um *survey* on-line conduzido com os coordenadores de projetos e de grupos da última edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS), que buscou identificar os resultados alcançados e apontar os limites e as contribuições dessa edição na produção de mudanças. O *survey* foi realizado em março e abril de 2018, com 445 coordenadores, cujos dados quantitativos foram tratados estatisticamente; e os qualitativos, por análise de conteúdo, dando origem a quatro categorias: As repercussões positivas do PET-Saúde/GraduaSUS; Os aspectos negativos do PET-Saúde/GraduaSUS; A coordenação dos projetos pelo serviço de saúde: ponto controverso; e Sugestões de mudanças. Constatou-se que o PET-Saúde/GraduaSUS contribuiu para o desenvolvimento profissional, ampliação e diversificação dos cenários de aprendizagem, fortalecimento da atenção primária e da educação interprofissional nos currículos e beneficiou a comunidade local. Os principais aspectos positivos da edição foram a coordenação de projeto pelo serviço de saúde e os relatos de experiências na Comunidade de Práticas; já a composição numérica e uniprofissional dos grupos foi apontada como aspecto negativo.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de integração docente-assistencial. Educação continuada. Educação superior. Políticas públicas de saúde. Desenvolvimento de pessoal.

ABSTRACT *This manuscript presents the results of an online survey conducted with the project and group coordinators of the last edition of the Education through Work for Health Program (PET-Health/GraduaSUS), which sought to identify the results achieved and to point out the limits and contributions of such edition for the production of changes. The survey was carried out in March and April 2018, with 445 coordinators, whose quantitative data were treated statistically; and qualitative data by content analysis, giving rise to four categories: The positive repercussions of PET-Health/GraduaSUS; The negative aspects of PET-Health/GraduaSUS; The coordination of the projects by the health service: controversial point; and Suggestions for changes. It was found that the PET-Health/GraduaSUS contributed to the professional development, expansion and diversification of the learning scenarios, strengthening primary care and interprofessional education in the curricula and benefited the local community. The main positive aspects of the edition*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil. carinne.mag@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva - Belo Horizonte (MG), Brasil.



were the coordination of the project by the health service and the reports of experiences in the Community of Practices; the numerical and uniprofessional composition of the groups, however, was pointed as a negative aspect.

KEYWORDS *Teaching care integration services. Education, continuing. Education, higher. Public health policy. Staff development.*

Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), constituído em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação, tem por principal objetivo induzir mudanças no processo de formação de profissionais de saúde, em alinhamento às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Nessa perspectiva, assume como fio condutor o desenvolvimento de atividades baseadas na integração ensino-serviço-comunidade e orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que estimulem a vivência de estudantes nos serviços de saúde por meio de grupos de aprendizado tutorial, conformados por tutores, preceptores e acadêmicos^{1,2}.

Inicialmente direcionado para a Estratégia Saúde da Família (ESF), o PET-Saúde foi posteriormente estendido, por meio de edições temáticas, para outras áreas consideradas prioritárias para o SUS: vigilância em saúde; saúde mental e Redes de Atenção à Saúde³. Em 2015, lançada a edição GraduaSUS, o programa assumiu como foco o currículo das graduações em saúde, a qualificação dos processos de integração e a formação de preceptores e docentes⁴. Ao longo desses dez anos de programa, foram publicados 8 editais e desenvolvidos quase 800 projetos em todas as regiões do País³.

A edição GraduaSUS, objeto de estudo deste manuscrito, foi configurada no sentido de aproximar o PET-Saúde com as demais políticas nacionais de educação na saúde em

vigência e de superar os desafios constatados em edições anteriores. Tendo isso em vista, a referida edição estabelece, entre outros pontos, que a coordenação dos projetos seja realizada pelas secretarias de saúde, função relegada às instituições de ensino nas edições anteriores; a obrigatoriedade de participação do curso de medicina; e a constituição dos grupos tutoriais por curso de graduação, em oposição à lógica multiprofissional prevista anteriormente. Em dois anos de vigência, envolveu 5.893 atores bolsistas e voluntários, entre estudantes, profissionais de saúde e docentes de 105 diferentes projetos construídos coletivamente^{3,4}.

Considerando a finalização da vigência da última edição e a escassez de pesquisas analíticas sobre o programa, este manuscrito apresenta os resultados de um *survey* conduzido com os coordenadores de projetos e de grupos do PET-Saúde/GraduaSUS. Desenvolvido com o intuito de atender ao item relativo ao monitoramento e avaliação dos projetos constante no edital que rege a edição⁴, o *survey* buscou identificar os resultados alcançados com o desenvolvimento das propostas e apontar os limites e as contribuições do PET-Saúde/GraduaSUS na produção de mudanças na formação em saúde e na qualificação dos serviços de saúde.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem mista, desenvolvido em março e abril de 2018, por meio de um *survey* on-line. Esse método de coleta de dados é

frequentemente utilizado em pesquisas de grande escala, visando obter as opiniões de um determinado público-alvo mediante um questionário, neste caso, autoaplicável e disponibilizado virtualmente.

A população do estudo foi composta por todos os coordenadores do PET-Saúde/GraduaSUS, sendo 105 coordenadores de projeto, os quais são obrigatoriamente vinculados aos serviços de saúde, e 394 coordenadores de grupos, função exercida por profissionais das Instituições de Ensino Superior (IES). O convite para participação na pesquisa foi realizado a todos, por meio de correio eletrônico contendo o *link* de acesso ao *survey* e o prazo final para o seu preenchimento.

Constituíram a amostra todos os 445 (89,1%) respondentes, dos quais 103 coordenadores de projeto (98,1%) e 388 coordenadores de grupo (88,1%), alcançando-se coberturas superiores a 80% em todas as regiões onde se localizam as secretarias de saúde e as IES que aderiram ao PET-Saúde/GraduaSUS.

Para a elaboração do *survey*, um instrumento utilizado anteriormente pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS (Deges/SGTES/MS) para o monitoramento do PET-Saúde foi adaptado ao contexto da edição GraduaSUS⁵, dando origem a um questionário estruturado com 34 questões agrupadas em quatro blocos, posteriormente configurado em formulário eletrônico no FormSUS. Além dessas questões, um campo de livre preenchimento foi deixado ao fim do instrumento para o registro voluntário dos respondentes quanto às suas impressões sobre a edição em análise.

As questões do bloco 1 buscaram identificar a escolarização, a formação e o tempo na instituição dos sujeitos pesquisados. O bloco 2 agrupou questões pertinentes à adequação da estrutura física dos serviços de saúde para o desenvolvimento das atividades do projeto, os tipos de atividades desenvolvidas e os mecanismos utilizados para a seleção dos participantes do PET-Saúde/GraduaSUS. O bloco 3 foi composto por questões que buscaram identificar os principais resultados alcançados pelos projetos

vis-à-vis os objetivos do programa previstos em edital. Por fim, o bloco 4 objetivou conhecer as opiniões dos coordenadores sobre a pertinência do formato da edição do PET-Saúde/GraduaSUS em relação às demais edições e oportunizar o registro de pontos positivos, negativos, sugestões de mudanças e dificuldades enfrentadas na condução do programa.

Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva via Microsoft Excel® e estão apresentados sob o formato de tabelas. Os dados qualitativos, derivados do campo livre, foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin⁶. Para tanto, os registros foram organizados, submetidos à leitura exaustiva e, posteriormente, codificados e categorizados por similaridade semântica, resultando em quatro categorias analíticas: As repercussões positivas do PET-Saúde/GraduaSUS; Os aspectos negativos do PET-Saúde/GraduaSUS; A coordenação dos projetos pelo serviço de saúde: ponto controverso; e Sugestões de mudanças.

Em atendimento às normas previstas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o Parecer 2.503.706.

Resultados e discussão

Destaca-se a alta preponderância de graduados em enfermagem na coordenação de projetos (n=40; 38,8%) e de grupos (n=88; 25,7%); e a baixa participação de médicos na coordenação dos grupos (n=43; 12,6%), não obstante à obrigatoriedade deste curso para aprovação dos projetos.

Ademais, verificou-se alta escolarização no conjunto dos respondentes (n=445), dos quais 83,4% possuem o mestrado ou doutorado como o maior nível de formação. Em se tratando do tempo de serviço, a maioria dos coordenadores de projeto (54,4%) e de curso (43,3%) está inserida há mais de dez anos, respectivamente, nas secretarias de saúde e nas IES participantes do PET-Saúde.

Verifica-se, na *tabela 1*, que a estrutura física dos serviços de saúde foi considerada adequada para o desenvolvimento das atividades do programa por 91,8% dos coordenadores de grupo e por mais de 55% dos coordenadores de projeto, sendo as atividades de ensino as mais desenvolvidas; e as de assistência, as menos desenvolvidas. Esses achados vão de encontro ao que sugere grande parte dos estudos que se debruçam sobre o tema ensino na saúde, os quais apontam que a infraestrutura inadequada dos cenários de prática é um dos principais fatores que limitam a condução de atividades de ensino-aprendizagem na realidade do SUS⁷⁻⁹.

A realização de atividades por demanda do serviço/comunidade, mesmo que não previstas inicialmente no projeto, foi apontada por mais de 90% dos coordenadores de projeto e de grupo; e mais de 80% deles afirmaram que as atividades foram realizadas conjuntamente pelas IES e serviços de saúde (*tabela 1*).

No que tange às modalidades de seleção

de participantes bolsistas do PET-Saúde/GraduaSUS, as opções mais frequentemente utilizadas, segundo o conjunto de respondentes, foram o processo seletivo mediado por edital para a escolha dos alunos; e o reconhecimento/experiência profissional para a seleção dos coordenadores de grupo e de tutores/preceptores. Para a maioria deles, os projetos também contaram com alunos e tutores/preceptores em caráter de voluntariado (*tabela 1*).

É interessante destacar que, nos dois anos de funcionamento da edição GraduaSUS, cerca de 1.700 estudantes participaram como voluntários do programa, ou seja, sua participação não esteve condicionada ou motivada apenas ao recebimento da bolsa oferecida. A magnitude dessa adesão demonstra a importância do programa na comunidade estudantil, assim como entre os profissionais e docentes da saúde, os quais também atuaram no programa como preceptores (n=307) e tutores voluntários (n=191)³.

Tabela 1. Aspectos relacionados com o desenvolvimento das atividades dos projetos e mecanismos de seleção dos participantes do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

| Variáveis analisadas | Coordenadores de projeto | | Coordenadores de grupo | |
|---|--------------------------|------|------------------------|------|
| | n=103 | % | n=342 | % |
| Adequação da estrutura física dos serviços de saúde para as atividades | | | | |
| Não | 6 | 5,8 | 2 | 0,6 |
| Parcialmente | 39 | 37,9 | 26 | 7,6 |
| Sim | 58 | 56,3 | 314 | 91,8 |
| Tipos de atividades desenvolvidas | | | | |
| Assistência | 70 | 68,0 | 209 | 61,1 |
| Ensino | 97 | 94,2 | 320 | 93,6 |
| Extensão | 88 | 85,4 | 305 | 89,2 |
| Pesquisa | 85 | 82,5 | 273 | 79,8 |
| Desenvolvimento de atividades não previstas no projeto, por necessidade dos serviços de saúde/comunidade | | | | |
| Não sei responder | 0 | 0,0 | 6 | 1,8 |
| Não, as atividades restringiram-se ao projeto original e ao previsto no currículo | 5 | 4,9 | 25 | 7,3 |
| Sim, de forma eventual | 38 | 36,9 | 144 | 42,1 |
| Sim, frequentemente | 60 | 58,3 | 167 | 48,8 |

Tabela 1. (cont.)

| Desenvolvimento conjunto das atividades pelos serviço de saúde e instituições de ensino | | | | |
|--|-----|------|-----|------|
| Sim | 88 | 85,4 | 280 | 81,9 |
| Parcialmente | 14 | 13,6 | 62 | 18,1 |
| Não | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Mecanismos utilizados para seleção de alunos bolsistas | | | | |
| Processo seletivo via Edital | 91 | 88,3 | 312 | 91,2 |
| Coeficiente de rendimento escolar | 10 | 9,7 | 64 | 18,7 |
| Por adesão | 7 | 6,8 | 33 | 9,6 |
| Indicação | 11 | 10,7 | 16 | 4,7 |
| Não sei responder | 5 | 4,9 | 0 | 0,0 |
| Mecanismos utilizados para seleção de tutores/preceptores | | | | |
| Indicação | 52 | 50,5 | 119 | 34,8 |
| Reconhecimento/experiência profissional | 61 | 59,2 | 227 | 66,4 |
| Processo seletivo via Edital | 32 | 31,1 | 97 | 28,4 |
| Por adesão | 26 | 25,2 | 111 | 32,5 |
| Nenhuma das alternativas anteriores | 1 | 1,0 | 3 | 0,9 |
| Não sei responder | 2 | 1,9 | 4 | 1,2 |
| Mecanismos utilizados para seleção de coordenadores de grupo | | | | |
| Indicação | 41 | 39,8 | 109 | 31,9 |
| Reconhecimento/experiência profissional | 70 | 68,0 | 252 | 73,7 |
| Por adesão | 27 | 26,2 | 100 | 29,2 |
| Processo seletivo via Edital | 6 | 5,8 | 13 | 3,8 |
| Nenhuma das alternativas anteriores | 2 | 1,9 | 6 | 1,8 |
| Não sei responder | 3 | 2,9 | 4 | 1,2 |
| Existência de voluntários | | | | |
| Aluno | 101 | 98,1 | 329 | 96,2 |
| Preceptor | 53 | 51,5 | 136 | 39,8 |
| Tutor | 53 | 51,5 | 136 | 39,8 |
| Não há voluntários | 2 | 1,9 | 7 | 2,0 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa, 2018.

Na *tabela 2*, verifica-se que, de acordo com a maior parte dos respondentes, os objetivos primários do PET-Saúde/GraduaSUS foram alcançados, especialmente o que indica ‘promover a qualificação da integração ensino-serviço-comunidade’, considerada pilar do

movimento de mudanças da formação dos profissionais de saúde no Brasil.

A integração ensino-serviço-comunidade é compreendida como um trabalho coletivo, que integra os diferentes atores do quadrilátero da formação em saúde¹⁰, na direção do

desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes à realidade local, que conduzam, ao mesmo tempo, à qualificação da assistência prestada ao usuário, à excelência da formação e à educação permanente dos trabalhadores da saúde. Configura-se, portanto, como alicerce da construção de novos modos de aprender, ensinar e fazer saúde, contribuindo para ampliação da capacidade crítica e reflexiva dos atores e melhoria da qualidade de vida da população^{11,12}.

Nessa perspectiva, com exceção de um, todos os respondentes afirmaram que a edição GraduaSUS contribuiu positivamente ou muito positivamente para o desenvolvimento profissional; e mais de 80% dos coordenadores de projeto e de grupo afirmaram que as atividades desenvolvidas no âmbito do PET-Saúde/GraduaSUS contribuíram para o desenvolvimento da educação interprofissional e práticas colaborativas, promoveram a ampliação e/ou diversificação dos cenários de aprendizagem

e beneficiaram a comunidade local (tabela 2).

Segundo os respondentes, também foram verificadas repercussões positivas nos serviços do SUS e nas unidades curriculares das instituições de ensino. Ademais, o envolvimento da comunidade no decorrer do projeto foi observado ou parcialmente observado, nesta ordem, por 81,6% e 74,9% dos coordenadores de projeto e de grupo (tabela 2).

Esses achados indicam que a edição do PET-Saúde em análise avançou no que tange às implicações nos serviços de saúde e na comunidade e robustecem a importância da parceria interinstitucional e da participação da população nos espaços de deliberação e de tomada de decisão que envolvem o SUS, nos moldes da gestão participativa¹³. Sugerem, ainda, que programas como o PET-Saúde são capazes de catalisar a inserção do debate e de atividades baseadas na educação interprofissional no SUS, subsidiando o rompimento do modelo hegemônico de formação em saúde¹⁴.

Tabela 2. Resultados alcançados pelos projetos do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS, segundo os coordenadores. Brasil, 2018

| Variáveis analisadas | Coordenadores de projeto | | Coordenadores de grupo | |
|---|--------------------------|------|------------------------|------|
| | n=103 | % | n=342 | % |
| Objetivos alcançados com o PET-Saúde/GraduaSUS | | | | |
| Favoreceu mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais | 79 | 76,7 | 266 | 77,8 |
| Promoveu a qualificação do processo de integração ensino-serviço-comunidade | 101 | 98,1 | 324 | 94,7 |
| Promoveu articulações com outros projetos de integração ensino-serviço-comunidade nos territórios | 95 | 92,2 | 298 | 87,1 |
| Contribui para o desenvolvimento e formação profissional | | | | |
| Muito positivamente | 78 | 75,7 | 271 | 79,2 |
| Positivamente | 24 | 23,3 | 71 | 20,8 |
| Não interfere | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| Prejudica | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Promoveu a ampliação/diversificação de cenários de ensino-aprendizagem | | | | |
| Sim | 88 | 85,4 | 298 | 87,1 |
| Parcialmente | 14 | 13,6 | 40 | 11,7 |
| Não | 1 | 1,0 | 4 | 1,2 |

Tabela 2. (cont.)

| Contribuiu para os serviços do Sistema Único de Saúde | | | | |
|--|----|------|-----|------|
| Sim | 82 | 79,6 | 279 | 81,6 |
| Parcialmente | 20 | 19,4 | 58 | 17,0 |
| Não | 0 | 0,0 | 4 | 1,2 |
| Não sei responder | 1 | 1,0 | 1 | 0,3 |
| Fortaleceu a atenção primária nas unidades curriculares das instituições de ensino | | | | |
| Sim | 69 | 67,0 | 247 | 72,2 |
| Parcialmente | 28 | 27,2 | 88 | 25,7 |
| Não | 1 | 1,0 | 3 | 0,9 |
| Não sei responder | 5 | 4,9 | 4 | 1,2 |
| Beneficiou a comunidade local | | | | |
| Sim | 92 | 89,3 | 307 | 89,8 |
| Parcialmente | 10 | 9,7 | 31 | 9,1 |
| Não | 1 | 1,0 | 2 | 0,6 |
| Não sei responder | 0 | 0,0 | 2 | 0,6 |
| Contribuiu para o processo de discussão ou de implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes) | | | | |
| Sim, estamos em processo de discussão | 62 | 60,2 | 173 | 50,6 |
| Sim, implantamos o Coapes | 15 | 14,6 | 50 | 14,6 |
| Não. Já utilizamos outro instrumento jurídico de contratação | 12 | 11,7 | 19 | 5,6 |
| Não. Adotamos apenas o termo de compromisso firmado para o desenvolvimento do PET-Saúde/GraduaSUS | 7 | 6,8 | 48 | 14,0 |
| Não sei responder | 7 | 6,8 | 52 | 15,2 |
| Contribuiu para o desenvolvimento da educação interprofissional e das práticas colaborativas | | | | |
| Sim | 83 | 80,6 | 282 | 82,5 |
| Parcialmente | 19 | 18,4 | 53 | 15,5 |
| Não | 1 | 1,0 | 3 | 0,9 |
| Não sei responder | 0 | 0,0 | 4 | 1,2 |
| Envolvimento do controle/participação social no desenvolvimento do projeto | | | | |
| Sim | 40 | 38,8 | 109 | 31,9 |
| Parcialmente | 44 | 42,7 | 147 | 43,0 |
| Não | 16 | 15,5 | 71 | 20,8 |
| Não sei responder | 3 | 2,9 | 15 | 4,4 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa, 2018.

Questionados especificamente se a edição GraduaSUS é inovadora ante as edições anteriores, 77,3% do conjunto de coordenadores respondeu positivamente. Verificou-se, ainda,

alto percentual dos que não souberam responder a esse questionamento, aludindo-se que tais respondentes podem não ter participado de edições anteriores (tabela 3).

Tabela 3. Percepção dos coordenadores sobre a inovação do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS em relação às edições anteriores, segundo os coordenadores. Brasil, 2018

| Avaliação | Coordenadores de projeto | | Coordenadores de grupo | |
|-------------------|--------------------------|------|------------------------|------|
| | n=103 | % | n=342 | % |
| Sim | 81 | 78,6 | 263 | 76,9 |
| Não | 2 | 1,9 | 20 | 5,8 |
| Não sei responder | 20 | 19,4 | 59 | 17,3 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa, 2018.

Na avaliação dos coordenadores, são dois os principais aspectos do PET-Saúde/GraduaSUS que impactaram positivamente na produção de mudanças no serviço e no ensino: a coordenação de projeto pelo serviço de saúde e os relatos de experiências na Comunidade de Práticas (CdP), dois grandes diferenciais dessa edição em relação às anteriores. O primeiro coloca o serviço de saúde como corresponsável pelo processo de mudanças operadas no campo da formação e como ator ativo na determinação e desenvolvimento das atividades operadas no âmbito do PET-Saúde³. O segundo aspecto se apresenta como uma oportunidade de compartilhamento de experiências e construção

coletiva de conhecimento sobre o SUS. Por se tratar de uma rede virtual, a CdP rompe as barreiras geográficas e as dificuldades de encontros entre os atores que operam o SUS nos diferentes territórios, propiciando dinamismo na aprendizagem colaborativa.

Em relação aos principais aspectos negativos, a composição numérica dos grupos foi a mais indicada pelos coordenadores de projeto (27,2%) e de grupo (24,3%). Chama atenção que, para a maioria dos respondentes, nenhuma das opções apresentadas no questionário provocou impacto negativo na produção de mudanças, como exibido na *tabela 4*.

Tabela 4. Aspectos do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS que impactaram na produção de mudanças no ensino e no serviço de saúde, segundo os coordenadores. Brasil, 2018

| Aspectos da edição do programa | Coordenadores de projeto | | Coordenadores de grupo | |
|---|--------------------------|------|------------------------|------|
| | n=103 | % | n=342 | % |
| Impactaram positivamente | | | | |
| Coordenação de projeto pelo serviço de saúde | 74 | 71,8 | 180 | 52,6 |
| Relatos de experiências na Comunidade de Práticas | 60 | 58,3 | 181 | 52,9 |
| Observância das diretrizes do Coapes | 46 | 44,7 | 148 | 43,3 |
| Exigência obrigatória do curso de medicina | 39 | 37,9 | 92 | 26,9 |
| Composição numérica dos grupos | 37 | 35,9 | 90 | 26,3 |
| Nenhuma das opções anteriores provocaram impacto | 3 | 2,9 | 24 | 7,0 |
| Não sei responder | 3 | 2,9 | 17 | 5,0 |
| Impactaram negativamente | | | | |
| Coordenação de projeto pelo serviço de saúde | 10 | 9,7 | 74 | 21,6 |
| Relatos de experiências na Comunidade de Práticas | 5 | 4,9 | 13 | 3,8 |

Tabela 4. (cont.)

| | | | | |
|--|----|------|-----|------|
| Observância das diretrizes do Coapes | 3 | 2,9 | 10 | 2,9 |
| Exigência obrigatória do curso de medicina | 15 | 14,6 | 53 | 15,5 |
| Composição numérica dos grupos | 28 | 27,2 | 83 | 24,3 |
| Nenhuma das opções anteriores provocaram impacto | 53 | 51,5 | 146 | 42,7 |
| Não sei responder | 8 | 7,8 | 30 | 8,8 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa, 2018.

Para os coordenadores, em geral, os principais fatores que dificultaram a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito do PET-Saúde/GraduaSUS foram a resistência dos profissionais dos serviços de saúde não participantes do programa e a comunicação. Parcela significativa dos coordenadores de grupo (33,3%) também indicou como aspecto dificultador a resistência dos gestores em liberar os profissionais para as atividades de ensino (preceptor) (tabela 5).

Sobre a resistência dos profissionais de saúde para o exercício da preceptor, estudos indicam que ela pode estar associada à incompatibilidade curricular com a lógica do serviço e à desvalorização desse papel por gestores, instituições de ensino e pelos próprios profissionais. Essa desvalorização perpassa pela ausência de regulamentação da função do preceptor, desconhecimento

sobre a preceptor e não bonificação pelas atividades de ensino desempenhadas¹⁵⁻¹⁷.

A preceptor no contexto do PET-Saúde pode ser compreendida como atividade pedagógica exercida por profissional de saúde, que incorpora o ofício de mediar o processo de aprendizagem do estudante em contato com o mundo do trabalho. Nesse entendimento, instiga a problematização da realidade, a reflexão crítica e a busca por soluções coletivas que enfrentem as situações cotidianas do ensino-serviço¹⁴. Pressupõe-se, portanto, que para o efetivo desempenho desse papel, fazem-se prementes processos de qualificação desses atores.

Pelo exposto, a edição GraduaSUS incluiu no seu rol de prerrogativas a exigência de os projetos contemplarem ações de desenvolvimento docente e preceptor, reafirmando que eles são indispensáveis para as mudanças que se pretende alcançar⁴.

Tabela 5. Fatores que dificultaram a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS, segundo os coordenadores. Brasil, 2018

| Dificuldades na integração ensino-serviço | Coordenadores de projeto | | Coordenadores de grupo | |
|--|--------------------------|------|------------------------|------|
| | n=103 | % | n=342 | % |
| Resistência dos profissionais dos serviços de saúde não participantes do PET-Saúde/GraduaSUS | 41 | 39,8 | 149 | 43,6 |
| Resistência dos gestores em liberar os profissionais para as atividades de ensino | 27 | 26,2 | 114 | 33,3 |
| Comunicação | 38 | 36,9 | 104 | 30,4 |
| Pouca capacitação pedagógica do(s) preceptor(es) para receber estudantes | 29 | 28,2 | 90 | 26,3 |
| Relacionamento interpessoal | 25 | 24,3 | 73 | 21,3 |
| Perfil inadequado do(s) estudante(s) | 7 | 6,8 | 9 | 2,6 |
| Perfil inadequado do(s) tutor(es) acadêmicos | 8 | 7,8 | 16 | 4,7 |

Tabela 5. (cont.)

| | | | | |
|------------------------------------|----|------|----|------|
| Resistência dos usuários | 1 | 1,0 | 10 | 2,9 |
| Rigidez nas propostas de trabalho | 4 | 3,9 | 17 | 5,0 |
| Nenhuma dificuldade foi encontrada | 19 | 18,4 | 76 | 22,2 |
| Não sei responder | 3 | 2,9 | 6 | 1,8 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa, 2018.

Quanto ao modelo de pagamento, os coordenadores foram unânimes em afirmar que o repasse direto de bolsas aos integrantes valoriza os sujeitos envolvidos no processo de integração ensino-serviço-comunidade; e, para a maioria (76,4%), essa forma de repasse viabiliza, agiliza e fortalece o financiamento de ações de educação na saúde de acordo com as necessidades do SUS.

Em se tratando do campo de livre registro, 257 (57,8%) coordenadores teceram comentários sobre a edição PET-Saúde/GraduaSUS, os quais foram agrupados nas quatro categorias apresentadas na sequência

As repercussões positivas do PET-Saúde/GraduaSUS

Os registros dos respondentes se referem sobremaneira às repercussões positivas do PET-Saúde/GraduaSUS, o qual foi considerado como um importante dispositivo de promoção da integração ensino-serviço-comunidade e de indução de mudanças curriculares alinhadas às DCN, em concordância com outros estudos sobre edições anteriores do programa¹⁸⁻²⁰.

Oportunizou aos cursos vinculados momentos de discussão sobre formação, uma ampliação da integração ensino-serviço-comunidade e a certeza na construção de uma formação mais articulada no e para o SUS.

Contribuição de forma significativa para efetivar as mudanças curriculares que já vinham sendo construídas e ensaiadas em versões anteriores.

A nossa universidade conseguiu implantar, em 2018, uma disciplina interprofissional para todos os cursos da área da saúde nos moldes do PET-Saúde.

Ainda nessa perspectiva, o programa se configurou, de maneira significativa, como estratégia de ampliação dos cenários de prática, em especial para os cursos ainda pouco inseridos na APS, pelo número reduzido de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e pouco reconhecimento da importância dessas profissões nesse nível de atenção³, como a fonoaudiologia, a biomedicina e a medicina veterinária, proporcionando, em alguns casos, o primeiro contato de alunos desses cursos com a ESF.

Extrema importância para o grupo de Medicina Veterinária, pois colocou o aluno em contato com uma área extremamente importante e ao mesmo tempo pouco valorizada dentro do curso.

Na fisioterapia, os acadêmicos não possuem esse contato direto com o SUS. E, com o PET-Saúde, foi perceptível a desenvoltura que os bolsistas adquiriram e o entendimento de como se trabalha na rede SUS.

Cumprido destacar, ainda, que o PET-Saúde/GraduaSUS foi pontuado como uma estratégia de mobilização da gestão universitária, culminando em alteração de normas internas e implementação de serviços de saúde vinculados às IES. Essas contribuições se alinham ao que apregoa a Resolução nº 569/2017, que ratifica a responsabilidade social das IES com o território no qual está inserido e sua comunidade e o

compromisso em apoiar o desenvolvimento de serviços e redes assistenciais e com a formação de profissionais de saúde, transformando a realidade local²¹.

O PET-Saúde/GraduaSUS transformou a realidade da nossa universidade e dentre os legados posso ressaltar: 1) Promoveu curso de capacitação para farmacêuticos do SUS; 2) Promoveu a criação de um serviço de farmácia clínica.

Mobilização da gestão universitária e a realização de mudanças das normas internas que fortaleceram a preceptoria e as ações multiprofissionais.

Os aspectos negativos do PET-Saúde/GraduaSUS

Os coordenadores também chamaram atenção para os aspectos negativos da edição GraduaSUS, entre os quais, o mais citado foi a regra de composição uniprofissional dos grupos que limitou a integração entre os diferentes cursos da saúde.

Retrocesso os alunos e preceptores serem do mesmo curso, já que a integração curricular é almejada. O modelo não colaborou para as mudanças a que se propôs.

A não obrigatoriedade de os grupos serem interprofissionais prejudicou muito a proposta de integração dos cursos.

Segundo o edital que rege a edição GraduaSUS, a opção por grupos conformados por atores de um mesmo curso se assenta na ideia de expandir a discussão interna sobre o currículo, induzindo, portanto, mudanças efetivas nas grades curriculares. Não obstante, o mesmo edital preceitua a obrigatoriedade de atividades interprofissionais nos cenários de prática do SUS^{3,4}.

A obrigatoriedade dos cursos de medicina também foi ponto considerado negativo, pois, segundo os respondentes, a categoria apresenta resistência quanto às mudanças curriculares

e à participação efetiva no desenvolvimento das atividades do projeto.

Entendo o objetivo que originou a obrigatoriedade da participação da medicina, no entanto, essa obrigatoriedade não garantiu a participação efetiva.

Muita resistência, principalmente do corpo docente [de medicina], tanto para reformar o currículo como para ampliar o cenário de prática.

Sobre isso, estudo realizado com escolas de medicina encontrou que a resistência dos docentes de medicina se configura como umas das principais dificuldades para implementação de mudanças curriculares²². Tal resistência pode estar relacionada com a crença dos docentes de que as mudanças, como a integração de disciplinas e a interprofissionalidade, poderiam aumentar sua carga de trabalho²³.

A premissa que o ensino médico é mais resistente às modificações do que outras áreas encontra sustentação na própria historicidade das profissões da saúde. A medicina é a instituidora da prática de saúde científica e moderna e dela derivam os demais campos do saber da saúde, conjuntura que faz emergir a hegemonia médica perante outros profissionais de saúde. O médico ainda se percebe superior, e as demais categorias lutam para serem socialmente reconhecidas²⁴⁻²⁶.

Tal contexto vai de encontro às premissas da educação interprofissional e práticas colaborativas, que primam pelo rompimento do tribalismo das profissões mediante encontros de aprendizagem de diferentes categorias profissionais, para que possam aprender com, a partir de e sobre as outras para melhorar a colaboração profissional²⁷.

A CdP, rede social colaborativa destinada aos atores do SUS, que foi adotada como plataforma de registro das experiências PET-Saúde/GraduaSUS em caráter obrigatório, foi alvo de críticas em razão da sua instabilidade e da sua interface pouco responsiva, embora tenha sido considerada instrumento positivo para o compartilhamento de saberes.

A Comunidade de Práticas: difícil de trabalhar, retorno demorado para a publicação.

A utilização da Plataforma Sabiá [sistema por meio do qual se acessa a Comunidade de Práticas] e da Comunidade de Práticas Muitos erros, muitos problemas. Inviabilidade na utilização, inclusive na busca por autores dos relatos.

Segundo os respondentes, outros aspectos relacionados com o PET-Saúde que limitaram as atividades e, por conseguinte, os resultados positivos dos projetos executados foram: o número reduzido de bolsas e o tempo de vigência da edição que foi considerado insuficiente para alcance das metas pactuadas.

Entre os fatores não diretamente associados ao formato da edição, citam-se: o despreparo e a rotatividade dos preceptores; as dificuldades de caráter logístico para encontros entre grupos de projetos interinstitucionais, conformados por meio de parceria entre IES de diferentes municípios; as dificuldades de cunho social, em especial, o aumento da violência das grandes metrópoles, que põem em risco à segurança de docentes e alunos; e os relacionados com a gestão municipal, conforme se evidencia nos trechos abaixo:

Mudança da gestão municipal, resultando em mudanças nas preceptorias dos grupos tutoriais que impactou, por consequência, na condução dos grupos.

Mudança de gestão, que dificultou a contratação de profissionais para a preceptorial, e a resistência do gestor em dar o atestado para autorização do pagamento de bolsas e em liberar os preceptores para as atividades do PET.

A coordenação dos projetos pelo serviço de saúde: ponto controverso

No âmbito do PET-Saúde/GraduaSUS, a função de coordenador de projeto deveria ser obrigatoriamente assumida por profissional

vinculado à secretaria de saúde, sendo responsável pela organização e distribuição das atividades gerais do projeto e pelo fomento à integração dos grupos e ao desenvolvimento das atividades propostas.

Por seu caráter inédito, esse aspecto foi considerado por alguns como elemento facilitador e, por outros, como limitador da condução dos projetos.

O PET-Saúde GraduaSUS foi uma edição que, pela primeira vez, contou com o protagonismo do serviço, possibilitando, de fato, os graduandos vivenciarem e responderem às necessidades reais existentes do serviço.

Transferir a coordenação do projeto para o gestor emperrou a execução do projeto, que deveria estar sob a coordenação de um gestor universitário.

Sugestões de mudanças

Entre os registros dos coordenadores, foram encontradas sugestões de mudanças de pontos específicos da edição GraduaSUS e outras que visam, sobretudo, a continuidade e o fortalecimento do PET-Saúde, como: instituir o PET-Saúde como política permanente; lançar mais edições do programa; estender o tempo de vigência das edições; ampliar o número de cursos envolvidos; ampliar o número de alunos por grupos; prever a coordenação de projeto compartilhada entre a gestão e a IES; e o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação *in loco*. Outras sugestões podem ser verificadas nos extratos abaixo:

O PET-Saúde enquanto política de integração ensino-serviço-comunidade deveria ter renovação automática, mediante critérios de avaliação, e recursos financeiros para apoiar a implementação das ações planejadas, a exemplo do Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação.

O edital poderia ser mais enxuto e focar em uma proposta de intervenção objetiva e específica,

centrada na Educação Interprofissional, e sem a exigência do curso de medicina, pois nem todas as instituições que possuem cursos de saúde têm o curso de medicina.

O PET-Saúde, que assume a integração ensino-serviço-comunidade como dispositivo estruturante para a formação em saúde, tem somado contribuições ao movimento de aproximação do ensino ao sistema de saúde e de modificação da formação em saúde²⁸.

Considerações finais

Este estudo procurou identificar os principais elementos de contribuição e de fragilidade do PET-Saúde/GraduaSUS, objetivando instrumentalizar o gestor de saúde federal e subsidiar sua tomada de decisão no que tange aos desdobramentos do programa. Para tanto, considerou a percepção e opinião dos coordenadores de projeto (serviço) e de grupos (instituições de ensino), possibilitando apreender informações estratégicas sobre a condução dos projetos.

Os resultados do *survey* demonstraram a positividade, a magnitude e a relevância do programa na formação profissional dos atores envolvidos, bem como no cumprimento de seus principais objetivos – qualificar a integração ensino-serviço e promover mudanças curriculares dos cursos de saúde.

Considerada inovadora diante das às edições anteriores, o PET-Saúde/GraduaSUS aproximou as instituições de ensino aos serviços de saúde, os quais foram alçados a protagonistas e atores ativos na construção e desenvolvimento dos projetos. Esse ponto, em específico, foi majoritariamente considerado como um aspecto positivo da edição, mas alguns respondentes o compreenderam como elemento limitador. Essa aparente contradição pode se dever ao ineditismo dessa proposta ainda não totalmente absorvida pelos atores envolvidos, dado que, nas edições anteriores, a coordenação do projeto foi responsabilidade assumida pelas instituições formadoras.

As contribuições e sugestões sobre o PET-Saúde/GraduaSUS sinalizam para a elaboração de futuros editais com investimento em ações de monitoramento e avaliação, retomada de composição dos grupos de natureza interprofissional, coordenação de projetos compartilhada entre atores do serviço e do ensino e de manutenção dos aspectos que norteiam as mudanças na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica do trabalho em saúde.

Objetivando instrumentalizar os tomadores de decisão e subsidiar sua tomada de decisão no que tange aos desdobramentos do programa, os achados deste estudo foram apresentados e discutidos com o gestor de saúde federal, subsidiando a elaboração da nova edição do programa: PET-Saúde/Interprofissionalidade.

As transformações esperadas, justamente por envolverem mudanças de paradigmas e novas formas de agir e pensar saúde, não se concretizam rapidamente. O PET-Saúde/GraduaSUS contribuiu enormemente para esse processo; e novos editais podem avançar na construção da integralidade da atenção, no fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional e colaborativo e, por conseguinte, na melhoria dos resultados de saúde.

Na perspectiva de continuidade e instituição do programa como política permanente, novos estudos de monitoramento e avaliação precisam ser desenvolvidos para que seus dados subsidiem o aperfeiçoamento e fortalecimento dessa iniciativa que, como os resultados apresentados aqui sugerem, configura-se como um instrumento potente de produção de mudanças.

Colaboradores

Magnago C (0000-0001-8799-3225)* participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, da elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. França T (0000-0002-8209-9811)* participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados;

da elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Belisário SA (0000-0002-2240-6146)* participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; da elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação

final do manuscrito. Santos MR (0000-0002-1669-206X)* participou da análise e interpretação dos dados; da elaboração do rascunho; da revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União. 27 Ago 2008.
2. Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 1]; 22(3):997-1004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.15822016>.
3. França T, Magnago C, Santos MR, et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. Saúde debate. 2018; 42(esp2):286-301.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde: PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União. 29 Set 2015.
5. Passarella MR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde da Família: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da integração ensino-serviço-comunidade. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 172 p.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, et al. Nurse training in health in different regions in Brazil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [internet]. 2017 [acesso em 18 jun. 2018]; 17(supl1):219-228. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700s100010>.
8. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. Saúde debate. 2018; 42(esp1):189-207.
9. Adler MS, Gallian DMC. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. Rev. Bras. Educ. Med [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 6]; 38(3):388-396. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000300014>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Ceccim RB, Feuerwerker LMC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
11. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, et al. Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 6]; 20(59):1015-1025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0768>.
12. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Teaching-service integration within the National Professional Health Education Reorientation Program. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 6]; 21(9):2949-2960. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>.
13. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 nov 6]; 21(supl1):71-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>.
14. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 6]; 19(supl1):709-720. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>.
15. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 2]; 19(supl1):779-791. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>.
16. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2012; 36(1)(supl 2):170-177.
17. Jesus JCM, Ribeiro MVB. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(2):153-161.
18. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, et al. Teaching-service-community integration in practice scenarios of interdisciplinary Health Education: an experience of the Work Education for Health Program (PET-Health) in Southern Bahia. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 6]; 22(67):1257-1266. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>.
19. Ferreira VS, Barreto RLM, Oliveira EK, et al. PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino-serviço-comunidade. *Rev Bras Educ Med* [internet] 2012 [acesso em 2018 nov 6]; 36(1)(supl2):147-51. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300021>.
20. Mira QLM, Barreto RMA, Vasconcelos MIO. Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. *Rev. Baiana Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 1]; 40(2):514-531. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a1682>.
21. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017. *Diário Oficial da União*. 26 Fev 2018.
22. Alves CRL, Belisário SA, Lemos JMC, et al. Mudanças curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED. *Rev. Bras. Educ. Med.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 6]; 37(2):157-166. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/02.pdf>.
23. Bowe CM, Lahey L, Kegan R, et al. Questioning the 'big assumptions'. Part II: recognizing organizational contradictions that impede institutional change. *Med. Educ.* 2003; 37(8):723-733.
24. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev. Bras. Educ. Med.* 2007; 31(1):21-30.
25. Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2001 [acesso em 2018 nov 6]; 35(1):103-109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.
26. Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As

relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico aren-
dtiano. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):539-550.

27. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; Switzerland: World Health Organization; 2010.
28. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, et al. Formação em

Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 6]; 19(supl1):743-752. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>.

Recebido em 06/11/2018

Aprovado em 02/02/2019

Conflito de interesses: não houve

Suporte financeiro: a pesquisa da qual derivou este manuscrito foi financiada via Carta Acordo SCON2017-00547, estabelecida entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesc)

Implantação da acreditação pedagógica de cursos *lato sensu* em Saúde Pública no Brasil: desafios e perspectivas

Implementation of pedagogical accreditation of lato sensu courses in Public Health in Brazil: challenges and perspectives

Catharina Matos¹, Isabela Cardoso de Matos Pinto¹, Tania Celeste de Matos Nunes²

DOI: 10.1590/0103-11042019S103

RESUMO O objetivo do artigo foi analisar a implantação da acreditação pedagógica no Brasil, no período de 2014 a 2018. Realizou-se análise documental para produção dos dados, a partir dos relatórios elaborados no período, buscando identificar os principais problemas referentes a essa implantação na dimensão da gestão mais ampla e quanto aos processos de acreditação. Os resultados apontaram problemas de várias ordens e efeitos positivos para o processo, para os atores institucionais e para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados mostram que há problemas de ordem gerencial, pedagógica e de infraestrutura, entretanto as creditações produziram efeitos positivos para as escolas, para os trabalhadores e para o SUS.

PALAVRAS-CHAVE Acreditação pedagógica. *Lato sensu*. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The purpose of the article was to analyze the implementation of Pedagogical Accreditation in Brazil, from 2014 to 2018. A documentary analysis was carried out to produce the data, based on the reports elaborated in the period, seeking to identify the main problems related to this implementation in both the broader management dimension, as well as regarding the accreditation processes. The results pointed to problems of several orders and positive effects for the process, for the institutional actors and for the Unified Health System (SUS). The results show that there are management, pedagogical and infrastructure problems. However, accreditation has produced positive effects for schools, for workers and for the SUS.*

KEYWORDS *Pedagogical accreditation. Lato sensu. Unified Health System.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. catharinamatos@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Coordenação de Educação da Vice-Presidência de Educação e Comunicação - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

A gestão do trabalho e da educação na saúde é um dos desafios enfrentados no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), demandando continuada reflexão sobre a articulação entre a reorganização das práticas de atenção à saúde e as mudanças e transformações necessárias nos processos de formação de pessoal.

Nesses 30 anos do SUS, várias iniciativas têm sido desenvolvidas em todo o País em torno do papel das instituições gestoras da saúde na formulação e implementação de políticas de formação de pessoal, constituição de redes descentralizadas de formação das equipes multiprofissionais e dos trabalhadores de saúde, conformação de espaços de integração ensino-serviço, reorientação dos processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde, implantação de novos cursos de graduação e de pós-graduação, reorientação dos currículos dos cursos existentes, e a incorporação de novas tecnologias no processo educacional, entre outras^{1,2}.

A expansão dos cursos de especialização na área da saúde no Brasil, na segunda metade do século XX, e a preocupação com a articulação entre conteúdos curriculares e as práticas de saúde desencadearam o debate sobre a qualidade dos processos formativos, incluindo a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Nesse sentido, a acreditação pedagógica consiste em uma estratégia que, entre outros objetivos, contribui para a avaliação das ações e práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS). Essa interpretação parte do princípio que as avaliações em EPS estimulam os atores envolvidos nos processos educativos, assim como as instituições ofertantes para seu autoconhecimento e o reconhecimento das suas potencialidades e fragilidades, ampliando o compromisso social da instituição com a qualidade da implementação das políticas públicas afetas por seu objeto³.

A revisão de literatura sobre o tema da

qualidade em processos educativos indica a expansão do movimento da acreditação pedagógica como estratégia de avaliação da qualidade, bem como evidencia que a sua incorporação tem influenciado a melhoria da qualidade nos serviços de saúde⁴⁻⁶.

Há evidências consistentes de que os programas de acreditação aprimoram o processo de atendimento prestado pelos serviços de saúde⁴⁻⁶. Tais evidências foram apontadas por Braithwaite e Greenfield⁶ em pesquisa realizada sobre acreditação em saúde, em que foram selecionados 66 artigos. Os autores concluíram que os programas de acreditação foram relacionados com melhor desempenho dos profissionais, uma vez que forneceram oportunidade de reflexão sobre suas práticas e sobre as mudanças organizacionais na implementação de programas contínuos de melhoria da qualidade, instigadas pela acreditação. A análise das informações dos sites de 22 agências afiliadas ao International Society for Quality in Health Care (ISQua) ainda corrobora essas evidências, cuja análise das informações atesta que os processos de acreditação promovem a mudança e o desenvolvimento profissional em escolas de ensino superior e serviços de saúde na Europa.

No Brasil, o processo de implantação da acreditação pedagógica dos cursos *lato sensu* em Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva foi iniciado na década de 1990 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz), mas foi interrompido por falta de condições objetivas para prosseguir em sua meta de institucionalização. Em 2009, esse tema voltou a ser debatido no âmbito do GT Trabalho e Educação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e no interior da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública (RedEscola), com a criação de um Grupo de Trabalho (GT) da Acreditação Pedagógica sob a coordenação da Secretaria Técnica e Executiva Rede de Brasileira de Escolas de Saúde Pública. Nesse período, foi retomada a parceria com a École de Hautes Etudes em

Santé Publique de Rennes na França, interrompida na década de 1990. O GT de Acreditação Pedagógica da Rede contou com a participação de um grupo de Escolas filiadas, sob a coordenação da Secretaria Técnica da Rede, e foi um mecanismo fundamental para a construção da viabilidade político-institucional da Agência de Acreditação Pedagógica no âmbito da Abrasco. Em 2016, limites jurídicos e administrativos da Abrasco para a constituição de uma Agência de Acreditação nos moldes internacionais resultaram na conformação de um Comitê de Acreditação vinculado ao GT de Trabalho e Educação da Abrasco.

Ao longo de quatro anos, foram acreditados cinco cursos de instituições formadoras que compõem a RedEscola, configurando um movimento de adesão à proposta e de incorporação dos princípios e valores que integram o processo acreditador, criando as condições para a criação de um Sistema Nacional de Acreditação (SNA), com vistas à melhoria da qualidade dos cursos e por consequência, dos serviços prestados à população no SUS.

Destarte, o presente artigo toma como referência a análise da experiência pela Abrasco, propondo-se a analisar a implantação da acreditação pedagógica no Brasil, no período de 2014 a 2018, apontando seus principais problemas. Ademais, buscou analisar os efeitos da acreditação pedagógica para as escolas, para os trabalhadores e para o SUS.

Metodologia

Analisou-se a implantação da acreditação pedagógica no Brasil, no período de 2014 a 2018. Para a produção das evidências, tomaram-se como referência os documentos produzidos pelas reuniões realizadas no âmbito da estrutura de governança do Comitê de Acreditação Pedagógica da Abrasco (CAP/Abrasco), notadamente o Conselho de Acreditação e o Comitê de Experts; bem como os relatórios anuais de atividades, os relatórios das oficinas de mobilização e os relatórios produzidos pelos

avaliadores externos, durante as visitas com vistas à acreditação.

Para a sistematização dos problemas, adotou-se o referencial de Carlus Matus⁶. Para esse autor, três conceitos são fundamentais: a) ator social, que são pessoas, grupamento humano ou instituição com capacidade de produzir fatos na situação; b) os problemas, como tudo aquilo que se encontra fora do padrão de normalidade pelo ator social; e c) situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. A seleção e a identificação de problemas sociais sob diferentes perspectivas favorecem a solução e o enfrentamento^{7,8}.

Na análise, os problemas foram processados em matriz de Excel[®] contendo uma dimensão geral da implantação, uma dimensão do processo de acreditação e uma outra, para análise dos efeitos produzidos pela avaliação para as escolas, para os trabalhadores e para o SUS.

Resultados e discussão

Implantação da acreditação pedagógica: da proposta de Agência de Acreditação a constituição do Comitê de Acreditação da Abrasco

Em 2014, foi iniciada a implantação da acreditação pedagógica, visando implantar uma Agência de Acreditação Pedagógica como resultado da articulação entre a RedEscola, a Abrasco e o Ministério da Saúde (MS), com o apoio técnico e científico da École de Hautes Études en Santé Publique de Rennes-França. Os cursos a serem acreditados eram integrantes de Escolas vinculados à RedEscola, a Abrasco foi escolhida como lócus onde seria abrigada a Agência e o MS participou com o apoio financeiro do projeto que resultou dessa articulação.

A decisão de abrigar a agência na Abrasco encontrou respaldo no argumento de isenção dessa entidade do ponto de vista ético-político

e pela legitimidade dessa entidade nas Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública no Brasil. Essa decisão permitiu proteger a nova Agência de conflitos de interesses, que não devem existir nos processos de avaliação.

A configuração inicial de uma 'Agência' nos moldes internacionais adotados inicialmente com forte influência das entidades congêneres europeias esbarrou em limites jurídicos e gerenciais, representados pelas exigências para a criação de uma entidade jurídica, inclusive nos aspectos relativos à sustentabilidade financeira. Nesse sentido, a Abrasco adotou o formato de uma 'incubadora do projeto', viabilizando a experiência da acreditação dos cursos. Em 2016, estabeleceu-se um Comitê de Acreditação Pedagógica articulado ao GT Trabalho e Educação da Abrasco, com funções de agência acreditadora.

Esse Comitê, permitiu a organização de uma estrutura de governança que envolveu três instâncias fundamentais: a) uma Coordenação Executiva, b) um Comitê de Experts para Acreditação e c) um Conselho de Acreditação. Cada instância foi desenhada com atribuições específicas: a coordenação executiva coordenou a implantação do processo; o Conselho da acreditação respondeu pela política mais geral, deliberando sobre os assuntos como plano de trabalho, estratégias de articulação, entre outros assuntos, sempre relativos às tomadas de decisões; e, por último, o Comitê de Experts que se responsabilizou por validar a acreditação, dando a chancela aos cursos em processo de acreditação, previamente analisados pelos avaliadores externos.

Implantação da acreditação pedagógica: problemas encontrados

A acreditação pedagógica se inicia com a adesão voluntária das escolas que constituem a RedEscola. O critério para o ingresso no SNA é a realização de um curso de especialização em caráter *perene*, pelo menos, três anos consecutivos. Essa medida se inspira no fato de os cursos de especialização na modalidade

lato sensu caracterizarem-se por ofertas irregulares, em áreas distintas e, muitas vezes, definidas por editais³. No caso da acreditação pedagógica, as disparidades regionais entre as escolas que compõem a rede são grandes e se refletem nas suas respectivas ofertas educativas. Nesse caso, um problema vivenciado estava relacionado com o fato de que poucas instituições apresentavam cursos em condições de elegibilidade, muito embora algumas delas tivessem intenção em compor o SNA.

Uma vez aceita a solicitação, inicia-se o processo de acreditação por meio da produção de um relatório de autoavaliação. Esse momento representa o encontro dos atores institucionais para discussão dos problemas que envolvem o curso colocado em processo de acreditação. Embora seja o curso a unidade sob acreditação, o movimento da autoavaliação que se realiza em torno da produção do relatório corresponde a uma análise crítica de toda a instituição que oferta o curso. Em geral, há o envolvimento de atores – de gestão mais ampla, coordenação e operacionalização – que ocupam diferentes posições no curso.

O relatório de autoavaliação é o documento base para toda a acreditação. Esse documento é enviado pela Escola à Secretaria Executiva do Comitê de Acreditação Pedagógica, que, na sequência, o encaminha a uma comissão de avaliação externa, previamente escolhida pela Secretaria Executiva do Comitê de Acreditação Pedagógica. Essa comissão é constituída por atores que passam por qualificação específica oferecida pela RedEscola em articulação com o Comitê de Acreditação, habilitando-se para o desenvolvimento dessa tarefa. Na produção desse relatório, o principal problema disse respeito ao seu tempo de produção, que, em alguns casos, chegou a durar seis meses. Como consequência, houve alongamento do tempo de acreditação compreendido entre o momento da adesão até a decisão por acreditação, emitido pelo Comitê de Experts. Esses resultados contrapõem-se ao modelo internacional que adota prazos e medidas punitivas definidas. Resultados de

avaliações realizadas por agências internacionais mostram que quando não há sanções, não há efeitos positivos para as instituições e para os processos educativos⁹.

O processo avança com a análise do relatório de autoavaliação e outros documentos enviados à comissão de avaliadores, previamente definida e designada pelo Comitê. Uma vez analisados os referidos documentos, ocorre a avaliação externa de modo presencial, em visita à instituição candidata, em geral por três dias. Essa equipe também emite relatório de avaliação externa, enviada ao Comitê de Experts, que chancela ou não o relatório produzido, e conclui pela acreditação ou não do curso em análise. Nesse aspecto, o principal problema foi o reduzido número de avaliadores externos, assim como a sua localização no âmbito das escolas que compõe a RedEscola, pois exigiram cuidados para não produzir conflitos de interesse.

Todo o processo foi ancorado em dois instrumentos básicos: o Referencial de Qualidade (RQ), contendo padrões de referência para a avaliação dos cursos *lato sensu* em Saúde Pública e/ou Coletiva; e o 'Manual da Acreditação Pedagógica', contendo as formas de verificação, instrumentos que foram produzidos pelo GT de Acreditação Pedagógica e referendados pelas instâncias coordenadoras desse processo. Sobre a utilização desses documentos, as evidências mostraram somente pontos positivos acerca deles. Entretanto, há menções à ausência de espaço público que assegure transparência ao processo de acreditação. A ausência de uma plataforma eletrônica foi mencionada como um fator limitante. Esses resultados são reiterados com os resultados de Tavares & Sin¹⁰, que evidenciam a transparência no processo de acreditação pedagógica em avaliação realizadas na Europa, pois, desde o momento de adesão, é possível para os atores o acompanhamento de todo o processo via plataforma eletrônica.

O processo é então concluído com a avaliação externa, após a análise dos relatórios de autoavaliação e dos documentos enviados pela

Escola, como forma de conferir a validade a ele. Os avaliadores externos produzem um relatório, contendo os resultados da visita, e fazem recomendações para subsidiar a análise do Comitê de Experts, no momento da decisão final.

Acreditação pedagógica: experiência do processo de acreditação e problemas encontrados

O processo de acreditação desenvolvido no âmbito do CAP/Abrasco envolveu cinco cursos na área da saúde coletiva, de distintas áreas de concentração, quais sejam: Vigilância em Saúde (Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-Ceará), Tecnologias de Saneamento e Promoção da saúde (Ensp-Rio), Saúde Pública propriamente dita e Gestão do SUS e suas equipes gestoras. Em todos os casos, o processo avaliativo foi norteado pelo RQ, consideradas as três dimensões de análise: pedagógica, infraestrutura e gerencial, que se desdobram em 55 sub-dimensões.

Dadas as diferenças entre as escolas e cursos envolvidos no processo de acreditação, essas instituições expressam, em diferentes proporções, os problemas relativos às três dimensões avaliadas, considerando o caminho da qualidade a ser trilhado. No que tange ao Projeto Político Pedagógico (PPP) das Escolas, alguns cursos avaliados apresentaram dissonância com as propostas institucionais mais gerais das Escolas sob acreditação, sendo esse problema recorrente entre os cursos avaliados. Além disso, o PPP representa um instrumento não conhecido por todos os envolvidos no curso.

A análise do material produzido pelos avaliadores externos revela que, na dimensão pedagógica, todos os cursos apresentam certos limites, mas também apresentam número expressivo de fortalezas que expressam inovações tecnológicas nos processos de ensino, por dentro dos cursos. Há destaques quanto às metodologias utilizadas, à estrutura dos cursos, à qualidade do corpo docente, entre outros pontos fortes.

Destaca-se, entre os problemas de ordem pedagógica, a falta de correlação da missão

institucional em relação ao PPP, assim como o seu desconhecimento pelas equipes envolvidas na organização dos cursos. No que concerne à missão institucional, o RQ é explícito, sendo esse elemento considerado crítico pelos documentos analisados. Muito embora os problemas tenham sido explicitados nesses dois pontos, a dimensão pedagógica aparece como um ponto forte em todos os relatórios analisados.

A adoção de mecanismos de avaliação aparece como um elemento deficiente em todas as dimensões avaliadas. Apresenta-se como uma lacuna, em todas os relatórios de avaliação externa, aparecendo como ausência de avaliação de desempenho institucional, de avaliação do curso em sua dimensão mais ampla, acompanhamento de egressos e ausência de instrumentos avaliativos básicos. A ausência de processos avaliativos aparece como uma lacuna importante em várias dimensões no SUS¹², bem como nos processos educativos¹³.

A dimensão gerencial tem como ponto mais crítico o desconhecimento da missão institucional pelos atores institucionais que desenvolvem o curso, indicando a necessidade de adotar estratégias integradoras entre os gestores dessas instituições e equipes docentes, estudantes e ex-alunos.

Na sequência, a análise de desempenho, ausente em quase todas as instituições que tiveram curso avaliado, aparece como problema recorrente. Ademais, a gestão do curso aparece como não participativa em várias das experiências analisadas, contrariando a tradição da área de formação em saúde pública no Brasil e os princípios do próprio SUS.

Na infraestrutura, os problemas relativos à sala de aula, estrutura dos banheiros, biblioteca e outros são diferentes entre si e se relacionam com a heterogeneidade das instituições avaliadas.

Quadro 1. Problemas relativos à acreditação pedagógica no Brasil

| Dimensão | Problemas encontrados |
|----------------|---|
| Pedagógica | Deficiência nos PPP de aportes teóricos da educação Deficiência dos instrumentos de avaliação no que tange à coordenação e à gestão do curso Pouca apropriação do corpo docente do projeto pedagógico do curso |
| Gerencial | Desconhecimento da missão institucional por atores do curso Incipiente desenvolvimento de mecanismos e instrumentos de avaliação Falta de regularidade nos processos de avaliação Avaliação focada no plano individual e não institucional Inexistência de avaliações voltadas para os egressos Falta de discentes nos espaços decisórios dos cursos Baixa capacidade de articulação interinstitucional |
| Infraestrutura | Espaço deficiente da biblioteca Espaço deficiente de convivência Incipiente sistema de avaliação acadêmico Deficiência das instalações prediais Número de trabalhadores efetivos insuficiente Número de docentes em processo de aposentadoria Tímida utilização de tecnologias digitais Incipiente desenvolvimento da área de Tecnologia da Informação (TI) |

Fonte: Elaboração própria baseada em relatórios de avaliação externa.

Efeitos da acreditação pedagógica no Brasil

Pode-se afirmar que a implantação da acreditação pedagógica, no período referido neste artigo, apresentou efeitos positivos para as instituições e para os atores envolvidos. Embora tenham sido identificados distintos problemas, o processo vivenciado foi capaz de mobilizar os atores a construir efeitos positivos para as escolas, para os trabalhadores e para o SUS.

Para as escolas que passaram pelo processo, a autoavaliação representa um momento estratégico de encontro dos atores institucionais; momento de autoconhecimento em que, por meio da produção do relatório de autoavaliação, identificam-se as fraquezas e as fortalezas contidas no curso, na equipe e na instituição. Para os atores institucionais, a autoavaliação representa a 'alma' da acreditação pedagógica.

Os resultados produzidos no que concerne à autoavaliação, por este trabalho, são reiterados pela pesquisa de Hortale, Obaddi & Ramos⁵. As autoras consideram que a Acreditação é um método de estímulo, avaliação e certificação da qualidade e caracteriza-se como um processo educacional que introduz nas instituições a cultura da qualidade.

Para as Escolas e Centros Formadores de Saúde Pública que constituem a RedEscola, as evidências apontam também que houve o envolvimento de todos os atores da instituição, enredados ou não com o curso no processo de avaliação, no momento da produção do relatório de autoavaliação. Esse momento representou um trabalho coletivo de negociação daqueles envolvidos com o curso, com a emergência de vários problemas do cotidiano e que encontraram nesse momento uma oportunidade de explicitação. A análise dos documentos revelou, ainda, que a produção do relatório de autoavaliação no processo de Acreditação define pontos estratégicos para elaboração de propostas que contribuirão para os avanços no caminho da qualidade. Segundo Mendes e cols.¹⁴, a autoavaliação corresponde a uma estratégia participativa e na qualidade

negociada como tendência das políticas de avaliação institucional. Representa também uma forma de resistência à avaliação ranqueadora, muito comum nos sistemas avaliativos.

No que tange ao arcabouço teórico e metodológico que embasa a acreditação pedagógica, esse processo é considerado apropriado para os distintos contextos e disparidades regionais existentes no Brasil. Como consequência, a acreditação pedagógica possibilita que cada escola, por meio dos seus cursos, após ser submetida à Acreditação, possa adotar diferentes estratégias para melhoria contínua da qualidade, a partir da realidade local, constituindo assim processos singulares. Trata-se, portanto, da incorporação da acreditação pedagógica como estratégia da melhoria contínua da qualidade, no âmbito dos cursos e das instituições avaliadas.

Mendes & cols.¹⁴ destacam que, em geral, as políticas avaliativas legitimam as avaliações centradas nos produtos, portando credibilidade aos testes padronizados, proliferando uma 'avaliocracia'. Apresentam, entretanto, uma possibilidade ao entender a avaliação como uma concepção de 'Qualidade Negociada' que, em conjunto com os diferentes atores da instituição, produz novas relações dentro e fora das escolas, reforçando a aprendizagem estratégica e a competência coletiva a favor da instituição.

Cabe considerar também que, nesse processo, houve ganhos relativos aos trabalhadores das escolas do SUS. Para eles, identificam-se as reflexões sobre os processos de trabalho, por meio do curso e do reconhecimento das fragilidades pessoais em relação ao processo institucional. Trata-se, então, de uma atividade de educação permanente, ao tomar o processo de trabalho como elemento de reflexão para a ação, nesse caso, seus resultados produzindo formulações de melhorias que propõem a organização de aspectos fundamentais à dinâmica dos cursos e, fundamentalmente, à vida das Escolas. Além disso, destaca-se o fenômeno da produção coletiva de consensos, que ocorre por meio dos procedimentos de avaliação para a acreditação.

A análise do material empírico revelou que há também efeitos positivos para o SUS.

Com relação ao modelo de atenção à saúde, a qualificação dos processos de trabalho e dos processos educativos incidem sobre as práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores no sistema de saúde. Há que se destacar nesse caso, também, a seleção de prioridades de avaliação, articulando as necessidades de formação e os cursos de especialização desenvolvidos, uma vez que a qualificação dos trabalhadores resulta em perfis mais adequados aos princípios e diretrizes do SUS. Aumentam, por sua vez, por meio da qualificação, a capacidade de governo dos trabalhadores do âmbito das escolas.

De modo geral, a reflexão e a implantação de estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos processos educativos e das instituições formadoras não universitárias resultam na melhoria do SUS. Em última análise, o estabelecimento de um processo avaliativo, não ranqueador como a acreditação pedagógica e de valorização dos diferentes contextos e situações locais, permite o fortalecimento das instituições e da RedEscola.

Para o GT Trabalho e Educação da Abrasco, a Acreditação foi priorizada como objeto de análise, propiciando a instituição de uma linha de atuação que está articulada à área de avaliação em educação do GT. Além disso, os debates construídos entre o GT e as políticas em curso na esfera do trabalho e da educação na saúde mostraram interfaces entre a acreditação pedagógica e a Política de Educação Permanente, operadas pelas instituições das secretarias estaduais e municipais de saúde, estabelecendo elos importantes entre instituições formadoras do SUS e associações atuantes na formulação das políticas de saúde no âmbito da sociedade civil, como a Abrasco.

Considerações finais

Embora sejam reconhecidos os entraves iniciais estabelecidos para a implantação da acreditação pedagógica no Brasil, com a acomodação das culturas institucionais dos atores envolvidos na governança e com as

necessidades que foram indicando os caminhos dos inúmeros ajustes efetuados, considera-se o processo exitoso.

No período de 2014 a 2018, após quatro anos de implantação, houve acreditação de cinco cursos das Escolas de Saúde Públicas do SUS; foram mobilizadas 14 escolas para a Acreditação; construiu-se um banco de avaliadores externos e criou-se um conjunto de instrumentos norteadores para a acreditação pedagógica, como o RQ e o 'Manual de Acreditação'.

Vale ressaltar ainda a organização de uma estrutura de governança composta por um Conselho de Acreditação, um Comitê de Experts e uma Coordenação Executiva, além de um grupo de avaliadores externos formados para a tarefa de avaliação externa; e outros formados e experientes ou com vivência na atividade são pontos positivos. Isso possibilitou a geração de um acúmulo técnico e científico nos sujeitos que desenvolvem a acreditação no Brasil.

Entre os desafios para os próximos anos, coloca-se como imperioso construir a sustentabilidade e independência financeira do processo e da Agência, tendo em vista o estabelecimento de um SNA, levando em consideração as suas bases teóricas e conceituais, notadamente a transparência, credibilidade, ética e confiabilidade pública. Para tanto, há que se avançar na inserção de novos objetos para acreditação, como graduações, escolas e residências, entre outros. Ademais, o estabelecimento de critérios de monitoramento e avaliação dos planos de melhoria da qualidade elaborados pelas instituições que passaram por acreditação pode ser uma estratégia de melhoria da qualidade no SUS, além da aproximação entre os processos de acreditação e a PNEPS.

Há ainda que se considerar a necessidade de informatizar o processo, para reduzir o longo tempo de acreditação. Desse modo, outro elemento a ser valorizado, nos próximos passos, é a constituição de uma plataforma eletrônica para acelerar e dar transparência aos processos de acreditação e um esforço no sentido de ampliar a formação de avaliadores.

No processo de implantação do SUS, nos últimos 30 anos, muitos investimentos foram feitos na organização de Escolas Estaduais e Municipais de Saúde Pública ou afins, no fortalecimento das estruturas universitárias e de ensino técnico que apoiam o sistema e na diversificação de programas de formação, consoantes com as políticas públicas delineadas nesse percurso. A consolidação dessas estruturas essenciais à vitalidade do SUS passa pela incorporação da cultura avaliativa como

fundamental; e o processo de acreditação pedagógica se apresenta como um exemplo virtuoso a ser explorado.

Colaboradores

Matos C (0000-0002-8131-4831)*, Pinto ICM (0000-0002-1636-2909)* e Nunes TCM (0000-0001-5631-5085)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1723-28.
2. Santos NR. SUS 30 anos. O início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1729-36.
3. Nunes TCM, Fagundes TLQ, Soares CL. Saúde Coletiva: A Abrasco em 35 anos de História. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p.151-67.
4. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic. Saúde, Educ.* 2005; 9(16):161-168.
5. Hortale VA, Obbadi M, Ramos CL. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(6):1789-1794.
6. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med.* 2011; 31(4):407-416.
7. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Qual Saf Health Care.* 2010; 9:14-21.
8. Matus C. Política, planejamento e governo. 2. ed. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.
9. Teixeira CF, organizadora. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências Salvador: EDUFBA; 2010.
10. Cardoso S, Rosa MJ. European Policy Implementations: challenges for higher education Quality Assurance. In: Sin C, Tavares O, Cardoso S, et al., editors. *European higher education and the internal market: tensions between European Policy and National Sovereignty. Switzerland; Springer Nature; 2018. p. 337-360.*
11. Tavares O, Sin C. The visible hand of the Market

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- in european higher education policies. In: Sin C, Tavares O, Cardoso S, et al., editors. European higher education and the internal market: tensions between European Policy and National Sovereignty. Switzerland; Springer Nature; 2018. p. 363-368.
12. Reis AT, Amaral MA, Oliveira PTR. IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
13. Cavaleiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. Caderno FNEPAS. 2011; 1:19-27.
14. Mendes GSCV, Caramelo J, Arelaro LRG, et al. Autoavaliação como estratégia de resistência à avaliação externa ranqueadora. Educação e Pesquisa. 2015; 41(spe);1283-1298.

Recebido em 19/12/2018
Aprovado em 18/04/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos

Interprofessional education and the formative actions of the axis of emergency provision of the More Doctors Program

José Rodrigues Freire Filho¹, Carinne Magnago², Marcelo Viana da Costa³, Aldaísa Cassanho Forster¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S104

RESUMO Este artigo objetivou identificar se as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos se apoiam em elementos teórico-metodológicos da educação interprofissional, na perspectiva dos participantes do programa. Trata-se de estudo exploratório, desenvolvido em 2016, em Minas Gerais. Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais (n=30) e nove grupos focais (n=52) com participantes do programa, e tratados por análise de conteúdo, que produziu três categorias: Os pressupostos da educação interprofissional enunciados nos ciclos formativos do Programa Mais Médicos; As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da educação interprofissional, desencadeadas pelos ciclos formativos; e Dificuldades para a abordagem da educação interprofissional nos ciclos formativos. Entre os elementos enunciados nos processos formativos, estão o aprendizado sobre o papel de cada profissão, o compartilhamento de experiências e a centralidade do cuidado no paciente. Por outra via, o preceito fundamental da educação interprofissional de aprendizado entre duas ou mais profissões não é aplicado sistematicamente. O Mais Médicos se constitui política propícia para o fortalecimento da interprofissionalidade, especialmente porque sua proposta se assenta na lógica da educação permanente, que demanda o estabelecimento de uma relação de mútua influência entre a educação e o trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Consórcios de saúde. Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente. Estratégia Saúde da Família. Educação médica.

ABSTRACT *This article aimed to identify if the formative actions of the axis the emergency provision of the More Doctors Program are based on theoretical and methodological elements of interprofessional education from the perspective of the participants of the program. It is an exploratory study, developed in 2016, in Brazil. Data were collected through individual interviews (n=30) and nine focus groups (n=52), and treated by content analysis, which produced three categories: Assumptions of interprofessional education set forth in the formative cycles of the More Doctors; Changes in the process of teamwork, from the perspective of the elements of interprofessional education, triggered by the formative cycles; Difficulties for the approach of interprofessional education in the formative cycles. Among the elements enunciated*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
joserodrigues.saude@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola Multicampi de Ciências Médicas - Caicó (RN), Brasil.



in the formative processes are the learning about the role of each profession, the sharing of experiences, and the centrality of care in the patient. However, the fundamental precept of interprofessional education of learning between two or more professions is not applied. The More Doctors constitutes a propitious policy for the strengthening of interprofessionality, because its proposal is based on the logic of permanent education, which demands the establishment of a relationship of mutual influence between education and work in health.

KEYWORDS *Health consortia. Interprofessional relations. Patient care team. Family Health Strategy. Education, medical.*

Introdução

O processo de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos princípios de universalidade e integralidade, tem encontrado importantes referenciais que sustentam a necessidade de reformas na produção dos serviços de saúde baseadas no trabalho colaborativo em equipe, com vistas a garantir a centralidade do usuário no processo do cuidado em saúde.

Na mesma direção, recomendações mundiais apontam a necessidade de maiores esforços no sentido de fortalecer a colaboração profissional, tendo como referencial a abordagem da Educação Interprofissional em Saúde (EIP)^{1,2}.

No Brasil, no entanto, ainda são escassos os estudos que versam sobre esse tema, que ganhou notoriedade a partir de 2010 após duas publicações apontarem a EIP como elemento promotor de uma necessária reforma no modelo de formação profissional em saúde^{1,3}.

A literatura traz importantes contribuições no sentido de definir a EIP, marcando a sua intencionalidade de melhorar a capacidade de colaboração e, conseqüentemente, os resultados da atenção à saúde. O Centro para o Avanço da Educação Interprofissional, Centre for the Advancement of Interprofessional Education (Caibe), no Reino Unido, apresenta a definição mais amplamente socializada na literatura internacional, também compartilhada pela

Organização Mundial da Saúde, que defende a EIP como a ocasião em que duas ou mais profissões da área da saúde aprendem com, a partir de e sobre as outras para melhorar a colaboração profissional e a qualidade do cuidado^{1,4}.

No cenário brasileiro, ao discutir a abordagem da EIP e possibilidades de sua incorporação na formação em saúde, merece destaque a instituição do Programa Mais Médicos (PMM), sendo uma das mais importantes estratégias de redução das desigualdades de oferta e distribuição de cursos de graduação de medicina e de profissionais médicos no território brasileiro. Ao incluir, em sua proposta, a reestruturação da formação médica do País, o PMM constitui-se como campo propício para adoção de iniciativas indutoras da EIP e prática colaborativa.

Nessa linha, o eixo do programa relacionado com a formação médica apresenta como um de seus resultados a publicação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, instituídas em 2014⁵, as quais apontam que o graduando em medicina deverá aprender interprofissionalmente, a partir da troca de saberes com profissionais da saúde, estimulando o aprimoramento da colaboração. Ademais, estimula a aprendizagem compartilhada, a comunicação interprofissional e as iniciativas que valorizem os usuários como sujeito central da produção dos serviços de saúde⁶.

O eixo do provimento emergencial de médicos para atuação em locais de maior necessidade e vulnerabilidade, por sua vez, dispõe que os médicos do PMM sejam submetidos a processos formativos, com a finalidade de aprimorar a prática da medicina de família e comunidade consoante ao modelo de atenção à saúde do Brasil.

O escopo das atividades pedagógicas previstas estrutura-se em dois ciclos formativos. O primeiro contempla um Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado por uma instituição de ensino superior integrante do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); enquanto o segundo prevê um conjunto de atividades educacionais no nível de aperfeiçoamento e extensão, que objetivam aprofundar o conhecimento em temas relevantes para atuação na atenção básica. No âmbito desses dois ciclos, há a figura do tutor, responsável pela coordenação e indicação das atividades a serem executadas pelos médicos e supervisores; e há o supervisor acadêmico, que acompanha as atividades dos médicos *in loco*.

Sobre o segundo eixo do PMM, uma investigação dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização ofertados no primeiro ciclo de formação apontou que, embora nenhum dos PPP explicita a interprofissionalidade como base pedagógica, eles apresentam algum grau de correspondência com os elementos da EIP. Ademais, convoca a realização de novos estudos que, entre outros recursos, dê voz aos diferentes atores imbricados nos processos formativos do PMM, dado que o previsto documentalmente não necessariamente é de fato operacionalizado⁷.

Com base no contexto apresentado e no entendimento de que, além da especialização, os processos de aperfeiçoamento, que utilizam a realidade do serviço como recurso pedagógico, representam importante oportunidade para o desenvolvimento de competências interprofissionais, questiona-se: o conjunto de ações formativas previstas no eixo do provimento emergencial do PMM se alinha aos marcos teóricos e metodológicos da EIP para promoção

de mudanças nas práticas profissionais em direção ao desenvolvimento da colaboração interprofissional em saúde? Para responder a esta questão, este estudo tem como objetivo identificar se as ações formativas do eixo do provimento emergencial do PMM se apoiam em elementos teóricos e metodológicos da EIP, na perspectiva dos participantes do programa.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, desenvolvido em novembro e dezembro de 2016.

O cenário de pesquisa foi o território sob atuação de quatro das cinco instituições supervisoras do provimento emergencial do PMM no estado de Minas Gerais: Região Central – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH); Norte – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); Vale do Jequitinhonha – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); e Triângulo Mineiro – Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Essas instituições são responsáveis pela supervisão de 52% (n=448) do total de médicos alocados via PMM no estado.

Considerando o tamanho do território, optou-se por selecionar um conjunto de municípios para o desenvolvimento deste estudo: Belo Horizonte, Montes Claros e Uberlândia, sob supervisão da SMSA-BH, Unimontes e UFU, respectivamente; e Diamantina e Couto Magalhães, sob supervisão da UFVJM. A escolha desses municípios se deu em razão de eles fazerem parte do território de atuação do autor principal, no período em que os dados foram coletados.

A população da pesquisa foi constituída pelos médicos, tutores, supervisores e profissionais das equipes de atenção básica, às quais os médicos participantes do projeto estão vinculados.

Para determinação da amostra representativa do território, buscou-se incluir três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) por instituição supervisora: uma equipe com

médicos de perfil brasileiro, isto é, médicos de nacionalidade e formação brasileiras; uma equipe com médicos de perfil intercambista; e uma equipe com médicos advindos da cooperação estabelecida entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Cuba.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, em obediência às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo e aprovado sob o Parecer nº 1.264.019.

Para a seleção dos envolvidos na pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) para os médicos: ser vinculado ao PMM pelo eixo do provimento emergencial e ter realizado minimamente o 1º ciclo formativo do projeto (Curso de Especialização em Saúde da Família); (2) para os profissionais: ser profissional da saúde que atua diretamente com o médico do PMM, preferencialmente, mas não exclusivamente, componente da equipe mínima de ESF (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde – ACS), com tempo mínimo de atuação na ESF de um ano; (3) para os tutores e supervisores: estar vinculado a uma das instituições supervisoras escolhidas por este estudo há, no mínimo, um ano.

O tempo mínimo de um ano para a atuação dos profissionais, tutores e supervisores foi determinado por acreditar que ele seja suficiente para conhecer e se apropriar do cotidiano do trabalho em equipe na ESF.

Os critérios de exclusão delimitados foram: não participação da discussão durante os grupos focais ou solicitação para se retirar da pesquisa após a coleta dos dados. Nenhum desses critérios precisou ser aplicado.

A amostra final totalizou 82 sujeitos, sendo 52 profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde da família, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, ACS e assistente social, 12 supervisores, 11 médicos e 7 tutores.

Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade, aplicada aos médicos,

tutores e supervisores, e grupo focal, realizado com os demais integrantes das equipes de saúde da família. Cumpre esclarecer que foi necessária apenas uma participação de cada voluntário nos momentos de coleta de dados.

As entrevistas foram operacionalizadas com auxílio de roteiro não estruturado, composto por sete questões relacionadas com os ciclos formativos do eixo do provimento emergencial do PMM e processo de trabalho na ESF com foco na abordagem da EIP. Os grupos focais, por sua vez, foram conduzidos por roteiro com quatro questões disparadoras pertinentes aos processos de trabalho das equipes.

Foram realizadas 30 entrevistas e 9 grupos focais com tempos médios de duração de 58 e 93 minutos respectivamente. Todos os depoimentos foram registrados em equipamento de áudio digital. Os dados foram tratados com base na proposta de análise de conteúdo, que pressupõe três fases: pré-análise; exploração; e análise e inferência⁸.

Na pré-análise, realizou-se a transcrição integral das entrevistas e grupos focais, dando origem ao *corpus* analítico, seguida da leitura flutuante do material. A etapa de exploração do material teve por objetivo destacar os recortes de ordem semântica do *corpus*, que expressassem elementos da EIP previstos nas diretrizes propostas por Barr⁹ para construção e avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP.

Dessa forma, o *corpus* analítico foi composto pelos seguintes recortes: aprendizado conjunto entre duas ou mais profissões; desenvolvimento de competências para a prática colaborativa; aprendizado sobre o papel de cada profissão; a colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção; aprendizagem interprofissional como estratégia pedagógica de integração curricular; utilização de recursos pedagógicos que promovam o compartilhamento entre diferentes profissões e que usem o contexto do trabalho como disparador da aprendizagem; aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do

serviço nas práticas educativas. Esses recortes foram agrupados por similaridade em três categorias e suas respectivas subcategorias.

Outrossim, na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica do material. Em seguida, para garantia do anonimato dos participantes do grupo, as falas sistematizadas foram identificadas apenas pela inserção do participante no PMM: médico, tutor, preceptor ou equipe de ESF a que pertence o sujeito da pesquisa.

Resultados

A análise dos depoimentos evidenciou três categorias temáticas: Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM; As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos; e Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos. Elas são elencadas, com suas respectivas subcategorias, no *quadro 1*.

Quadro 1. Categorias e subcategorias elaboradas a partir do corpus da pesquisa. Minas Gerais, 2016

| Categorias | Subcategorias |
|---|---|
| Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM | Aprendizado sobre o papel de cada profissão |
| | A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção |
| | O estímulo às práticas profissionais colaborativas |
| As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos | A aprendizagem compartilhada baseada nas necessidades de saúde da população |
| | Para os médicos: mudança de postura em prol do melhor funcionamento da equipe |
| | Para os formadores: redução de conflitos e potencialização dos processos de comunicação |
| Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos | Para os profissionais de saúde: trabalho em equipe mais integrado |
| | Formação uniprofissional |
| | Teoria versus prática |
| | Apoio aos formadores |

Fonte: Elaboração própria.

Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM

Os resultados desta categoria evidenciaram que alguns elementos teórico-metodológicos da EIP se enunciam nos processos pedagógicos desenvolvidos no âmbito do eixo do provimento emergencial do PMM, entre eles o aprendizado sobre o papel de cada profissão, considerado com um dos pressupostos centrais para a superação da hierarquia profissional e da atenção centrada no médico:

Ajudou muito para definir as funções de cada profissional, dos agentes comunitários, do enfermeiro e qual é nossa ligação com eles. (Médico intercambista).

Facilitou bastante porque eu consegui ver a função de cada profissional no meu âmbito de trabalho, para a gente conseguir facilitar, para que o trabalho evoluísse. (Médico brasileiro).

A modificação das práticas de cuidado a partir da colaboração profissional foi

identificada como imprescindível para a melhoria dos resultados de saúde, tal como enuncia o objetivo central da EIP. Há o reconhecimento da relevância do trabalho em equipe para o enfrentamento adequado das necessidades e problemas de saúde dos usuários, família e comunidade:

Uma das preocupações é ensinar aos profissionais de saúde que o trabalho em equipe é de grande importância para melhorar a saúde da população. As pessoas que trabalham em equipe têm maior resolutividade das questões que tem atendido diariamente. (Médico cubano).

Deixa o serviço mais eficiente, melhora a satisfação do usuário. [...] Nem todo o profissional sai com essa visão da importância da multidisciplinaridade, interação entre os profissionais. (Médico brasileiro).

As práticas profissionais colaborativas estimuladas no âmbito dos ciclos formativos incluem as reuniões em equipe, o compartilhamento de experiências e a construção de planos de cuidados conjuntos: “Nos nossos encontros locais regionais a gente tenta trabalhar essa questão de troca de experiências, de ensinar e aprender” (Tutor).

É bastante incentivada a formação de grupos educativos, nos quais eles devem não apenas trabalhar a educação em saúde, mas também ajudar na formação e capacitação de ACS. [...] E eu vi que alguns médicos, especialmente os cubanos, tentam incorporar essa sistemática, em que eles conversam e capacitam enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. (Supervisor).

No curso tinha módulos que estimulavam no sentido de dar algumas ideias do que a gente poderia fazer na prática, construção de conhecimento, grupos operativos, dar ‘feedback’ para equipe do que estava sendo aprendido. (Médico brasileiro).

Meu supervisor também estimula a apresentar casos e a importância do trabalho em equipe,

como é que funciona quando todos têm um comum acordo. (Médico intercambista).

Em toda supervisão eu pergunto como está a prática, se estão fazendo grupos com outros profissionais, se estão fazendo visita domiciliar junto com a enfermagem. [...] e é aí que a gente consegue identificar as falhas, e tenta estimular, incentivar para ver se surte algum efeito. [...] Muitas vezes a gente chama a enfermeira para conversar, para ver se a gente consegue estruturar de forma mais adequada a atenção primária em cada lugar, mas é um grande desafio. (Supervisor).

Os profissionais compreendem as necessidades das pessoas, famílias e comunidade como elemento ordenador do nível de interação entre os profissionais e da própria dinâmica do trabalho em saúde. Essa percepção se aproxima do pressuposto de aprendizagem compartilhada baseada nas necessidades de saúde da população, elemento da EIP que ratifica o paciente como sujeito central, e não como objeto do cuidado de saúde:

Fomos estimulados a conhecer a cidade e o município em que estávamos inseridos, a realidade, a sair para a rua e ver os problemas, falar com as referências do bairro. (Médico intercambista).

Para finalizar o curso de especialização a gente apresentou um TCC [trabalho de conclusão de curso]. E ele dependia do trabalho em equipe, identificação dos problemas... não foi eu que defini qual o problema a discutir e trabalhar na comunidade. Foi identificado pela comunidade e pelos integrantes da equipe. (Médico cubano).

Quando nós começamos a desenvolver diagnóstico de saúde da área de abrangência, tivemos que trabalhar com os agentes de saúde, com enfermeiro, estudantes de enfermagem, que nos ajudaram muito. Isso nos estimulou a fazer um trabalho em equipe, muitas opiniões, chuvas de ideias e que ao final foi o que nos ajudou a saber os principais problemas de saúde da população. (Médico cubano).

As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos

Esta categoria apresenta as apreensões de mudanças, enunciadas pelos atores do PMM, que se relacionam com os pressupostos da EIP. Verifica-se que, nas falas dos diferentes atores – médicos, formadores e profissionais da ESF –, sobressaiu uma perspectiva distinta, mas que, confluídas, conduzem a um mesmo desfecho: maior colaboração profissional no cotidiano do trabalho em saúde.

Na perspectiva de alguns médicos, os conhecimentos adquiridos por meio dos ciclos formativos desencadearam certa mudança de postura, por parte deles, ante os demais profissionais da equipe:

Começamos a fazer reuniões regulares com a equipe. (Médico brasileiro).

Mudou a gestão do trabalho. Facilitou bastante porque eu consegui ver a função de cada profissional no meu âmbito de trabalho, como cada um atua para que o trabalho evolua. (Médico brasileiro).

Do ponto de vista dos tutores e supervisores, o maior impacto se relaciona com a resolução de conflitos entre os profissionais integrantes das equipes:

Contribuiu para reforçar o trabalho em si, a importância de cada profissional para o trabalho em equipe. (Supervisor).

A gente conseguiu desenvolver melhor a questão do trabalho em equipe, mostrando perspectivas diferentes, modalidades de trabalho em equipe diferentes, saber entender o outro dentro das suas dificuldades, que é um dos grandes problemas do trabalho em equipe. Eu acho que isso melhorou bastante. (Tutor).

Na perspectiva dos profissionais de saúde

que atuam com os médicos do PMM, as mudanças percebidas estão associadas ao perfil profissional do médico, e não ao programa especificamente. Nesse sentido, eles consideram que os médicos estrangeiros, em especial, os cubanos, são mais sensíveis ao trabalho colaborativo:

No meu entendimento, a gente aprendeu muita coisa com ele e ele aprendeu muita coisa com a gente. (Equipe de ESF – perfil cubano).

Você tem a possibilidade de trocar mais com o médico, de trabalhar mais junto... ele não chega só para atender e ir embora. Ele troca experiência, escuta seu ponto de vista e discute alguns casos. (Equipe de ESF – perfil cubano).

Eu acho que tem uma diferença muito grande no relacionamento. Eles [cubanos] são mais abertos, mais acessíveis. Não tem tanto aquele negócio 'eu sou médico, por favor, não fale comigo'. É mais fácil de chegar, não temos receio de perguntar e discutir casos. (Equipe de ESF – perfil cubano).

Tem a tutora que comparece e sempre procura informações com os outros profissionais sobre o trabalho do médico, fazendo a gente se envolver em trabalhos de equipe, juntar as experiências do enfermeiro com o médico para tentar trazer resoluções para os pacientes. (Equipe de ESF – perfil brasileiro).

Na fala dos profissionais, também se enuncia que a ausência do médico limita o trabalho da ESF; e, nesse sentido, o PMM torna-se oportuno por assegurar a completude das equipes de atenção básica.

O ponto forte é o atendimento integral. O agente comunitário fala do diagnóstico, fala do ambiente, das vulnerabilidades sociais. Eu com a minha percepção, a auxiliar com a dela, o médico com a dele. A gente consegue. [...] Quando a gente une a equipe toda, cada um dando uma opinião, a gente consegue fazer alguma coisa, pelo menos

momentaneamente para tentar sanar a necessidade ou a fragilidade naquele momento. (Equipe de ESF – perfil intercambista).

Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos

Esta categoria compreende os pontos de fragilidade dos ciclos formativos que atuam como intervenientes para a adoção de ações pedagógicas alicerçadas na EIP. Entre eles – e, talvez, o mais importante –, está o fato de os ciclos formativos do PMM incluírem, formalmente, apenas os médicos nos processos de formação. Essa opção vai de encontro ao preceito fundamental da EIP de aprendizado entre duas ou mais profissões, e reforça a lógica de formação uniprofissional e de verticalidade hierárquica das relações profissionais:

Eu acho que o curso de especialização deveria ser interdisciplinar, seria mais rico o ambiente de discussão, porque cada um poderia trazer a experiência da própria área. (Médico brasileiro).

Eu não me lembro de termos feito, nesses três anos de programa, nenhum processo de formação que envolvesse formalmente outros profissionais da equipe. (Supervisor).

O coordenador [da equipe] tem que ser o médico, porque a gente fica chateado... uma pessoa chega e fala que não é assim e tem que mudar, uma pessoa que está num nível... não é desfazendo, mas como uma enfermeira vai questionar o meu trabalho? Isso é uma coisa absurda. (Médico cubano).

Ficou evidenciado que os elementos da EIP, que se enunciam sobremaneira a partir dos processos teóricos de formação, são pouco aplicados e discutidos no contexto prático. Essa frágil integração entre teoria e prática dificulta o desenvolvimento de competências colaborativas.

Poderia ser um pouco mais prático, porque a gente não abordou tanto as funções de cada um ou o trabalho em equipe nas avaliações com o supervisor; se poderia mostrar alguma dinâmica, algo que mostre para a gente como funciona na prática. (Médico intercambista).

A formação em saúde, especialmente em se tratando dos processos de educação permanente, por sua complexidade, exige a adoção de referenciais e métodos pedagógicos dinâmicos e alicerçados na aprendizagem significativa e na realidade dos serviços. Por outra via, a exigência do uso de tais métodos pelos formadores implica capacitá-los para tal e garantir-lhes condições e espaços para o desenvolvimento das ações educativas:

O PMM pede que utilizemos várias metodologias para fazer a supervisão, mas nem sempre a gente conhece todas elas. Então, poderíamos ser capacitados para entender as metodologias para que possamos usar métodos diferentes dos usuais. (Supervisor).

A supervisão não é considerada dentro das 8h destinadas para a educação permanente dos médicos, o que significa que tivemos que fazer as supervisões dentro do horário de trabalho, o que traz impacto para a assistência. (Supervisora).

Eu acredito que se tivéssemos um referencial teórico para trabalhar isso, se fossemos treinados para desenvolver um trabalho de educação permanente visando uma melhor interação multiprofissional, com certeza teríamos bons resultados. Mas nós nunca fomos cobrados e nem nunca nos foi passado que esta abordagem deveria ser realizada. (Supervisor).

Discussão

O provimento médico se configura como política estratégica de melhoria da qualidade da atenção à saúde diante do cenário

de desigualdade na distribuição inter e intrarregional desse profissional no País. Essa desigualdade decorre, sobremaneira, da dificuldade de fixar médicos em áreas remotas ou de vulnerabilidade social e em razão do modelo histórico de formação médica disciplinar, pouco comprometido com as transformações sociais e que tem valorizado a formação de especialistas em detrimento da formação de generalistas para atuação na atenção básica¹⁰⁻¹².

É importante fazer essa ponderação para demarcar a importância do PMM no cenário atual brasileiro, que compartilha das mesmas dificuldades que o restante do mundo: hiato entre o perfil de formação e necessidades de saúde, limitada capacidade de análise do contexto; dificuldade para o trabalho em equipe e distribuição desigual dos profissionais de saúde nas diferentes regiões dos países¹³⁻¹⁵.

Pela importância da política é que se reconhece a capacidade de transformação do PMM e da coerência que o provimento venha acompanhado de iniciativas educacionais, uma vez que a mudança na lógica do trabalho precisar vir acompanhada de processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde. É nesse entendimento que reside a necessidade de sistematizar o uso dos princípios da EIP nos ciclos formativos do PMM, abordagem pedagógica que vem sendo amplamente discutida em todo o mundo dada a sua capacidade de melhorar, em longo prazo, a qualidade dos cuidados^{16,17}.

Partindo do pressuposto de que a EIP se configura como a ocasião em que diferentes profissões da saúde aprendem de forma conjunta, interativamente, com a clara intencionalidade de melhorar o processo de trabalho e a qualidade da atenção à saúde¹⁸, é possível afirmar que o propósito primeiro dessa abordagem é o desenvolvimento das competências colaborativas¹⁹. No entanto, juntar, em um mesmo espaço, pessoas de diferentes profissões não é suficiente para o desenvolvimento dessas competências.

É preciso assumir a intenção de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração para o verdadeiro trabalho em equipe,

indispensável para o atendimento das complexas necessidades de saúde. Essa intencionalidade implica a organização sistematizada de conteúdos e de métodos de ensino e aprendizagem, teóricos e práticos, que estimulem o desenvolvimento de capacidades profissionais cooperativas²⁰.

As competências colaborativas são definidas como aquelas que viabilizam o trabalho em equipe efetivo, resolutivo e alinhado às necessidades de saúde²¹. A produção científica apresenta contribuições valiosas que podem colaborar para o reconhecimento, construção e/ou ajuste dessas competências, em consonância ao contexto em que a EIP é operada.

As publicações mais conhecidas no cenário internacional são as matrizes de competências do Canadá²² e dos EUA²³, que servem como guia para o desenvolvimento de currículos de processos de formação na saúde. Ambas ratificam a importância do reconhecimento do papel do outro como pressuposto para melhorar a interação, reconhecendo o caráter complementar e interdependente entre as diferentes categorias profissionais.

Sobre isso, neste estudo, ficou evidenciado que os domínios centrais apresentados nas referidas matrizes^{22,23} são abordados nos ciclos formativos do PMM: o reconhecimento do papel do outro; o funcionamento da equipe; a comunicação interprofissional; e o reconhecimento da necessidade de (re)situar as demandas dos usuários, famílias e comunidade como núcleo do processo de trabalho em saúde.

A centralidade no usuário e nas suas demandas, característica precípua das práticas colaborativas, concretiza-se por ocasião de maior envolvimento da equipe nos processos de discussão e planejamento das ações de enfrentamento dos problemas de saúde do território, que exige, por sua vez, o reconhecimento de objetivos comuns entre os profissionais de saúde. A partir desse reconhecimento, a equipe identifica o papel e a contribuição de cada categoria, melhorando o nível de interação em um movimento de comunicação mais fluido, que tem como desdobramentos a melhoria da

qualidade da atenção à saúde e o aumento da satisfação do usuário²⁴.

Outro aspecto que merece destaque nos resultados encontrados por este estudo é que a política de provimento médico possibilitou a reversão de cenários de saúde, nos quais as equipes de ESF, incompletas pela ausência desse profissional, estavam consideravelmente limitadas para promover atenção integral às populações¹⁵. A análise das situações de saúde sob a perspectiva de diferentes profissionais – olhares que se somam – assegura uma compreensão mais aprofundada dos determinantes de saúde e, ao mesmo tempo, permite atuações interdisciplinares e interdependentes ampliadas²⁵. Nesse prisma, a interprofissionalidade constitui-se estratégia catalisadora para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Segundo as falas dos participantes, parceria, interdependência, compartilhamento e resolução de conflitos são fundamentos da colaboração profissional^{26,27} enunciados nos ciclos formativos do PMM, embora o exercício para o desenvolvimento dessas competências não tenha sido completamente assegurado pelas estratégias pedagógicas, em especial, no campo prático. Delineia-se que, em grande medida, esses princípios ancoram a proposta de trabalho da ESF, cabendo aos processos formativos o fortalecimento dessa abordagem.

Embora o PMM se apresente como espaço potente para a EIP, ainda há importantes lacunas que, uma vez preenchidas, podem conduzir o programa a alcançar de maneira mais efetiva os seus objetivos. Entre elas, a que mais chama a atenção é o direcionamento das ofertas educacionais apenas aos médicos. É bem verdade que a política assume como proposta mudar a lógica do trabalho e formação médica para uma que se alinhe às necessidades do SUS. Entretanto, essa mudança só pode ser inteiramente concretizada se dela participarem todos os atores imbricados na produção do cuidado.

Ademais, o aprendizado conjunto é condição *sine qua non* para a superação das manifestações hegemônicas de poder e dos silos profissionais, que se ancoram, grosso

modo, na lógica da fragmentação das áreas de conhecimento²⁸, dispondo-se, portanto, contrariamente ao princípio da integralidade.

Este estudo identificou, ainda, que o PMM estimula os formadores – supervisores e tutores – a adotarem métodos pedagógicos inovadores, tal como prevê a EIP, segundo a qual são essenciais para o aprendizado compartilhado e interativo²⁹. Contudo, o estímulo não é acompanhado de processos de desenvolvimento docente, como pontuado pelos entrevistados.

Assumindo o desenvolvimento docente como um conjunto de ações empregadas para qualificar o corpo docente sobre seus papéis, de forma a potencializar os processos de formação, ele se faz nuclear para a transformação das práticas pedagógicas e, por conseguinte, das práticas laborais em saúde. Para a EIP, o docente atua como mediador nas situações de aprendizagem, competência esta que demanda por desenvolvimento dos atores formativos, situando-o como um eixo central diante das inovações educacionais, da potência dos cenários de prática como espaços seguros e profícuos de compartilhamento de saberes e do complexo processo de discussão dos papéis profissionais^{30,31}.

O comprometimento com uma formação baseada nos pressupostos da interprofissionalidade, no entanto, não pode ser reduzida à figura do formador. É requerido apoio institucional – das universidades, serviços de saúde e Estado –, que estimulem a criação de uma cultura de formação e trabalho em saúde integradora, colaborativa e interprofissional^{32,33}.

Pensar estratégias de fortalecimento da EIP no PMM é um caminho importante, e necessário, para que a política seja sustentável e para que os resultados almejados sejam alcançados e solidificados. As falas dos participantes apontam que a dinâmica do trabalho em saúde na ESF é favorável para o desenvolvimento das competências colaborativas. O grande salto será possível quando os princípios da EIP puderem ser mais bem incorporados nos itinerários formativos do PMM.

Considerações finais

O estudo evidenciou que alguns elementos centrais da EIP se enunciam nos processos formativos desenvolvidos no âmbito do eixo do provimento emergencial do PMM, a exemplo do aprendizado sobre o papel de cada profissão, o compartilhamento de experiências e a centralidade do cuidado no paciente. Por outra via, o preceito fundamental da EIP de aprendizado entre duas ou mais profissões não é aplicado sistematicamente, dado que os ciclos formativos se destinam, formalmente, apenas aos médicos do programa. Tal fato, no entanto, não exclui a possibilidade de desenvolvimento das competências colaborativas, a partir da inclusão das diferentes categorias profissionais nos processos de formação operados nos cenários de produção do cuidado em saúde.

O Mais Médicos configura-se como um espaço adequado para a EIP, na medida em que assegura a conformação mínima da equipe de ESF, oportunizando, assim, uma dinâmica de trabalho integralizada. Nesse cenário, a introdução intencional e sistemática dos princípios da EIP, para que as competências colaborativas se desenvolvam, pode repercutir sobremaneira na melhoria da qualidade da atenção – que é o horizonte maior dessa estratégia.

Isto exposto, depreende-se que o PMM se constitui política potente e propícia para o fortalecimento da interprofissionalidade, especialmente porque sua proposta se assenta na lógica da educação permanente, o que demanda o estabelecimento de uma relação de mútua influência entre o campo da educação e do trabalho em saúde.

Considerando o PMM enquanto política recente e a incipiência de experiências documentadas sobre a EIP no contexto nacional, torna-se imperativo estabelecer um processo

permanente de reflexão e avaliação dessas propostas. Nessa perspectiva, mais estudos são necessários para testar a influência delas sobre o trabalho em equipe e, por conseguinte, sobre a capacidade de resposta às demandas de saúde da população.

Dadas as fragilidades constatadas nos ciclos formativos que se relacionam aos elementos teórico-metodológicos da EIP que obstam a prática colaborativa, recomenda-se a construção de uma oferta educativa sobre a EIP e colaboração profissional, para ser disponibilizada aos médicos do provimento emergencial do PMM e, oportunamente, aos demais integrantes das equipes de ESF. Vê-se, nessa proposta, uma oportunidade estratégica de apresentar e consolidar o conceito de EIP e de estimular o desenvolvimento das competências e das práticas colaborativas no cotidiano do trabalho em saúde.

Colaboradores

Freire Filho JR (0000-0003-1306-9368)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Magnago C (0000-0001-8799-3225)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Costa MV (0000-0002-3673-2727)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Forster AC (0000-0002-2720-5802)* contribuiu para a concepção e planejamento da proposta, revisão crítica e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; Switzerland: World Health Organization; 2010.
2. World Health Organization. WHO education guidelines: transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva; Switzerland: World Health Organization; 2013.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [internet]. 2010 [acesso em 2018 abr 12]; 376(9756):1923-58. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
4. Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE; 2017.
5. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 23 Jun 2014.
6. Freire Filho JR, Costa MV, Forster AC, et al. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. *J. Interprof. Care* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 18]; 31(6):754-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1346592>.
7. Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV, et al. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2018 [acesso em 2018 abr 18]; 22(sup2):1613-1624. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0842>.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*. 2003; (22):2-3.
10. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. Saúde Debate*. 2009; (44):13-24.
11. Bispo Junior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 18]; 33(9):e00108116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00108116>.
12. Dal Poz MR, Perantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 3. p. 187-233.
13. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull. World Health Organ.* [internet]. 2010 [acesso em 2018 abr 18]; 88(5):379-385. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.070607>.
14. Rourke J. WHO recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health* 2010; 10(4):1654.
15. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2015 [acesso em 2018 abr 14]; 20(11):3547-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>.
16. Schmitt MH, Gilbert JH, Brandt BF, et al. The coming of age for interprofessional education and practice.

- Am. J. Med. [internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 14]; 126(4):284-288. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.10.015>.
17. Barr H. Interprofessional Education: the genesis of a global movement. United Kingdom: Center For The Advancement of Inteprofessional Care; 2015.
 18. Reeves S, Perrier L, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst. Rev.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 17]; 28(3):CD002213. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>.
 19. Cuff P, Schmitt M, Zierler B, et al. Interprofessional education for collaborative practice: views from a global forum workshop. *J. Interprof. Care* [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 17]; 28(1):2-4. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.828910>.
 20. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: an update. *J. Interpr. Care* [internet]. 2016 [acesso em 2018 abr 17]; 30(4):405-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1197735>.
 21. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J. Interpr. Care* [internet]. 1998 [acesso em 2018 abr 17]; 12(2):181-187. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561829809014104>.
 22. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: CIHC; 2010.
 23. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.
 24. Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: an initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *J. Interpr. Care* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 3]; 13:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>.
 25. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integridade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2013 [acesso 2018 jun 3]; 17(1):133-141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>.
 26. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodríguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J. Interprof. Care* [internet]. 2005 [acesso em 2018 jun 4]; 19(sup1):116-131. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082529>.
 27. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J. Interprof. Care* [internet]. 2005 [acesso em 2018 jun 4]; 19(sup1):132-147. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082677>.
 28. Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. *Med. Educ.* [internet]. 2012 [acesso 2018 jun 4]; 46(2):134-136. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04178.x>.
 29. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 12]; 20(56):199-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.
 30. Steinert Y, Mann K, Centeno A, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med. Teac.* [internet]. 2006 [acesso em 2018 jun 16]; 28(6):497-526. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590600902976>.
 31. Batista NA, Batista SHSS. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2016 [acesso 2018 jun 12]; 20(56):202-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0388>.

32. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 12]; 20(56):185-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.
33. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 12]; 42(esp1):163-173. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s111>.

Recebido em 09/08/2018
Aprovado em 13/03/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina

Institutional aspects for the adoption of Interprofessional Education in nursing and medical training

Marcelo Viana da Costa¹, George Dantas Azevedo², Maria José Pereira Vilar³

DOI: 10.1590/0103-11042019S105

RESUMO Os marcos teórico-conceituais e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP) em saúde vêm sendo amplamente reconhecidos em todo o mundo como úteis para o desenvolvimento de competências colaborativas para o efetivo trabalho em equipe. O artigo teve como objetivo explorar as percepções de estudantes de enfermagem e medicina sobre os fatores institucionais que interferem na adoção de iniciativas de EIP em seus contextos de formação. Trata-se de um estudo de caso, que adotou a abordagem qualitativa e a perspectiva exploratória. Os participantes da pesquisa foram estudantes de enfermagem e medicina de duas universidades públicas de um estado do Nordeste – uma estadual e outra federal. O grupo focal foi escolhido para coleta de dados, e foi utilizada a técnica de análise de conteúdo categorial, observando as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Três categorias temáticas foram construídas *a posteriori*: a importância do trabalho em equipe, contextos institucionais para adoção da EIP e desafios para a adoção da EIP. Embora as realidades pesquisadas apresentem avanços nas mudanças curriculares, como a aproximação do ensino com a realidade dos serviços, a adoção de métodos mais ativos para a formação de sujeitos críticos e reflexivos, ainda são notórias as lacunas no desenvolvimento de competências colaborativas.

PALAVRAS-CHAVE Educação superior. Instituições acadêmicas. Relações interprofissionais.

ABSTRACT *The theoretical-conceptual and methodological frameworks of Interprofessional Education in Health (IPE) have been widely recognized throughout the world as useful for the development of collaborative competences for effective teamwork. This article aims to explore the perceptions of nursing and medical students regarding the institutional factors that interfere in the adoption of IPE initiatives in their training contexts. It is a case study, which adopted the qualitative approach and the exploratory perspective. The research participants were nursing and medical students from two public universities from a Brazilian Northeastern state – one state and one federal. The focus group was chosen for data collection, and the categorical content analysis technique was used, observing the phases of pre-analysis, material exploration and treatment of results. Three thematic categories were built a posteriori: the importance of teamwork, the institutional contexts for the adoption of the IPE and challenges for the adoption of the IPE. Although the*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola Multicampi de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Caicó (RN), Brasil. vianacostam@yahoo.com.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola Multicampi de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina – Caicó (RN), Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Natal (RN), Brasil.

realities researched present advances in curricular changes, such as the approximation of teaching with the reality of services, the adoption of more active methods for the formation of critical and reflexive subjects, the gaps in the development of collaborative competences are still notorious.

KEYWORDS Education. Higher, schools. Interprofessional relations.

Introdução

A Educação Interprofissional (EIP) vem sendo discutida, ao longo dos últimos 30 anos, como forma de incentivar novas relações entre os profissionais de saúde, por meio da colaboração, e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Nesse período, muitos são os esforços para consolidar o debate, superando os equívocos teóricos, identificar evidências de sua efetividade na mudança de atitudes e habilidades dos profissionais de saúde, transformar a realidade dos sistemas de saúde, construir um marco teórico e discutir metodologias e estratégias que subsidiem a lógica da EIP¹.

Estudiosos e pesquisadores, a partir de importantes acúmulos históricos, empenharam-se na construção de uma definição capaz de atender às demandas emergentes no campo da formação dos profissionais da saúde, na necessidade de superar o grande distanciamento entre os profissionais da saúde e no compromisso de melhorar a qualidade da atenção e a qualidade de vida e saúde das pessoas^{2,3}.

O Center For The Advancement of Interprofessional Education (Caibe)⁴⁽²⁾, importante instituição que incentiva e apoia a EIP no Reino Unido, defende que a

Educação Interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados.

Estudo de revisão sistemática, por sua vez,

buscando dar destaque aos aspectos centrais da interprofissionalidade, defende que a EIP

[...] ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde e/ou assistência social aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e/ou a saúde/bem-estar dos pacientes/clientes⁵⁽⁵⁾.

Aspecto central dessa definição é a intencionalidade para o desenvolvimento de competências colaborativas. Oportunidades de aprendizagem entre estudantes ou profissionais de diferentes categorias devem ser potencializadas por estratégias intencionalmente planejadas para que a colaboração substitua a tradicional competição existente na formação e no trabalho em saúde.

Nas definições sobre EIP, é possível perceber a evolução do entendimento de que a formação do profissional acontece em diversos cenários, tanto na realidade da produção dos serviços de saúde quanto nos espaços formais e informais de formação da força de trabalho em saúde, assim como da importância desse processo ser compartilhado pelos atores envolvidos, estudantes e/ou profissionais³.

Outro aspecto que chama atenção é que o amadurecimento do debate permitiu definir a EIP como pressuposto para o trabalho colaborativo, colocando na centralidade do processo as necessidades sociais e de saúde, dos usuários; bem como superar o atual modelo de formação em silos profissionais, em que há pouca ou nenhuma oportunidade de aprendizagem

compartilhada, e que acaba por determinar práticas também separadas e isoladas⁶.

Discutir educação e o trabalho interprofissional retoma a reflexão sobre a centralidade dos usuários na elaboração e execução das ações em saúde, mostrando-se coerente com o propósito de fortalecer os sistemas de saúde por meio de respostas mais efetivas aos problemas de saúde. Reaviva o debate em torno do diálogo necessário entre os diversos campos de conhecimento e de práticas para o enfrentamento de problemas e necessidades de saúde que se tornam complexos em uma dinâmica social que também precisa de múltiplos olhares e ações.

Tomando por base a relevância da EIP para a formação de profissionais de saúde mais aptos à colaboração e ao efetivo trabalho em equipe, a elaboração deste estudo foi orientada pela seguinte questão norteadora: como estudantes de enfermagem e medicina percebem os aspectos institucionais para a adoção da EIP em seus contextos de formação?

Dessa forma, o artigo tem como objetivo explorar as percepções de estudantes de enfermagem e medicina sobre os fatores institucionais que interferem na adoção de iniciativas de EIP em seus contextos de formação.

Material e métodos

Fundamentado na natureza do problema pesquisado e nos objetivos estabelecidos, trata-se de um estudo de caso. Embora o estudo tenha acontecido com participantes de diferentes instituições de ensino, adotam-se como caso para estudo os aspectos institucionais que influenciam na adoção da interprofissionalidade na formação em enfermagem e medicina. Dessa forma, considera-se o contexto institucional como “um sistema delimitado e contemporâneo da vida real”⁷⁽³²⁾.

Considerando a classificação em relação à abordagem e ao alcance dos objetivos, trata-se de uma pesquisa tanto qualitativa quanto exploratória. A abordagem qualitativa se mostrou adequada na medida em que permite

compreender o fenômeno para além das suas características mensuráveis e a capacidade de compreender, discutir e explorar sensações e experiências existentes nas relações sociais⁸. A perspectiva exploratória justifica-se pela intenção de explorar aspectos de um determinado fenômeno, principalmente quando ainda não se conhece bem os aspectos que o constituem⁹.

O estudo foi desenvolvido em duas universidades de um estado do Nordeste – uma estadual e outra federal. Entre as duas, há importantes diferenças na estrutura, organização, interiorização e em relação aos processos de pesquisa, ensino e extensão. A escolha foi motivada pelo fato de que as duas universidades têm tradição na participação em políticas de reorientação da formação profissional em saúde.

Os participantes da pesquisa foram estudantes de enfermagem e medicina de duas universidades públicas localizadas no Nordeste brasileiro. Para assegurar a confidencialidade dos participantes, foram utilizados códigos compostos pelas letras EE – para Estudantes de Enfermagem – e pelas letras EM – para Estudantes de Medicina – seguido de um numeral.

O grupo focal foi escolhido para coleta de dados por levantar questões relacionadas com a disponibilidade para a aprendizagem compartilhada, estereótipos profissionais, limitações ou dificuldades para o aprendizado interprofissional. Os grupos focais foram homogêneos, e esse formato permitiu aos participantes a oportunidade de fornecer informações mais concretas em seus pontos de vista sobre estudantes de outras áreas profissionais¹⁰.

A discussão no grupo focal foi conduzida pelo moderador, coordenador da pesquisa, e por um observador, responsável pelo registro de atitudes e gestos que possam complementar a observação e análise de conteúdo¹¹⁻¹³. Com o intuito de problematizar a realidade dos serviços de saúde e levantar questões referentes aos aspectos institucionais que interferem na adoção da EIP na formação em saúde para o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo, a discussão nos grupos

foi orientada por algumas questões iniciais: qual a importância do trabalho em equipe para o trabalho em saúde? Que aspectos da realidade da formação se aproximam da EIP? Quais aspectos institucionais facilitam ou dificultam a EIP?

Em relação ao tamanho e à duração do grupo, a média foi de oito participantes, e a duração variou de 50 a 80 minutos. A escolha de um pequeno grupo justifica-se pela possibilidade de viabilizar maior interação entre os participantes, facilitar a comunicação e discussão das questões levantadas.

Foram realizados quatro grupos focais na universidade estadual, sendo dois grupos em cada curso, com um total de 33 participantes. Na universidade federal, foram realizados dois grupos focais em enfermagem (primeira e segunda metade) e um grupo focal com estudantes da primeira metade do curso de medicina, totalizando três grupos focais, com 25 participantes nesses grupos. Os grupos focais foram gravados e, em seguida, transcritos, compondo o *corpus* de análise da pesquisa.

A realização da técnica de análise respeitou as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante que permitiu o contato inicial com os documentos, o conteúdo obtido, a partir das falas dos grupos focais e entrevistas. As transcrições de cada grupo focal e entrevista foram lidas para obter uma imersão no discurso, tendo uma primeira aproximação das mensagens, argumentações e justificativas que têm contribuído para uma maior clareza das hipóteses, permitindo maior clareza das principais mensagens¹².

Em seguida, procedeu-se à ‘constituição do *corpus*’. Nessa etapa, foi observada a regra de exaustividade, e foram organizados os dados para responder a padrões de validade, contemplado todos os aspectos levantados na discussão, sem omissão de nenhum aspecto; representatividade, que assegurou que os dados (mensagens, falas, expressões) fossem representativos da totalidade; homogeneidade,

que obedeceu a critérios precisos de escolha, assegurando que os dados se referissem ao mesmo tema, coletados por meio de técnicas iguais em indivíduos semelhantes; e pertinência, que possibilitou reconhecer que o *corpus* foi adequado aos objetivos do trabalho¹⁴.

Na terceira etapa, foi realizada a ‘formulação de hipóteses e objetivos’ que assegurou realizar algumas afirmações provisórias, a partir das fases anteriores. A formulação dos objetivos foi feita a partir da seleção das unidades de análise, por meio do processo de categorização, *a posteriori* ou empírico, em que as categorias que emergiram foram descritas e discutidas a partir do referencial teórico existente^{12,14}.

Já a última etapa foi a preparação do material, antes da análise propriamente dita. Nesse momento, foi feita a numeração dos elementos do *corpus*, assim como a identificação das unidades de análise, que, para este estudo, foi destacada com cores diferenciadas.

As etapas de exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados foram facilitadas pelas etapas, e suas fases, que as precederam. As unidades de análises foram codificadas, decompostas e enumeradas, facilitando a interpretação desses resultados a partir dos objetivos propostos pela pesquisa.

Este estudo foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por meio do parecer de nº 16.652, que observou os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios a que os participantes foram submetidos.

Resultados

Os dados dos grupos focais trouxeram características importantes sobre a realidade da formação em saúde para a adoção da EIP. Assim, o *corpus* da pesquisa permitiu agrupar os resultados em categorias temáticas de análise, subcategorias e unidades de análise, conforme sumarizado na *tabela 1*.

Tabela 1. Categorias de análise obtidas pelos grupos focais

| Categorias | Subcategorias | Unidades de análise |
|--|---|---------------------|
| Importância do Trabalho em Equipe | Atenção Integral | 14 |
| | Integração de Conhecimentos/Profissionais | 15 |
| | Dificuldade de Interação na Lógica do Modelo Assistencial | 8 |
| | Intensa Hierarquia | 5 |
| Os contextos institucionais para a EIP | Atividades de Ensino e Extensão | 11 |
| | Atividades de Ensino/Aprendizagem compartilhados sem sistematização | 16 |
| | Atividades Interdisciplinares (áreas de conhecimento de um único curso) | 8 |
| | Corpo Docente reproduz a separação das áreas | 21 |
| | Iniciativas Individuais (professores ou estudantes) | 08 |
| | Confusão Conceitual | 08 |
| Desafios para a adoção da EIP | Espaço Físico/Estrutura Física das Universidades | 16 |
| | Muita Ênfase na Formação Específica/Modelo Tradicional de Formação | 19 |
| | Hierarquia/Cultura dos Papéis Profissionais | 09 |
| | Estereótipo/Pouco conhecimentos das outras áreas | 08 |

Fonte: Elaboração própria.

Importância do trabalho em equipe

Nos grupos focais, os estudantes demonstraram boa compreensão da relevância do trabalho em equipe, reiterando a interação entre os profissionais como um elemento importante para melhorar a qualidade do atendimento e obtenção de melhores resultados para os problemas e necessidades de saúde. A necessidade de uma atenção integral apareceu de forma muito frequente nas falas e discussões.

Nós já vimos na teoria a importância do trabalho em equipe para prestar um serviço mais qualitativo, para melhorar a resolutividade para o usuário, e com a prática, vimos a importância da integração dos profissionais nas equipes. (EM1).

A assistência ao paciente tem que ser um integral. Não podemos - enfermagem, medicina, fisioterapia - nenhuma dessas profissões fornecer um atendimento integral ao paciente que

responda às necessidades, sendo independentes uns dos outros. (EE1).

Os estudantes destacaram com frequência a importância do trabalho em equipe como oportunidade de troca de conhecimentos e construção de novos conhecimentos, demonstrando a necessidade de diálogo entre os sujeitos e superando o entendimento da equipe que apenas ocupa o mesmo espaço, sem a comunicação necessária para a efetivação do trabalho em equipe. Trouxeram também a importância da centralidade do usuário/paciente e da necessidade de um objetivo em comum, capaz de viabilizar a interação entre os diferentes profissionais.

Eu acho que quando todos os profissionais que trabalham em conjunto e priorização por um objetivo comum é um trabalho de equipe. E isso é necessário. (EE2).

Eu acho que nenhum trabalho que você vai fazer, envolvendo qualquer área, você não consegue fazer sozinho, é preciso que todos colaborem um pouco, que todos se comuniquem. Eu acho que a questão fundamental também do trabalho em equipe é a comunicação e uma boa convivência. (EM6).

Embora tenha sido possível identificar a maturidade dos estudantes no debate, o diálogo como um elemento importante para permitir o trabalho colaborativo apareceu de forma mais enfática em apenas um grupo. A capacidade de diálogo surge na discussão enquanto competência que varia de acordo com a abertura individual e independentemente da categoria profissional. Os participantes relataram que há deficiências nas relações entre os diferentes profissionais, dificultando o trabalho em equipe na perspectiva da colaboração.

A classe médica de uma forma geral [...] é colocada num pedestal de um lado e os demais profissionais do outro lado. Então tem um embate muito grande entre os profissionais médicos e as demais categorias. (EM8).

Na equipe, cada profissional tem o seu ponto de vista. O profissional vê o problema do seu ponto de vista e cada membro da equipe pode acumular o que ele pensa com o que os outros pensam, e eles vão chegar a um bem comum. Porque às vezes nós somos muito focados no que fazemos e deixamos de considerar as contribuições dos outros dentro da equipe. (EE6).

Contextos institucionais para adoção da EIP

A maioria dos participantes afirmou nunca ter ouvido falar sobre a EIP. Quando instigados a falar sobre a aproximação com o debate da EIP, os estudantes, apesar de mostrarem pouco conhecimento da discussão, tentaram explicá-la a partir do prefixo 'inter'. Na discussão, fizeram referência à interdisciplinaridade e

ao trabalho multiprofissional. Um pequeno grupo de estudantes de medicina afirmou conhecer o tema, no entanto, durante o debate, demonstraram confusão conceitual, apontando o entendimento da multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade como termos sinônimos.

Educação Interprofissional?! Este tema, eu nunca ouvi. (EE5).

O que vem à mente é a interação entre as profissões. (EE3).

Trabalho interdisciplinar a gente já escuto [...] mas realmente sermos educados todos juntos de forma interprofissional não! (EM4).

A pouca aproximação com a discussão não é suficiente para assegurar que na realidade pesquisada não seja adotada nenhuma iniciativa na direção do desenvolvimento das competências colaborativas. Partindo desse pressuposto, os participantes foram estimulados a falar sobre as estratégias/ações que tentaram trazer estudantes de cursos diferentes no processo de formação, como forma de qualificar os estudantes para o trabalho em equipe.

Atividades de ensino e projetos de pesquisa e de extensão foram citados como experiências que aproximam estudantes de diversos cursos. Nas falas, foi possível identificar importante variedade de ações e de objetivos. Em alguns relatos, percebe-se a intencionalidade da interação, da troca de experiências e aproximação entre os sujeitos.

Nós temos duas disciplinas que são feitas para essa integração. São estudantes de fisioterapia, nutrição, farmácia, medicina e enfermagem e serviço social às vezes. Estes estudantes se encontram em um estabelecimento de saúde e pensam juntos sobre como agir nessa comunidade. (EE1).

Um dos lugares que a gente mais aprendeu [...] foi participar do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET), que tinha alunas de

enfermagem também. A gente teve que se unir, teve que colaborar um com o outro e nisso algumas visões foram quebradas, tanto deles quanto da gente. (EM6).

As iniciativas sistematizadas de aprendizagem compartilhada mencionadas pelos participantes ainda estão fundamentadas na lógica multidisciplinar e multiprofissional, refletindo as grandes dificuldades para realizar a interação entre as diferentes profissões. A inexistência de ações intencionais e sistematizadas podem ser entendidas como barreiras para a incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP.

Eu estava pensando... Eu não vejo nenhum momento de nossa formação contribuir para este trabalho em equipe... (EE11).

Eu não vejo uma preocupação, desde o início da faculdade, em trabalhar em equipe. Na verdade [...] você passa a considerar o ser humano de uma forma geral, de uma forma holística, mas em nenhum momento passaram pra gente como trabalhar em equipe. (EM7).

E o que eu acho também, em relação ao currículo da gente, que falta muito. A gente é muito ignorante sobre o que o outro faz, sobre o que o fisioterapeuta faz, quais são as atribuições do fisioterapeuta, do enfermeiro, do fonoaudiólogo. (EM8).

Os estudantes expõem dois aspectos da realidade: dificuldades na implementação de iniciativas sistematizadas e ausência completa de ações que objetivem a interação de estudantes de diferentes cursos para desenvolver competências colaborativas. Os participantes relatam que o encontro com outros estudantes, muitas vezes, acontece por acaso e sem planejamento, dificultando ainda mais o fortalecimento das relações interpessoais e interprofissionais.

No leito quando chegamos, o paciente estava com os estudantes de medicina, ficamos

esperando eles terminarem e então começamos nosso atendimento. (EE11).

Na semana passada nós estávamos fazendo uma intervenção com uma criança no leito e chegaram estudantes de fisioterapia. Eles ficaram esperando terminarmos a intervenção para entrar. Os conhecimentos de enfermagem estavam conosco e o conhecimento de fisioterapia estava depois da porta e não conseguimos articular. (EE14).

Durante a faculdade de medicina não é explorado, eu sinto essa necessidade gritante no nosso curso, trabalhar mesmo de uma forma mais integrada. (EM7).

Também apareceu nas falas que nos momentos em que os estudantes se encontram por acaso ou coincidência, por dividirem os mesmos espaços de aulas práticas, a interação encontra fortes barreiras estruturais e culturais. Mencionaram também que, quando acontece, é por iniciativa individual dos estudantes. Destacam o interesse que essa interação acontecesse como um processo natural na efetivação do trabalho em saúde.

Realmente, se não fosse a minha iniciativa, não haveria articulação. Não teria essa interação mútua. (EE2).

A interação que existiu foi iniciativa dos estudantes. (EM7)

Essa articulação é muito mais favorecida em estágio supervisionado. Mas depende de cada aluno. (EE12).

A realidade apresentada pelos participantes dos grupos focais é complexa e chama a atenção para a atuação docente no processo de formação. As relações entre os professores de diferentes departamentos apareceram como um aspecto que caminha na contramão da formação de competências para o trabalho colaborativo.

Eu acho que o grande problema é que não

estamos sendo formados para trabalhar em equipe. O que custa o professor de uma disciplina sentar com o professor de fisioterapia e tentar articular as agendas de ações para ser feito juntos? Vemos isso dentro de faculdade. Muitas vezes fazemos um trabalho duas vezes, porque a equipe diz que é interdisciplinar, mas não consegue se sentar para discutir. Vemos as diferenças dentro da equipe da mesma disciplina. Nós ainda não estamos sendo formados por uma equipe. Então, o profissional não sai preparado para trabalhar em equipe. Apesar do discurso de equipe. (EE10).

Os professores são muito desarticulados. Até mesmo os que estão em um mesmo departamento. A gente percebe essa desarticulação nas provas. Em disciplinas compartilhadas a gente sabe quem elaborou cada questão. (EM15).

Desafios para a adoção da EIP

Os relatos dos estudantes desenham uma realidade de importantes pontos positivos para a adoção da EIP, como abordagem para a reorientação da formação em saúde. No entanto, quando narram as experiências vivenciadas, expõem importantes desafios para que as realidades avancem na perspectiva da formação de profissionais mais aptos ao trabalho colaborativo na produção dos serviços de saúde.

As iniciativas, apesar de apresentarem problemas com a execução, constituem-se como espaços potentes para a construção de estratégias baseadas na EIP. No entanto, muitos desafios foram relatados pelos estudantes. Diante dos aspectos que emergiram na técnica de coleta dos dados, as dificuldades mencionadas são de diversas esferas e evidenciam a necessidade de pensar o papel da universidade.

Um importante desafio trazido por estudantes de medicina foi a desarticulação entre teoria e prática. De acordo com os participantes, o debate que acontece em sala de aula aborda alguns pontos por ocasião de aulas práticas, mas a realidade vivenciada pelos estudantes nos serviços de saúde é

diferente, transformando o debate do trabalho em equipe em quimera.

O sistema [de saúde] não pensa de forma multiprofissional. Então, nós nunca seremos multiprofissionais. A mentalidade de sistema é este e não temos como ir contra. Não adianta gastar trinta aulas falando de uma equipe multiprofissional, se quando vamos lá, você não vê multiprofissional. Na sala de aula vemos de uma forma superficial. Aprendemos mesmo é na realidade. (EM1).

Temos no início, as partes teóricas. Professores dizem que o cuidado deve ser centrado no paciente. Tem a iniciativa. É o começo. Mas quando vamos para os serviços, percebemos que é diferente. Ficamos entre fazer o que aprendemos ou fazer como conseguimos ver na realidade dos serviços de saúde. Nós achamos que vamos colocar tudo que aprendemos em prática, mas quando chegamos lá, temos que nos moldar um pouco. (EE4).

A estrutura física, frequentemente, apareceu como um dos elementos que prejudica a interação entre estudantes de diferentes cursos com o objetivo de aprendizagem compartilhada. Ambas as realidades apresentam limitações importantes da estrutura física que acentuam os problemas já relatados. As faculdades têm edifícios próprios e em estruturas separadas, muitas vezes distantes, prejudicando o diálogo entre estudantes e professores.

O departamento de medicina está muito longe. A farmácia também. Eu acho que isso faz com que seja mais difícil. Como posso falar com alguém, se eu nem mesmo o conheço? (EE4).

A gente tem o nosso prédio que é nomeado faculdade de ciências da saúde e só funciona o curso de medicina. (EM5).

Outro grande desafio relatado nos grupos é a identidade profissional e os papéis estabelecidos historicamente. Assim, o debate sobre a profissionalização ganha espaço como uma

maneira de entender como as profissões adquirem identidades que acabam definindo, também, as possibilidades de relações com outras profissões.

Estudantes do Curso de Medicina reconhecem que há uma barreira cultural para o diálogo com outros grupos profissionais. Essa barreira é legitimada tanto pela categoria como por usuários que atribuem à ação uniprofissional, segundo relatos, maior confiança no atendimento. Estabelecer diálogos com outros profissionais pode expressar insegurança profissional.

Estudantes de enfermagem também referem a existência de resistências entre os estudantes de medicina e enfermagem. Eles também afirmam que a naturalização da hierarquia e de relações verticais existe na própria equipe de enfermagem.

Nós não vamos negar que existe entre os médicos um certo preconceito de dizer que precisa de uma segunda opinião de outro profissional que não seja médico. Isso é fato. (EM2).

Existem certas formações que isola o profissional, como se apenas o trabalho de uma categoria profissional fosse melhor. Nós encontramos resistências. Isso é uma visão limitada que não permite a articulação do nosso trabalho. (EE3).

Discussão

Embora se reconheça a necessidade de estabelecer limites às profissões, o cenário atual, de grandes e importantes transformações, demanda um novo profissionalismo em que os profissionais estejam aptos ao trabalho em equipe e comprometidos com o fortalecimento dos sistemas de saúde e capazes de estabelecer novas relações entre os usuários dos serviços de saúde¹⁵.

O entendimento dos participantes demonstra a aproximação com a literatura em torno dos benefícios e necessidade de trabalho em equipe, embora haja uma

variedade de definições para esse tipo de trabalho. Em todas as definições, entretanto, reiteram a interação entre os profissionais como prerrogativa para atender às complexas e dinâmicas necessidades de saúde, em tempos atuais¹⁶.

A essência desse trabalho, em que a colaboração assume papel central, coloca o usuário dos serviços, e suas necessidades, como fundamental no processo de produção dos serviços de saúde. A complexidade e a natureza dos problemas e necessidades dos usuários sugerem a necessidade de complementariedade, a partir da comunicação, para compartilhar experiências e conhecimentos, capazes de orientar a tomada de decisões, para o enfrentamento dos problemas apresentados¹⁷. Pesquisas recentes indicam que o trabalho em equipe na perspectiva de colaboração favorece a segurança do paciente, a partir da centralidade de suas necessidades^{5,18}.

Tomando por base essa problemática, estudos e experiências vivenciadas em diversos países defendem a EIP como importante instrumento para a mudança do foco das práticas profissionais, superando modelos centrados em suas especificidades, como forma de possibilitar processos de aprendizagem compartilhados, capazes de estimular a melhoria das competências colaborativas¹⁹.

A EIP em saúde almeja criar, no processo de aprendizagem, condições para melhorar as relações entre membros de diferentes profissões, superando a dificuldade histórica de comunicação, possibilitando a formação de sujeitos aptos a trabalharem de forma colaborativa, na atenção à saúde das pessoas. A EIP se constitui, então, como proposta de superação do modelo de formação, pautado da perspectiva multiprofissional ou uniprofissional⁵, que tem apresentado muitas limitações na formação de profissionais capazes de atender às demandas que emergem no contexto atual.

Dentre as barreiras ou desafios, está a necessidade de pensar a logística e o reconhecimento da importância de um planejamento rigoroso e a necessidade de recursos para a

obtenção dos resultados esperados; os desenhos curriculares se apresentam como outra barreira, na medida em que estão organizados, a partir das necessidades de formação específica de cada profissão, exigindo maior esforço para a negociação e flexibilidade desses desenhos; a cultura atual que reforça os limites profissionais e o diálogo e interação entre as diferentes categorias profissionais e as relações de aprendizagem muito focadas em perspectivas tradicionais que pouco contribuem para a efetivação da colaboração e interação²⁰.

Ponto fundamental para discutir o contexto das realidades pesquisadas para a adoção da EIP é o apoio institucional às iniciativas que se estimulam mudanças nos níveis macro, meso e micro da realidade²¹. Aspectos dos domínios micro e médio podem comprometer seriamente as iniciativas implementadas, o que aponta para a compreensão de que as mudanças devem acontecer em um processo articulado e planejado, em exaustão, para garantir impacto nos problemas da formação profissional em saúde^{20,22}.

Da mesma forma, apesar da existência de políticas (nível macro) que incentivem a reorientação da formação profissional em saúde, há importantes lacunas na adoção de estratégias (domínio médio) capazes de superar as relações estabelecidas no trabalho em saúde, como relatado pelos participantes da pesquisa, que podem minimizar as barreiras impostas pelas estruturas físicas nos contextos pesquisados.

Percebe-se, então, a importância dos aspectos do domínio meso²¹ para a efetivação das mudanças. Estudantes sentem a necessidade de maiores estímulos à construção de novas competências, a fim de avançar na formação interprofissional. No entanto, não é tarefa simples elaborar atividades interprofissionais porque envolve grandes esforços para superar não apenas a barreira física, mas também pensar em estratégias possíveis, diante das especificidades de cada curso: número de estudantes, diferentes desenhos curriculares, cronograma

de atividades muito distintas e que são construídos no interior das faculdades ou departamentos²¹, sem a necessária articulação ou diálogo, o que pode ser visto nas duas universidades estudadas.

A realidade estudada indica a existência de momentos, planejados e não planejados, nos quais estudantes de diferentes cursos se unem, mas que têm se aproximado muito mais da perspectiva multiprofissional. As iniciativas existentes são poucas, ou inexistentes, e sofrem com a falta de planejamento, que culmina na reprodução do modelo tradicional de formação, formando indivíduos pouco comprometidos com a transformação do atual cenário da educação e da atenção à saúde.

As atuais políticas de reforma do processo de formação dos profissionais de saúde têm possibilitado a inserção dos estudantes de todas as áreas nos serviços de saúde, considerando espaço adequado para a formação de profissionais mais críticos e reflexivos. No entanto, a realidade marcada pela forte divisão do trabalho não estimula, na academia, a construção de competências para o trabalho colaborativo. O professor pode aproveitar os espaços da realidade concreta para criar um espaço adequado para a colaboração entre os estudantes. Para tanto, o professor precisa incorporar a importância da EIP para a obtenção das transformações necessárias²³, nas realidades estudadas.

Já em relação à dimensão micro, merece discussão o processo de construção de identidades profissionais que acaba por delinear papéis, valores e atitudes que vão muito além da educação e processos de formação²⁴. A sociedade incorpora essas identidades, fortalecendo ainda mais as barreiras ao diálogo. Este processo contribui para que o diálogo e a interação se tornem cada vez mais difíceis. As identidades profissionais, historicamente construídas, edificam barreiras fortes para a interação interprofissional^{25,26}. É interessante notar que as falas dos estudantes mantêm aderência com a literatura.

A literatura e a realidade pesquisada destacam questões que merecem atenção no debate sobre a EIP: relações de poder, que ganham força pela hierarquia profissional, e relações de gênero, que estiveram presentes nos debates sobre as interações entre médicos e enfermeiros²⁷. O processo de formação, que se configura como instrumento útil para alcançar as transformações necessárias, deve rever a maneira como as relações hierárquicas vêm sendo abordadas e de que forma as especificidades das categorias profissionais justificam esse formato de relações²⁸.

Estudos mostram que estudantes da área da saúde que participam de atividades, na perspectiva da EIP, desenvolvem melhor habilidades de comunicação e trabalho em equipe, dispõem de mais clareza sobre os papéis dos diversos profissionais que compõem a equipe e se mostram mais aptos no gerenciamento de conflitos que possam surgir na dinâmica do trabalho em saúde²⁹. No que diz respeito às relações de poder, é possível dizer que a dificuldade de diálogo e trabalho colaborativo foi tomando forma ao longo da história, legitimada pela ideia de superioridade de uma profissão sobre a outra³⁰.

Pontos como respeito, conhecimento dos papéis dos colegas de trabalho e hierarquia são vistos, ainda, como problemáticos, reforçando ainda mais a necessidade de pensar em estratégias, no processo de formação, que estimulem e incentivem novos hábitos e atitudes para o efetivo trabalho em equipe.

Considerações finais

Embora a realidade apresente importantes avanços nas mudanças curriculares, como a aproximação do ensino com a realidade dos serviços e a adoção de métodos mais ativos para a formação de sujeitos críticos e reflexivos, ainda são notórias as lacunas no desenvolvimento de competências colaborativas. A EIP se apresenta como abordagem útil, e necessária, para as realidades pesquisadas,

com vistas a superar as fortes barreiras estabelecidas para a melhoria das relações e interações interprofissionais.

A inserção e o fortalecimento do tema nos contextos das instituições de ensino superior pesquisadas não implicam apenas a adoção do termo, de forma indiscriminada, nos documentos oficiais. Não pode se configurar como modismo, ou como mera condicionabilidade em processos de avaliação. Exige um comprometimento desde os formuladores das atuais políticas de saúde até a atuação de estudantes e professores, nos espaços de ensino e aprendizagem.

Não se trata de uma tarefa simples, pelas fortes barreiras culturais incorporadas no âmbito na universidade, das categorias profissionais e da própria sociedade. A EIP evidencia a necessidade de discutir a forte ideia de hierarquia, a histórica soberania de áreas de conhecimentos ou de categorias profissionais e a urgência em (re)situar os sujeitos, atribuindo-lhes centralidade, o que não é estranho para o sistema de saúde brasileiro, pensado a partir da integralidade, universalidade e equidade. Aspectos esses muito presentes na realidade de formação demonstrada nesta pesquisa a partir da percepção dos estudantes participantes.

As iniciativas existentes nas duas universidades, induzidas pelas atuais políticas ou pelo acúmulo histórico em torno do processo de reorientação da formação profissional em saúde, devem ser fortalecidas e aperfeiçoadas para assegurarem uma formação profissional sob novas bases; e as instituições devem se constituir enquanto espaço legítimo de construção coletiva de novos projetos de universidade, de sociedade e de saúde. Dessa forma, e, por tudo que foi debatido aqui, é que se acredita no potencial da EIP e no trabalho colaborativo como ferramentas necessárias para esses projetos.

É mister inserir o debate sobre EIP nas atuais políticas de reorientação da formação profissional em saúde, bem como expandir

essa pesquisa para explorar outras realidades e assegurar a consolidação da discussão, como compromisso político, na busca de profissionais mais aptos à colaboração e dispostos a enfrentarem, coletivamente, os problemas apresentados pela sociedade atual.

É essencial, portanto, que os ideais que fundamentam Sistema Único de Saúde (SUS) estimulem compromisso com a ampliação do debate em EIP na realidade brasileira, como um aliado importante para a superação de problemas históricos, que comprometem seriamente a qualidade da atenção à saúde no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde da população.

Colaboradores

Costa MV (0000-0002-0573-0622)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Azevedo GD (0000-0002-7447-7712)* contribuiu para a concepção, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Vilar PJP (0000-0002-8765-8571)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Barr H. Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow. *A Review*. 2005.
2. Hammick M, Freeth D, Koppel I, et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med. Teacher*. 2007; 29(8):735-51.
3. Reeves S, Perrier L, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 28(3):CD002213.
4. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *The Centre for the Advancement of Interprofessional Education*. CAIPE: United Kingdom; 2002.
5. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2009; 8(3):CD000072.
6. Bainbridge L, Wood VI. The power of prepositions: A taxonomy for interprofessional education. *J Interp Care*. 2012; 27(2):131-136.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
8. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-514.
9. Gray DE. *Pesquisa no mundo real*. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2012.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Liamputtong P, Ezzy D. *Qualitative Research Methods*. New York, USA: Oxford University Press; 2005.
11. Dawson S, Manderson L, Tallo VL. *A manual for the use of focus groups*. INFDC: Boston; 1993.
12. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2008.
13. Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
15. Cuff P, Schmitt M, Zierler B, et al. Interprofessional education for collaborative practice: views from a global forum workshop. *J Interp Care*. 2014; 28(1):2-4.
16. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008; 61(2):232-241.
17. Clements D, Dault M, Priest A. Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality. *Healthcare Papers*. 2007; 7(sp):26-34.
18. Mickan S, Hoffman SJ, Nasmith L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *J Interp Care*. 2010; 24(5):492-502.
19. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interp Care*. 2005;19(sup1): 21-38.
20. Institute of Medicine. *Interprofessional Education for Collaboration: Learning How to Improve Health from Interprofessional Models Across the Continuum of Education to Practice: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
21. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(sup1):39-48.
22. The New York Academy of Medicine. *Interprofessional Care Coordination: Looking for The Future*. Policy Research, & Practice. 2013; 1(2):1-20.
23. Mellor R, Cottrell N, Moran M. "Just working in a team was a great experience..." – Student perspectives on the learning experiences of an interprofessional education program. *J Interp Care*. 2013; 27(4):292-297.
24. Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. *Med. Educ*. 2012; 46(2):134-136.
25. Reeves S, Rice K, Conn LG, et al. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *J Interp Care*. 2009; 23(6):633-645.
26. Martimianakis MA, Maniate JM, Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. *Med. Educ*. 2009; 43(9):829-837.
27. Keddy B, Gillis MJ, Jacobs P, et al. The doctor-nurse relationship: an historical perspective. *J Adv Nurs*. 1986; 11(6):745-753.
28. Reeves S, Macmillan K, Van Soeren M. Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *Journal Nursing Manag*. 2010; 18(3):258-264.
29. Baker MJ, Durham CF. Interprofessional Education: A Survey of Students' Collaborative Competency Outcomes. *Journal Nursing Educ*. 2013; 52(12):713-718.
30. Allen D. The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Socio. Health & Illness*. 1997; 19(4):498-520.

Recebido em 03/01/2019
Aprovado em 07/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB

Planning and development of Continuing Health Education actions in the perspective of the PMAQ-AB

Thiala Maria Carneiro de Almeida¹, Rose Manuela Marta Santos², Daniela Márcia Neri Sampaio², Alba Benemérita Alves Vilela²

DOI: 10.1590/0103-11042019S106

RESUMO O artigo teve por objetivo analisar como ocorre o desenvolvimento das ações de Educação Permanente (EP) com base nos documentos de planejamento e avaliação das ações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Como metodologia, realizou-se análise documental da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), no período entre novembro de 2017 e março de 2018, preenchidos pela equipe gestora e pelas equipes de seis Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana, referentes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB; além de listas de frequências e/ou atas com ações de EP, Plano de Educação Permanente realizados pela gestão no ano de 2017 e Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Os resultados evidenciaram que a EP é autoavaliada positivamente por ambas. Em relação aos demais documentos, constataram-se fragilidades no planejamento e execução dessas ações. Conclui-se que a AMAQ-AB figura como um novo dispositivo potente para análise da EP na Atenção Básica, sendo necessária maior divulgação de sua importância no âmbito da qualificação da Atenção Básica à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The purpose of this article is to analyze how the development of the Continuing Education actions takes place based on the planning and evaluation documents of the actions of the National Program for Improvement for Access and Quality Improvement of Primary Care (PMAQ-AB). As a methodology, a documentary analysis of the Self-Assessment for Improving Access and Quality of Primary Care (AMAQ-AB) was carried out between November 2017 and March 2018, completed by the management team and the teams of six Family Health Units of the Urban Zone, regarding the third cycle of the PMAQ-AB. In addition to the attendance sheet and/or minutes with Continuing Education actions, Continuing Education Plan carried out by the management in 2017 and Municipal Health Plan 2014-2017. The results showed that Continuing Education is positively self-assessed by both. In relation to the other documents, there were weaknesses in the planning and performance of these actions. It is concluded that AMAQ-AB is a powerful new device for the analysis of Continuing Education in primary care, and it is necessary to increase its importance in the qualification of Primary Health Care.*

KEYWORDS *Continuing education. Health evaluation. Primary Health Care.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
thiala.maria@gmail.com

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, para atender, de maneira qualificada e resolutiva, às demandas de atenção à saúde¹. Desde a sua criação, o SUS passou por transformações importantes, visando modificar o desenho e a operacionalização das políticas públicas de saúde, com destaque para a descentralização.

Nesse contexto, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que trouxe novas responsabilidades para a gestão e para os profissionais da Atenção Básica (AB), ao exigir mudanças nos processos de trabalho neste nível de atenção, com demandas de novas práticas de cuidado em saúde abrangendo ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde².

Diante de tais mudanças, percebeu-se a insuficiência dos setores de formação em atender às necessidades de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa³. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) consta como estrutura da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS, introduzida em 2003 e vigente desde 2004, por meio de portarias e outros instrumentos de gestão do Ministério da Saúde (MS), que propõem articular aprendizagem e trabalho⁴.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formulada com base em ideologias e movimentos de mudança na educação na saúde resultantes de concepções pedagógicas baseadas no Método Paulo Freire, busca transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da incorporação do ensino ao cotidiano dos serviços^{4,5}.

Neste artigo, considera-se como objetos de análise a Educação Permanente (EP), como política e como prática de ensino-aprendizagem, e os elementos trazidos pelo

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este Programa foi lançado no ano de 2011, visando qualificar a AB como parte de uma ampla estratégia do MS denominada 'Saúde mais perto de você – acesso e qualidade'. Ele traz a proposta de avaliação e coordenação de ações para melhoria do padrão de qualidade assistencial nos serviços públicos de saúde por meio das equipes de AB⁶.

O PMAQ-AB está organizado em três fases e em um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que se complementam e que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da assistência. O eixo transversal conta com os seguintes elementos: autoavaliação, monitoramento, EP, apoio institucional e cooperação horizontal⁶.

Em síntese, as equipes de atenção à saúde e gestão, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, deverão articular avaliação, planejamento, EP, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento de resultados.

Assim, o eixo estratégico sugere que o saber e fazer em EP sejam integrados na prática concreta dos serviços de saúde, pois a mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais; além de mudanças no processo de trabalho em saúde, que passa a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que possam contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras⁶.

Dessa forma, considerando que a EP, como eixo transversal do PMAQ-AB, constitui-se como dispositivo para a qualificação das práticas de saúde no cotidiano dos serviços, bem como a importância desse Programa – que está em seu terceiro ciclo de desenvolvimento – para o fortalecimento dessas práticas, tornam-se relevantes estudos que investigam essa temática.

Em face dessas considerações e reflexões acerca das ações de EP no âmbito do PMAQ-AB, esta pesquisa tem como questão

norteadora: como são avaliadas e planejadas as ações de EP no âmbito do PMAQ-AB em um município de pequeno porte? Para que este questionamento seja elucidado, o estudo tem como objetivo analisar aspectos relacionados com o planejamento e o desenvolvimento da EPS a partir de documentos municipais e de dados revelados pelo PMAQ-AB.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo documental, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte, situado no estado da Bahia. Esse município possui uma população estimada para o ano de 2017 em 38.259 habitantes⁷. A AB é composta por sete Unidades de Saúde da Família (USF) da Zona Urbana e duas unidades de zona rural⁸. Vale ressaltar que todas as unidades aderiram ao PMAQ-AB no terceiro ciclo.

Participaram do estudo, por meio do preenchimento dos documentos, a equipe gestora e a Coordenação da AB de seis USF da Zona Urbana, excluindo as unidades da zona rural pela dificuldade de acesso e uma unidade da Zona Urbana pelo fato de uma das pesquisadoras compor o quadro de funcionários.

Para coleta dos dados, inicialmente, foi solicitada à Secretaria de Saúde Municipal a autorização para a realização do estudo e acesso à Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) no período entre novembro de 2017 e março de 2018, preenchidos pela equipe gestora e pelas equipes de seis USF da Zona Urbana, referentes às respectivas autoavaliações feitas no terceiro ciclo do PMAQ-AB; além de listas de frequências e/ou atas com ações de EP, o Plano de Educação Permanente realizado pela gestão no ano de 2017 e o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

A AMAQ-AB é um caderno disponibilizado pelo PMAQ-AB que traz unidades de análise da EP para as equipes de AB e gestão

separadamente e que envolve a avaliação do grau de conformidade de cada um desses grupos com os padrões referentes a cada item, em escala de pontuação de 0 a 10. A nota é dada de acordo com a representação do sujeito/grupo sobre o nível de conformidade entre a situação avaliada e a qualidade desejada no padrão⁹.

As unidades de análise estudadas por meio do instrumento AMAQ-AB sobre os profissionais das equipes foram: formação complementar para o trabalho, participação de cursos de capacitação e qualificação, e utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância.

Segundo as AMAQ-AB das equipes de saúde da família, a escala de classificação da pontuação conquistada por equipe na subdimensão EP e qualificação das equipes de AB está dividida em cinco categorias: de 0 a 5 pontos – Muito insatisfatório; 6 a 10 – Insatisfatório; 11 a 17 – Regular; 18 a 24 – Satisfatório; 25 a 30 – Muito satisfatório⁶.

Em relação à AMAQ-AB da gestão, as unidades analisadas foram: implantação do Programa ou política de EP elaborado e instituído para a AB, o estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes, a oferta de apoio institucional para as equipes, estratégias de EP, o apoio matricial, troca de experiências, reuniões, articulações que visem a formação e aprendizagem e incentivo a cursos de qualificação, atualização e pós-graduação. A subdimensão de EP da AMAQ-AB da gestão possui a escala de classificação da pontuação dividida nas cinco categorias: de 0 a 11 pontos – Muito insatisfatório; 12 a 23 – Insatisfatório; 24 a 35 – Regular; 35 a 47 – Satisfatório; 48 a 60 – Muito satisfatório⁶.

No que tange às atas, frequências de atividades e planos, buscou-se identificar e analisar como as ações de EP foram implementadas e como ocorreram de acordo com as perspectivas do PMAQ-AB. Para a análise dos dados, as notas foram quantificadas e classificadas de acordo com as orientações da ferramenta AMAQ-AB. Os dados foram agrupados de acordo com os itens de cada subdimensão por equipe e suas pontuações, e discutidos

à luz da literatura pertinente, sendo feito o ordenamento das equipes de forma aleatória para manter o anonimato dos profissionais que atuam nas unidades. Dos demais documentos, foram extraídos os trechos que se relacionavam com o tema; e, posteriormente, transcritos.

A etapa analítica seguiu o processo denominado análise documental, em que se tem o documento como objeto de investigação, com a finalidade de produzir novos conhecimentos, criar formas de compreender fenômenos e dar a conhecer a forma e profundidade de como estes têm sido desenvolvidos, permitindo uma compreensão do contexto histórico e sociocultural¹⁰.

O estudo atendeu às diretrizes da Resolução nº 466/12¹¹, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) sob o nº CAAE 778474179.0000.0055. Ainda assim, para a condução do estudo, foi solicitada Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do município analisado, autorizando a coleta dos dados nos instrumentos preenchidos pelas equipes.

Resultados e discussão

A partir da análise documental, identificou-se que, no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, um dos objetivos apresentados é o de intensificar as estratégias para o aprimoramento da política de gestão de pessoas, com vistas à democratização do processo de trabalho e da política de EP, enquanto ferramenta fundamental no processo de qualificação dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da

gestão setorial e do controle social em saúde⁸.

Para tanto, foi proposto o fortalecimento das ações do Núcleo de Educação Permanente (NEP), criado em 2012, de forma a consolidar a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, além de promover a construção do Plano Anual de Educação Permanente em Saúde⁸. Contudo, apesar das intenções de fortalecimento do NEP, ele foi desativado em 2017.

Em relação ao Plano Anual de Educação Permanente de 2017, observou-se um cronograma de atividades propostas a serem executadas por profissionais da gestão e outros profissionais da rede ou de outras instituições, porém sem mencionar o termo PMAQ-AB dentre elas. No entanto, nas listas de frequências das atividades realizadas pelas equipes, o tema é citado como pauta central de umas das reuniões e da capacitação que fomentou o uso do Telessaúde pelos profissionais da equipe.

Nesse contexto, o PMAQ-AB visa desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e EP a partir de iniciativas, como: indicação bibliográfica, teleconsultoria e telediagnóstico, e webconferências. Por isso, disponibiliza ao trabalhador um apoio permanente ao exercício profissional¹². Pesquisas que examinam o Telessaúde apontam que ele tem-se constituído uma estratégia de ensino-aprendizagem contribuindo para a formação permanente dos profissionais, o que tem influenciado positivamente na prestação de cuidado¹³.

Os dados obtidos mostram que, nas autoavaliações, quatro equipes classificaram suas ações de EP como satisfatória; uma equipe, como regular; e uma, como muito satisfatória (*tabela 1*).

Tabela 1. Autoavaliação da Equipe de Saúde da Família segundo a subdimensão Educação Permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica. Bahia, 2018

| Subdimensão: Educação Permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Item | Equipe 01 | Equipe 02 | Equipe 03 | Equipe 04 | Equipe 05 | Equipe 06 |
| Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica. | 10 | 0 | 08 | 06 | 08 | 07 |
| A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da Atenção Básica. | 10 | 10 | 07 | 08 | 08 | 08 |
| As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado. | 07 | 05 | 08 | 08 | 07 | 09 |
| Total | 27 | 15 | 23 | 22 | 23 | 24 |

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

De acordo com os dados encontrados nesta pesquisa, foi possível verificar que não foram mencionados os padrões muito insatisfeito e insatisfeito, corroborando os resultados de um estudo realizado com 75 equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, que teve como objetivo analisar a avaliação dessas equipes quanto aos itens EP e qualificação profissional para AB¹⁴. Todavia, no estado do Paraná, também foram encontradas equipes com avaliação correspondente ao padrão de qualidade regular¹⁵.

Vale ressaltar que essas autoavaliações podem estar propensas a um possível viés de informação pelo fato de o próprio profissional realizá-las e por não haver uma observação direta¹⁴.

Os resultados deste estudo, quando analisados na perspectiva de cada item da subdimensão, apontam falhas na execução destas ações ou mesmo um desconhecimento de seu potencial no processo de qualificação das equipes de USF.

Outro achado importante a ser destacado nesta pesquisa diz respeito à avaliação positiva da formação qualificada e participação de cursos, tal como verificado por outros estudos^{5,14,16,17}. Porém, a mesma equipe que autoavaliou suas ações de EP como regular considera que não possui formação qualificada para atuar na AB.

Uma pesquisa que avaliou o desempenho

da Atenção Primária à Saúde (APS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, mostrou que a formação das equipes no tema saúde da família foi um fator fortemente associado ao desempenho da APS¹⁸. Tais qualificações contribuem para que se desenvolvam ações de saúde mais resolutivas, propiciando melhor desempenho técnico e profissional, assim como subsidia o planejamento e intervenções da equipe. Essas ações se constituem ferramentas para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação na AB⁹.

Em relação à participação em atividades de educação e a apoio matricial a distância, também foi encontrado, neste estudo, uma avaliação positiva, assim como no estudo de Aurélio Pinto et al.⁵, elaborado com dados da avaliação externa do PMAQ-AB. Esses autores demonstraram que a participação em atividades de Telessaúde e atividades de educação a distância têm frequência relevante no cenário brasileiro e revelou uma avaliação positiva das equipes de USF no quesito da EP, sugerindo que há associação entre EPS e AB. Essas atividades, além de aumentar a resolubilidade clínica dos profissionais da AB, possibilita um canal de diálogo destes com outros profissionais e serviços⁹.

De acordo com a AMAQ-AB da equipe gestora, suas ações de EP foram autoavaliadas como muito satisfatória, sendo todos os itens

pontuados com nota acima de 7, inclusive o item que se refere à implantação da política

de EP no município e dois itens que se referem ao apoio institucional (*tabela 2*).

Tabela 2. Autoavaliação da equipe gestora segundo as subdimensões Implantação e implementação da Atenção Básica no município e Educação Permanente. Bahia, 2018

| Subdimensão: Implantação e implementação da Atenção Básica no município | |
|--|---------------|
| Item | Gestão |
| A gestão municipal de saúde possui programa ou política de Educação Permanente elaborado e instituído para a Atenção Básica. | 09 |
| Subdimensão: Apoio Institucional | |
| Item | Gestão |
| A gestão da Atenção Básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes. | 10 |
| A gestão da Atenção Básica oferta apoio institucional ou similar para as equipes de Atenção Básica. | 10 |
| Subdimensão: Educação Permanente | |
| Item | Gestão |
| As estratégias de Educação Permanente são construídas baseadas em temas e as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica. | 10 |
| A gestão da Atenção Básica utiliza o apoio matricial como estratégia de Educação Permanente. | 09 |
| A gestão da Atenção Básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências. | 08 |
| A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões. | 09 |
| A gestão da Atenção Básica faz articulações de forma a propiciar que as unidades de Atenção Básica sejam espaços de formação e aprendizagem. | 08 |
| A gestão da Atenção Básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação. | 09 |
| Total | 53 |

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

As notas desses itens foram superiores às atribuídas por 26 equipes de USF envolvidas em outro estudo¹⁹, fato que revela diferenças entre a avaliação realizada pelos profissionais de saúde e pela equipe gestora, podendo a primeira ser mais fidedigna, já que os profissionais podem avaliar melhor as ações que foram realizadas do que os próprios gestores.

Para o item que avalia se as estratégias de EP contemplam as necessidades dos profissionais da AB, a equipe gestora atribuiu a nota máxima, ou seja, o valor 10. No entanto, foi percebida a ausência de ações de EP voltadas para o PMAQ-AB no Plano Anual de Educação Permanente no período em que o município se preparava para avaliação externa, o que sugere uma fragilidade dessas estratégias e um viés na informação.

Em outro estudo realizado, foi identificado o padrão relacionado com a elaboração de atividades de EP baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da AB, o qual apresentou nota média 8. Já em relação ao uso pela gestão da AB do apoio matricial como estratégia de EP, a nota média foi de 7. Sobre a disponibilização pela gestão da AB de estratégias que estimulem a troca de experiências, obteve-se nota média 6¹⁹.

Em relação ao apoio institucional, neste estudo, os dois padrões de qualidade (relação democrática e dialógica com as equipes e oferta de apoio institucional ou similar para as equipes) também foram avaliados pela equipe gestora da AB com nota máxima. Esse achado apresenta consonância com estudo¹² feito a partir da avaliação externa, em que a maioria

das equipes referem receber apoio institucional permanente de uma equipe da secretaria de saúde e avaliam como muito boa ou boa a contribuição desse apoiador.

Outro estudo¹⁹ apresentou nota média 7 tanto para o padrão que trata da relação democrática e dialógica da gestão com as equipes quanto ao padrão que se relaciona com a oferta pela gestão da AB de apoio institucional ou similar para as equipes.

Essa variação de valores pode ser atribuída ao desvirtuamento em relação ao apoio institucional oferecido pela gestão. De acordo com Rocha et al.¹⁹, apesar de as equipes mencionarem que existe apoio institucional, seu papel pode apenas ser uma nova nomenclatura para ações gerenciais feitas por supervisores, limitando-se a questões burocráticas, o que não se configura, na prática, com a função de debater e priorizar problemas, distanciando-se dos princípios dialógicos, resolutivos e potenciais da função de apoiador no âmbito do PMAQ-AB.

Outra questão apontada por resultados de outra avaliação feita pelo PMAQ-AB é acerca da atuação de outros profissionais no papel de apoiador, como a vigilância em saúde²⁰. Considerando o acúmulo de funções, a função do apoiador institucional pode ser negligenciada para atender ao cumprimento formal das ações do PMAQ-AB, fragilizando as ações inerentes a essa função.

O apoiador institucional é uma estratégia fundamental na fase de desenvolvimento do PMAQ-AB e responsabilidade da gestão de equipes de AB para garantir sua implementação. Para tal, essa função compreende: mediação e estabelecimento de compromissos mútuos, promoção e ampliação da capacidade crítica dos profissionais e ativação de espaços coletivos de aprendizado⁶. Dessa forma, esse elemento deve aproximar-se da EP no sentido de aperfeiçoar os processos de trabalhos e a interação entre os sujeitos.

Embora os resultados destas pesquisas sugiram a existência do apoio institucional, para a avaliação de seu desempenho, seria necessário um aprofundamento na investigação dessas ações.

Considerações finais

No presente estudo, evidenciou-se a predominância de avaliação positiva das equipes e da gestão quanto à EP, além de outras subdimensões intimamente relacionadas com a EP. No entanto, constata-se uma equipe classificada no padrão de qualidade regular, sugerindo que a EP ainda não se efetivou no cotidiano dos profissionais.

Outro achado refere-se a um Plano de Educação Permanente que ainda se encontra em construção e apresenta fragilidades na programação de suas ações.

Nota-se que o eixo de desenvolvimento do PMAQ-AB, por meio de processo avaliativo, permite reflexões na equipe de saúde para a importância da EP para o trabalho em saúde. Esse achado é corroborado pelos instrumentos de planejamento.

Faz-se necessária, portanto, a articulação da autoavaliação na perspectiva da EP por meio do PMAQ-AB. Recomenda-se planejar ações de incentivo à qualificação profissional em serviço e mediante a EP para aquisição de competências e habilidades na AB no âmbito do PMAQ-AB.

Como limitações deste trabalho, apontam-se aqui o seu caráter de estudo locorregional, por isso, evidencia-se a necessidade de novos estudos sobre a temática com abrangência nacional.

Colaboradores

Almeida TMC (0000-0002-8383-9519)* contribuiu para coleta, análise dos dados, escrita do manuscrito. Santos RMM (0000-0001-7923-7518)* contribuiu para orientação metodológica e revisão do manuscrito. Sampaio DMN (0000-0002-4195-1772)* contribuiu para orientação metodológica e revisão do manuscrito. Vilela ABA (0000-0003-2110-1751)* contribuiu para orientação metodológica e temática, revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva EC, Gomes MHA. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saude soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 2]; 23(4):1383-1396. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401383&lng=en.
2. Assis F, Mischiati MF. Retrospectiva histórica da implantação do PSF até sua transformação em ESF nos dias de hoje. *Rev. Uninga* [internet]. 2010 [acesso em 2019 fev 26]; 3(1):23-31. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/502>.
3. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2005 [acesso em 2019 fev 26]; 10(4):975-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 Ago 2007.
5. Pinto AH, Ferla AA, Ceccim RB, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 26]; 51:145-60. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, DF: MS; 2017.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 2019 ago 7]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/amargosa/panorama>.
8. Bahia. Prefeitura Municipal de Amargosa. Plano Municipal 2014-2017. Amargosa: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2016.
10. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *RBHCS.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 fev 26]; 1(1):1-15. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 12 Dez 2012.
12. Pinto HÁ, Ferla AA, Florêncio ARO. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; várias faces de uma política inovadora. *Divulg. saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 26]; 51:358-372. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>.
13. Godoy SCB, Guimarães EMP, Assis DSS. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. *R. Esc. Anna Nery.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 26]; 18:148-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0148.pdf>.
14. Moreira S, Lima CA, Vieira MA, et al. Educação Permanente e Qualificação Profissional para Atenção Básica. *Saúde e Pesquisa.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 26]; 10(1):101-109. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5682>.

15. Rizzotto MLE, Gil CRR, Carvalho M, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 26]; 38(esp):237-251. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>.
16. Fonseca S, Machado ATGM, Lima AMLD, et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 26]; 38(esp):83-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0083.pdf>.
17. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 26]; 38(esp):94-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>.
18. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 28]; 31(9):941-952. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>.
19. Rocha ES, Souza EC, Lima MV, et al. Perspectivas avaliativas da gestão da Atenção Básica em município de médio porte. *Sanare* [internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 7]; 15(1):8-14. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/920/550>.
20. Silva LAA, Soder RM, Petry L, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 28]; 38(1):e58779. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170158779.pdf>.

Recebido em 11/03/2019

Aprovado em 29/07/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil

Interprofessional Education in the policies of reorientation of professional training in health in Brazil

José Rodrigues Freire Filho¹, Cláudia Brandão Gonçalves Silva², Marcelo Viana da Costa³, Aldaísa Cassanho Forster⁴

DOI: 10.1590/0103-11042019S107

RESUMO O processo de formação dos profissionais de saúde encontra-se no momento histórico de reformas orientado para o fortalecimento dos sistemas de saúde, com grandes desafios para esse novo século. Iniciativas para a superação dos problemas relacionados com a colaboração entre diferentes profissionais de saúde são assumidas como uma das prioridades. É partindo da necessidade de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração para o trabalho em equipe que a Educação Interprofissional (EIP) começa a ser valorizada em todo o mundo. O objetivo deste ensaio foi apresentar a trajetória histórica da incorporação dessa abordagem nas políticas de formação profissional em saúde do Brasil, bem como destacar os recentes avanços nessa direção. Recentemente, o Brasil passou a incorporar a EIP de forma mais clara nas políticas de reorientação da formação em saúde, processo intensificado nos últimos dois anos, o que pode ser atribuído ao reconhecimento dos formuladores de políticas para a importância da abordagem no processo de formação profissional em saúde no País, assim como à atuação de organismos internacionais de saúde que intensificaram o chamado para a sua relevância no processo de mudança do modelo de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Relações interprofissionais. Recursos humanos. Política de saúde. Planejamento em saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT *The process of training of health professionals is set in the historical moment of reforms oriented towards the strengthening of health systems, with great challenges for this new century. Initiatives to overcome problems related to collaboration among different health professionals are taken as one of the priorities. Starting from the need to train health professionals better able to collaborate in teamwork, Interprofessional Education (IPE) begins to be valued throughout the world. The objective of this essay is to present the historical trajectory of the incorporation of such approach in the policies of professional training in health in Brazil, as well as to highlight the recent advances in this direction. Brazil has recently begun to incorporate IPE more clearly into policies for reorienting health education, a process intensified in the last two years, which can be attributed to the recognition of policymakers for the importance of the approach in the training process in health care in the country, as well as the work of international health organizations that have intensified the call for their relevance in the process of change of the health care model.*

KEYWORDS *Interprofessional Relations. Human resources. Health policy. Health planning. Health Education.*

¹Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Brasília (DF), Brasil.
rodrigujos@paho.org

²Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) – Mossoró (RN), Brasil.

⁴Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

O processo de formação profissional em saúde encontra-se no momento histórico de reformas orientado para o fortalecimento dos sistemas sanitários, com grandes desafios para esse novo século. Nesse contexto, um dos mais expressivos obstáculos consiste em atender às complexas e dinâmicas necessidades de saúde, tendo em vista que a reforma do modelo de atenção precisa vir acompanhada de um processo sólido de reorientação do modelo de formação, em um movimento de interdependência^{1,2}.

O *deficit* e a distribuição desigual de profissionais de saúde somam-se a modelos de formação pouco alinhados aos princípios necessários ao fortalecimento dos sistemas de saúde, com pouca capacidade de formação de perfis adequados às necessidades de saúde^{3,4}.

A sociedade no atual contexto experimenta uma tripla carga de necessidades e problemas de saúde: transformações demográficas e epidemiológicas e a incorporação de agravos externos típicos de mudanças sociais e culturais. Todo esse cenário desvela que não é possível atender às necessidades de saúde – cada vez mais complexas – de forma efetiva a partir de modelos de produção de serviços de saúde fragmentados. Ao contrário, requer um novo perfil profissional, mais apto a ofertar serviços de saúde integrais, com maior incorporação e valorização da colaboração como princípio orientador do processo de trabalho em saúde⁵⁻⁷.

Destarte, iniciativas para superação dos problemas relacionados com a colaboração entre os diferentes profissionais e maior integração entre os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade são assumidas como uma das prioridades; isto porque uma força de trabalho em saúde integrada e disposta a atuar conjuntamente está diretamente associada à melhoria da assistência em saúde^{8,9}.

Partindo da necessidade de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração e com competências para a execução do efetivo trabalho em equipe é que a Educação

Interprofissional (EIP) começa a ser valorizada em todo o mundo. Definida como a ocasião em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde, a EIP apresenta marcos teórico-conceituais e metodológicos capazes de ajudar no processo de reorientação da formação e do trabalho em saúde, com vistas à superação de importantes gargalos da realidade da produção dos serviços de saúde⁹.

No contexto mundial, a sistematização do debate sobre a EIP é relativamente recente. Alguns autores atribuem os primeiros movimentos a um grupo de experts da Organização Mundial da Saúde (OMS) no início da década de 1980. Outros, por sua vez, apresentam a década de 1960, no Reino Unido, como a gênese dos primeiros movimentos de sistematização de seus pressupostos, sendo fortemente atrelados à discussão sobre a necessidade de encontrar estratégias educacionais que pudessem superar a histórica fragmentação do trabalho em saúde e suas implicações na qualidade da atenção à saúde e à segurança dos pacientes¹⁰.

Os primeiros esforços foram estimulados a pensar formas de enfrentar uma grande incoerência: profissionais que necessariamente precisavam trabalhar juntos estavam sendo formados separados. A tendência em formar profissionais, com ênfase no desenvolvimento de competências específicas, conseguiu, ao longo da história, legitimar o que a literatura define como silos profissionais ou tribalismo das profissões. Esse modelo de formação sustenta práticas em saúde fortemente fragmentadas, com exposição do usuário a atos duplicados, o que leva ao retrabalho dos profissionais de saúde, aumentando os riscos de erros e custos em saúde¹⁰.

Reconhecendo a potência da EIP no movimento global de mudança na lógica de formação em saúde, a OMS realiza importantes iniciativas para valorização desse debate, lançando publicações que exercem importante papel de orientação dos formuladores de políticas de saúde e educação para

a incorporação dos pressupostos teórico-conceituais e metodológicos da EIP^{9,11}.

A literatura apresenta importantes evidências sobre o papel da EIP no enfrentamento dos problemas relacionados com os modelos hegemônicos de formação e de atenção em saúde, consolidando-se enquanto abordagem educacional, com atributos que fortalecem os sistemas de saúde, na medida em que utiliza metodologias de ensino-aprendizagem para desenvolver competências profissionais de comunicação, interação e colaboração profissional^{5,8,11-14}.

Tomando por base esse panorama, esse ensaio adotou como objetivo apresentar aspectos que demonstram a trajetória histórica de incorporação da EIP nas políticas de formação profissional em saúde do Brasil e os avanços nessa direção, a partir de referenciais que destacam que essa abordagem preconiza a interação entre estudantes ou profissionais de diferentes profissões, por meio de processos de aprendizagem compartilhados e significativos e que tenham como clara finalidade o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas.

A EIP nas políticas de formação em saúde no Brasil

Ao considerar que a educação tradicional e as práticas uniprofissionais apresentam limitações que obstam o efetivo atendimento das complexas necessidades de saúde, bem como a operacionalização dos princípios adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a EIP ganha destaque por ser dotada de elementos capazes de inverter a lógica da educação verticalizada, com vistas a promover o aprendizado compartilhado, o que oportuniza avanços para o processo de trabalho das equipes de saúde presentes na realidade brasileira^{5,12}.

No Brasil, o debate sobre o trabalho em equipe não é recente. Desde os primeiros movimentos em torno do processo de construção do

SUS, o trabalho em equipe se apresenta como prerrogativa para a implantação de um novo sistema de saúde, fundado sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, no que se refere ao processo de formação dos profissionais de saúde, a incorporação de aspectos educacionais capazes de desenvolver competências para trabalhar em conjunto ainda ocorre de forma tímida¹².

Produções científicas nacionais apresentam relatos de importantes iniciativas de aprendizagem compartilhada entre estudantes de diferentes cursos da saúde, mas que ainda carecem de elementos que demonstrem a intencionalidade em desenvolver competências colaborativas nesse processo. Reunir estudantes de diferentes profissões da área da saúde em um mesmo espaço não é suficiente para afirmar que se trata de uma iniciativa assentada na proposta da EIP. Há a necessidade de que o processo de encontro seja potencializado por metodologias que valorizem a colaboração e consiga explorar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores capazes de sustentar uma cultura de formação e trabalho, ancoradas na centralidade do usuário, na interação permanente e interdependência entre as diferentes práticas profissionais¹²⁻¹⁴.

Cumprido destacar que o Brasil tem um histórico importante de políticas implementadas com vistas à superação do modelo biomédico e individual, com destaque para a educação baseada em competências; maior integração entre universidade, serviços de saúde e comunidade; e mudanças curriculares com importante incorporação de métodos ativos de aprendizagem e maior protagonismo dos estudantes^{12,13}.

Entre essas políticas, o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, da década de 1990, foi um marco inicial importante na medida em que se propôs uma mudança de paradigma na educação desses profissionais a partir da crítica ao modelo flexneriano de formação médica, com incorporação da perspectiva interdisciplinar

e multidisciplinar, com abordagens que se aproximam dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP¹⁵.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, também se configura como importante política de reorientação das práticas e da formação em saúde por trazer em suas diretrizes importantes elementos que direcionam ações e programas para a integração entre profissionais, universidades, gestores e controle social em um amplo processo educativo, tendo como locus privilegiado o cotidiano do trabalho em saúde. São aspectos que desenham um cenário adequado para a incorporação e fortalecimento de metodologias e teorias capazes de orientar o processo de desenvolvimento das competências colaborativas assentadas na lógica da EIP^{15,16}. Historicamente, a PNEPS vem se consolidando com uma das políticas mais potentes para a transformação das práticas e da formação em saúde. Entretanto, ainda se faz necessário maior sistematização e clareza na intencionalidade na incorporação dos pressupostos da EIP nas estruturas, ações e programas que compõem essa política.

Outro marco nacional na política de educação e saúde do Brasil foi a instituição do Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), criado no ano de 2004. O FNEPAS consiste em um importante espaço conduzido por uma rede de associações profissionais da área da saúde, cujo objetivo é discutir sobre temas para a contribuição na construção de cenários institucionais às mudanças na formação em saúde. Por sua estrutura e composição, com representantes de todo o País, esse fórum se configura como espaço de grande relevância para a ampliação do debate da EIP, tendo em vista que, ao longo da história, sempre incorporou lutas relevantes no processo de fortalecimento e consolidação do SUS^{15,16}.

Outras iniciativas – em anos mais recentes – apresentam o tema da interprofissionalidade como um dos eixos de mudança na formação em saúde de forma mais clara, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a

Saúde (PET-Saúde), instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no ano de 2008¹⁷. O PET-Saúde tem como alvo as Instituições de Ensino Superior (IES), visando estimular o desenvolvimento de ações de interação e comunicação entre os diferentes cursos de graduação, por meio da inserção dos estudantes nos serviços de saúde, possibilitando a experiência do trabalho coletivo com ênfase na integração ensino-serviço. Reconhece-se que o programa trouxe avanços para o debate da EIP no Brasil, porém os resultados demonstram que as instituições de ensino necessitam de maior suporte para dar sustentabilidade às ações desenvolvidas nessa perspectiva e que é preciso legitimar o ensino interprofissional nas políticas de reorientação da formação em saúde^{14,17}.

Contribuições de organismos internacionais também foram relevantes para influenciar a incorporação da EIP na política de educação e saúde do Brasil. No ano de 2010, a OMS publicou o Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, com tradução para o português, o qual exerceu importante papel de divulgação dos pressupostos da EIP no País. O conteúdo da publicação é expressivo e demarca o forte compromisso da organização para com o fortalecimento desse tema por meio de recomendações nas políticas de formação profissional em saúde, incluindo a EIP em sua agenda de prioridades¹⁸.

Outro movimento importante consistiu na incorporação da EIP em importantes bases legais da educação no âmbito da graduação. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina, publicadas no ano de 2014, demonstram a presença da EIP na dimensão macro da realidade, com possibilidades de induzir mudanças nas dimensões meso e micro¹⁹. Na referida normativa, encontra-se explícito que o processo de ensino-aprendizagem do futuro profissional médico deverá contemplar o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, voltadas para a integração e interprofissionalidade²⁰.

Iniciativas pautadas na EIP aparecem nos

currículos de IES dos estados do Ceará, do Rio Grande do Sul, do Rio Grande do Norte, do Rio de Janeiro, de Minas Gerais, de São Paulo e do Distrito Federal, sendo a maior parte delas voltadas aos processos de integração ensino-serviço-comunidade, em articulação com a atenção básica. Essas experiências, inovadoras em seus processos educacionais relacionadas com a viabilização de espaços de aprendizagem compartilhadas, demonstram a potência da realidade brasileira em fortalecer o ensino baseado na interprofissionalidade, não apenas na graduação, mas também na pós-graduação¹⁶.

Verifica-se que, em anos mais recentes, houve ampliação do número de publicações e pesquisas relacionadas com a incorporação da EIP em diferentes contextos do País¹², as quais vêm confirmando que, no âmbito do processo de trabalho em saúde, avançou-se no que se refere à adoção dos pressupostos teórico-metodológicos da EIP a partir de ações de educação permanente. Processo facilitado pela própria natureza e conformação do trabalho em saúde do SUS, desenvolvido por meio de arranjos multiprofissionais, que viabilizam processos educacionais com ênfase na interprofissionalidade^{12,13}.

Não obstante, cumpre ratificar que a utilização dessa abordagem no ensino na saúde ainda é incipiente e de frágil suporte teórico, circunstância que imprime a necessidade de elaborar estratégias de apoio aos processos de implementação da EIP no contexto brasileiro^{12,15,21}.

Plano de ação brasileiro para a implementação da EIP

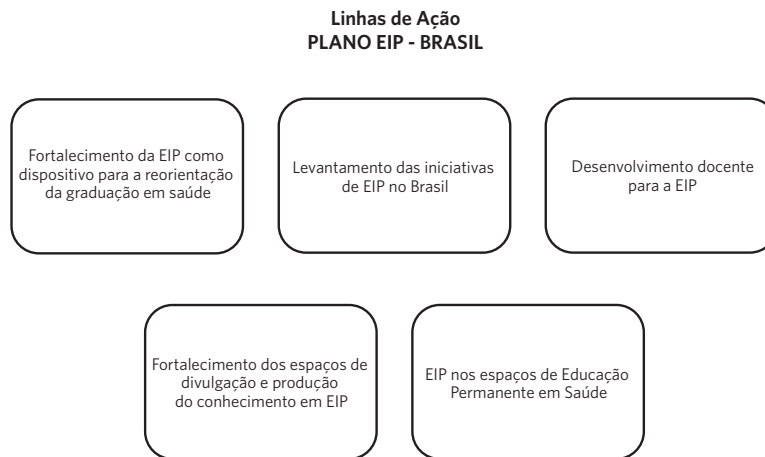
Dezembro de 2016 pode ser considerado um marco para a EIP na região das Américas, a partir da atuação ativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que convocou seus Estados Membros a conhecerem e debaterem sobre o tema da EIP em uma reunião técnica realizada na cidade de Bogotá, Colômbia, na qual encorajou os países a elaborarem um plano de ação nacional para a implementação dessa abordagem²².

A partir do ano de 2017, motivado pela agenda proposta pela Opas, o Ministério da Saúde do Brasil priorizou a inclusão da pauta da EIP em suas estratégias para o fortalecimento da política de formação profissional em saúde. De forma imediata, promoveu articulações com o Ministério da Educação (MEC), IES e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) para a elaboração do plano nacional²³.

A estruturação do plano partiu do levantamento das principais iniciativas educacionais em andamento no País com potencial para aplicação dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP, levando em conta o arcabouço organizacional do SUS.

Após debates coletivos, o plano de ação brasileiro para a implementação da EIP, organizado em cinco linhas de ação descritas na *figura 1*, foi pactuado para o biênio 2017-2018.

Figura 1. Linhas de ação do plano brasileiro para a implementação da EIP (2017-2018)



Fonte: Brasil, 2017²⁴.

Linha de ação 1: Fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde

Com a finalidade de apoiar as novas escolas de medicina, criadas no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM), a incorporar os pressupostos da EIP em coerência com as novas DCN para os cursos de graduação em medicina, a primeira linha de ação do plano previu a realização de oficinas regionais com a participação de um representante de cada IES com novo curso de medicina. O objetivo das oficinas foi debater e instrumentalizar as escolas no aprofundamento das bases teórico-metodológicas da EIP. O conjunto de eventos, realizado ao longo de 2017 e 2018, possibilitou realizar um levantamento das principais necessidades e desafios para adoção da EIP nas IES brasileiras, além de identificar sugestões que pudessem fortalecer o uso dessa abordagem no processo de formação em saúde no Brasil. Esse processo foi iniciado com os cursos de medicina em razão da publicação das DCN de 2014, já que foram as primeiras da área da saúde a conter orientações explícitas relacionadas com a EIP, em consonância com as mudanças da educação

médica no País, conforme preconizado pelo PMM^{24,25}. Apesar disso, representantes de outros cursos da saúde foram convidados para as oficinas como forma de fomentar o debate para o avanço da EIP nos diferentes cenários.

Outra atividade presente na primeira linha de ação do plano foi o debate e discussões realizadas com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho/ Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS), para que o tema da EIP fosse inserido, de forma enfática, nas DCN dos demais cursos de graduação da área da saúde. Como resultado, foi publicada a Resolução CNS n° 569, de 8 de dezembro de 2017, que aprova o Parecer Técnico n° 300/2017, o qual apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas com enfoque na EIP²⁶.

Linha de ação 2: Levantamento das iniciativas de EIP no Brasil

Um levantamento nacional de experiências de EIP, como forma de responder a importantes questões desconhecidas sobre o uso dessa

abordagem no País, também foi uma atividade expressa no plano de ação. Organizado sob a forma de investigação e desenvolvido em duas fases, o levantamento buscou responder aos seguintes questionamentos: Quais IES brasileiras apresentam iniciativas de EIP? Como se configuram/caracterizam essas iniciativas? Quais as competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores) necessárias para o desenvolvimento docente e para o fortalecimento das iniciativas existentes e para a implantação de novas intervenções de EIP no País?²⁴.

Por meio de *survey* descritivo-exploratório, buscou-se identificar e analisar o cenário para a implantação da EIP, considerando os limites, potências e características das iniciativas (organização acadêmica, organização administrativa, organização da matriz curricular, caráter obrigatório ou eletivo da iniciativa de EIP, existência de disciplinas, módulos e componentes curriculares de EIP ministrados, iniciativas de EIP como atividades de extensão e de pesquisa, metodologias de ensino e de avaliação adotadas e participação da IES em políticas indutoras de EIP)²⁴.

Linha de ação 3: Desenvolvimento docente para a EIP

No âmbito da terceira linha de ação, foi ofertada uma ação formativa a professores e gestores dos cursos de graduação em saúde e a preceptores da área da saúde, com carga horária total de 80 horas, na modalidade de Ensino a Distância (EaD). Objetivou-se qualificá-los para a adoção dos princípios da EIP, nos cursos da saúde, como abordagem capaz de formar profissionais mais aptos ao trabalho interprofissional e colaborativo, além de encorajá-los para o desenvolvimento de iniciativas orientadas pelas bases teórico-conceituais e metodológicas da EIP, observando as especificidades das IES, serviços de saúde e suas diversidades regionais e culturais²⁴. O curso foi concluído por 192 atores de todas as regiões do País.

Linha de ação 4: Fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP

A chamada pública para submissão de artigos sobre EIP e trabalho interprofissional em saúde no Brasil à 'Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação' compôs outra atividade do plano. A chamada teve como finalidade estimular a produção de conhecimentos e experiências sobre o tema e fomentar sua difusão nacional e internacional. Como resultado, foram recebidas 160 submissões de grande relevância para o cenário do trabalho e da formação em saúde no Brasil, sendo selecionados 19 artigos originais, quatro relatos de experiência e um debate. A maioria das submissões abordou temas e realidades do processo de EIP, mas também foi marcante o número de produções relacionadas com o trabalho e com as práticas interprofissionais em saúde²⁷.

Outra atividade desenvolvida foi a realização da II Reunião Técnica Regional sobre EIP: Melhorar a Capacidade dos Recursos Humanos para Avançar a Saúde Universal, entre os dias 5 e 6 de dezembro de 2017, na cidade de Brasília, DF. O evento, que contou com 120 participantes, reuniu representantes de aproximadamente 30 países da América Latina e Caribe, bem como representantes do Canadá, Reino Unido, Espanha e de países da África, e teve como objetivo aprofundar o debate sobre o tema da EIP e apresentar experiências práticas para sua implementação; discutir os seus processos de implementação nas políticas de formação profissional em saúde dos países e os desafios que enfrentam para a integração dos setores da educação e da saúde; e estabelecer uma agenda comum para fortalecer a EIP na Região das Américas e discutir as diretrizes de ação que orientam os países a implementar atividades para expandir o seu uso na Região das Américas²⁸.

Os acordos da II Reunião foram: o estabelecimento de uma ampla agenda para a incorporação do tema da EIP nas políticas de educação

na saúde dos países da Região das Américas e a formalização de uma rede para potencializar as experiências de EIP entre os países – a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (Reip) que tem o Brasil como representante da secretaria executiva para o período 2018-2021, juntamente com a Argentina e com o Chile²⁸.

Para o Brasil, o evento representou um marco histórico no campo das políticas de formação em saúde, porque possibilitou o reconhecimento, em âmbito internacional, da EIP como prioridade para a transformação do modelo de atenção à saúde, da correspondência com os princípios do SUS e do seu potencial para melhoria da atenção à saúde.

No conjunto das atividades para o fortalecimento e divulgação da EIP, previsto no plano do Brasil, o Ministério da Saúde também apoia eventos organizados pela ReBETIS, conformada no ano de 2015. Essa rede realiza colóquios anuais e discute importantes aspectos relacionados com a pesquisa e com o desenvolvimento das práticas colaborativas e da EIP, tanto em nível nacional quanto internacional, com o objetivo de fortalecer a proposta no País²⁴.

Linha de ação 5: EIP nos espaços de Educação Permanente em Saúde

Como proposta para inclusão da EIP nos espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS), privilegiaram-se os processos formativos dos médicos do PMM, por considerar que a incorporação desse profissional na atenção básica, preenchendo uma lacuna histórica de escassez desse profissional nas equipes, pode potencializar o desenvolvimento de práticas colaborativas por meio da EIP. A oferta de um curso on-line sobre EIP foi um dos resultados das ações do plano, cuja finalidade consistiu em ampliar as competências para o trabalho colaborativo dos profissionais médicos e demais profissionais de saúde inseridos no projeto²⁹.

Nessa linha de ação, também cabe mencionar o lançamento do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde, no mês de setembro

de 2017, que em sua primeira edição teve por tema a EPS e contemplou entre os seus eixos temáticos a EIP e as práticas interprofissionais. Essa atividade justificou-se pela necessidade de fortalecer a interlocução entre a EIP e a PNEPS enquanto dispositivo que dialoga com as bases dos sistemas educacional e de saúde brasileiros. O laboratório recebeu a inscrição de 251 experiências, sendo 92 relacionadas com a EIP. Dessas, três foram reconhecidas como propostas contribuintes para a implementação de práticas interprofissionais no País³⁰.

O plano de ação conseguiu avançar em pontos estratégicos para o fortalecimento da EIP no contexto da formação e do trabalho em saúde, tais como o desenvolvimento docente para a EIP, o mapeamento das iniciativas de EIP nas IES brasileiras, o fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP e o estímulo a ações que visam dar concretude à EIP e práticas interprofissionais nos espaços de EPS²⁸.

No ano de 2018, outro grande passo foi dado com o objetivo de impulsionar o alinhamento dos cursos de graduação em saúde aos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP: o lançamento do edital do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Foram selecionados 120 projetos de IES públicas e privadas sem fins lucrativos de todas as regiões do Brasil, com a intencionalidade de estabelecer um processo permanente de acompanhamento, apoio e avaliação das ações de EIP com vistas ao seu fortalecimento e difusão e, conseqüentemente, aumento da qualidade da atenção à saúde³¹.

Conclusões

Apenas recentemente o Brasil vem incorporando de forma mais clara a EIP nas políticas de reorientação da formação em saúde, embora já se contabilizem iniciativas potentes para o seu desenvolvimento e consolidação de suas bases teóricas e metodológicas^{9,32,33}. Esse aspecto foi intensificado nos últimos dois anos, o que

pode ser atribuído ao reconhecimento e sensibilização dos formuladores de políticas quanto à importância do tema no processo de formação dos profissionais de saúde e seus potenciais efeitos sobre o modelo de atenção à saúde, bem como à atuação de organismos internacionais de saúde que intensificaram o chamado para o debate acerca da EIP, possibilitando demonstrar os benefícios dessa abordagem.

Muitos desafios ainda estão previstos nesse horizonte, pois mesmo que haja espaço adequado para o fortalecimento da EIP nas políticas existentes, há de se pensar em estratégias que assegurem a sustentabilidade das iniciativas no contexto histórico de enfrentamento dos desafios relacionados com a formação em saúde. A importância do tema, complexidade e desafios evidenciam a necessidade de maior investimento nessa proposta, com vistas a induzir mudanças sólidas e promissoras no contexto das instituições de ensino

e saúde e, acima de tudo, no que diz respeito às relações profissionais.

Colaboradores

Freire Filho JR (0000-0003-1306-9368)* contribuiu para a concepção, planejamento e elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Gonçalves CB (0000-0002-7644-9440)* participou substancialmente do planejamento, revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. Costa MV (0000-0002-3673-2727)* contribuiu para a concepção, planejamento, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Forster AC (0000-0002-2720-5802)* contribuiu para a concepção e planejamento da proposta, revisão crítica e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RL, et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(7):2237-2246.
2. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde.* 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 set. 2017. Washington, DC: OPAS; 2017.
3. Reeves S, Perrier L, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 28(3):CD002213.
4. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, et al. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa mais médicos. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(supl1):1005-1014.
5. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):173-186.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2297-2305.
7. Korner M, Butof S, Muller C, et al. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care.* 2016; 30(1):15-28.
8. Shrader S, Hodgkins R, Laverentz D, K, et al. Interprofessional Education and Practice Guide No. 7: Development, implementation, and evaluation of a large-scale required interprofessional education foundational programme. *J Interprof Care.* 2016; 30(5):615-619.
9. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):185-197.
10. Reeves S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education.* Berlin: Verlag Dr. Müller; 2008.
11. Zirn L, Körner M, Luzay L, et al. Design and evaluation of an IPE module at the beginning of professional training in medicine, nursing, and physiotherapy. *GMS J Med Educ.* 2016; 33(2):1-17.
12. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):199-201.
13. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(4):977-83.
14. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface.* 2015; 19(supl1):709-720.
15. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(supl2):16-24.
16. Barr H. *Interprofessional Education: the genesis of a global movement.* United Kingdom: Center For The Advancement of Inteprofessional Care; 2015.
17. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Hucitec. 2004; p. 259-278.
18. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.* Genebra: OMS; 2010.
19. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J. Interprof. Care.* 2005; 19(supl1):39-48.
20. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. *Educação Médica no Brasil.* São Paulo: Cortez; 2015.

21. Camara AMCS, Pinho DLM. A educação interprofissional no PET-Saúde: uma experiência de educação transformadora. *Cad. Educ. Saúde Fisioter.* 2015; 2(3):817-829
22. Pan American Health Organization. *Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting.* Bogota, Colombia, 7-9 Dec 2016. Washington, DC: PAHO; 2017.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
25. Freire Filho JR, Costa MV, Forster AC, et al. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. *J Interprof Care.* 2017; 31(6):754-760.
26. Freire Filho, JR, Silva CBG. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017.
27. Costa MV, Freire Filho JR, Silva GBG, et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2018; 22(supl2):1507-1510.
28. Silva FAM, Cassiani SHB, Freire Filho JR. *Interprofessional Health Education in the Region of the Americas.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26:e-3013.
29. Costa MV, Peduzzi M, Freire Filho JR, et al. *Educação Interprofissional em Saúde [E-book].* Natal: SEDIS-Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.
30. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Mundial da Saúde no Brasil. *Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. Série. Técnica NavegadorSUS 1.
31. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *PET-Saúde divulga resultado final dos projetos selecionados [internet].* 2018 [acesso em 25 mar 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sgtes/44588-pet-saude-divulga-resultado-final-dos-projetos-selecionados>.
32. Hepp SL, Suter E, Jackson K, et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J Interprof Care.* 2015; 29(2):131-137.
33. Reeves S. *Réplica.* *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):205-206.

Recebido em 11/11/2018

Aprovado em 18/04/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

*The interface between Education through Work for Health Program/
Interprofessionality and the National Policy of Permanent Education
in Health*

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida¹, Elen Ferraz Teston¹, Arthur de Almeida Medeiros¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S108

RESUMO Este ensaio teve como objetivo refletir sobre as contribuições da edição mais recente do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Interprofissionalidade para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, resgata-se a contemporaneidade da formação em saúde, a Educação Interprofissional e o processo formativo, e a execução do PET-Saúde/Interprofissionalidade como potencializador da prática colaborativa na atenção primária. Ressalta-se que, diante dos inúmeros desafios vivenciados pelos serviços de saúde para responder às demandas populacionais variadas e influenciadas pela transição demográfica e epidemiológica, entende-se como necessário ensaiar reflexões sobre a interprofissionalidade e suas contribuições para a implementação da PNEPS. Acredita-se que este material possa subsidiar a discussão e atuação profissional na elaboração e realização de intervenções interprofissionais apropriadas para as diferentes demandas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de integração docente-assistencial. Recursos humanos. Práticas interdisciplinares.

ABSTRACT *This essay aims to reflect on the contributions of the most recent edition of the Education through Work for Health Program – PET-Health/Interprofessionality for the implementation of the National Policy of Permanent Education in Health (PNEPS) within the scope of the Unified Health System (SUS). In this context, the contemporaneity of health education, the Interprofessional Education and the formative process, and the implementation of PET-Health/Interprofessionality as a potentiator for the collaborative practice in primary care are rescued. It should be stressed that, given the innumerable challenges experienced by the health services to respond to the demands of a varied population and influenced by the demographic and epidemiological transition, we believe it is necessary to rehearse reflections on interprofessionality and its contributions to the strengthening of the PNEPS. It is believed that this material can subsidize the discussion and professional performance in the elaboration and accomplishment of interprofessional interventions that are appropriate for the different health demands.*

KEYWORDS *Teaching care integration services. Human resources. Interdisciplinary practices.*

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
rgclaretiano@gmail.com



Introdução

O contexto social contemporâneo, que se encontra marcado pelas intensas transformações de natureza política, científica, cultural, tecnológica e econômica, com impactos importantes na formação acadêmica, tem exigido das universidades e dos docentes a adoção de estratégias diferenciadas para o ensino de qualidade e que responda às necessidades não só do mercado de trabalho, mas também da sociedade.

As mudanças no perfil de morbimortalidade populacional têm evidenciado amplos desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), em especial no modo de cuidado centrado no paciente. Nesse contexto, emerge a necessidade do fortalecimento dos princípios básicos do SUS que oportunizam o cuidado integral e contínuo¹.

Cabe destacar que os serviços de atenção à saúde, nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devem organizar a assistência em resposta às necessidades de saúde da população, que no cenário atual são representadas pela tripla carga de doenças: infecciosas e parasitárias, causas externas e condições crônicas, o que reitera os desafios vivenciados pelo setor. Atinente a isso, o descompasso entre a necessidade e a oferta das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação determinam as dificuldades atuais do SUS^{1,2}. Diante disso, todos os atores envolvidos no processo de formação devem estar abertos e aptos a compreender a necessidade da (re)construção diária de sua prática.

O ser/estar/tornar-se professor não se restringe unicamente ao ato de ensinar, é um processo construído no dia a dia da vivência da docência, que vai além do espaço físico da sala de aula, e que exige a mobilização e sistematização de inúmeros saberes. Ser docente universitário, principalmente na área da saúde, é uma nova experiência para todo profissional, visto que, conforme afirmam Pimenta e Anastasiou³⁽¹⁷⁴⁾,

a maioria [das pessoas] que atua na docência universitária tornou-se professor da noite

para o dia: dormiram profissionais e pesquisadores de diferentes áreas e acordaram professores.

Na área da saúde, a formação/preparação para o ensino se restringe, na maioria das vezes, às atividades desenvolvidas em disciplinas de didática, ou outras correlatas, cursadas na pós-graduação. Dessa maneira, a prática educativa de tais docentes baseia-se, principalmente, nas vivências experimentadas em sua caminhada de formação, as quais, muitas vezes, não são adequadas à realidade atual, e que serão, conseqüentemente, ofertadas aos estudantes e reproduzidas em suas vidas profissionais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde definem como perfil do egresso: o profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, pró-ativo e criativo. Elas ainda elucidam que o processo de formação seja articulado, pautado e direcionado ao SUS e que garanta a atenção das reais necessidades de saúde da população⁴. Concernente a isso, torna-se imprescindível para a formação o reconhecimento das especificidades do território de atuação: o desenvolvimento de habilidades para o trabalho interprofissional, bem como o engajamento das diferentes profissões na discussão do cotidiano de trabalho.

Diante do apresentado, faz-se necessário romper com o modelo de formação tradicional, centrado em conteúdos e na pedagogia da transmissão, substituindo-o por metodologias de ensino-aprendizagem que oportunizem ao estudante ser o protagonista de sua formação. Essas novas metodologias devem ainda considerar a ampliação dos cenários de práticas pedagógicas para além do espaço de sala de aula, fortalecendo a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade. Cabe salientar que o mundo do trabalho, no qual a vida acontece, deve ser encarado como espaço vivo de formação, em que conhecimentos, habilidades e atitudes são ensinados e vivenciados/aprendidos em ato, na vida cotidiana.

Considerando, portanto, as dificuldades do contexto social contemporâneo e as demandas

emergentes do SUS, questiona-se: como formar profissionais comprometidos a gerir os problemas vivenciados na prática diária do trabalho e engajados com as especificidades/necessidades do serviço?

Posto isso, este ensaio tem como objetivo refletir sobre as contribuições da edição mais recente do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Interprofissionalidade para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS.

Educação Interprofissional e o processo formativo

Para pensar e refletir sobre o trabalho em saúde, é imprescindível discutir sobre a formação, com o objetivo de compreender os pontos de confluência e divergência dessas duas realidades, identificando as necessidades de (re) construção do processo formativo com foco nas reais demandas de saúde da população.

O modelo de formação hegemônico – hospitalocêntrico e fragmentado – apresenta uma valorização excessiva de competências técnicas específicas, o que contribui para a formação de profissionais com importantes limitações na capacidade de análise de contexto e de trabalhar colaborativamente em equipe^{5,6}.

A realidade de saúde da população, em que se verifica a complexidade do processo de cuidar, demonstra a necessidade do efetivo trabalho em equipe com práticas colaborativas e ações integradas centradas no usuário, na família e na comunidade. Nessa perspectiva, a Educação Interprofissional (EIP) mostra-se como uma importante ferramenta para a transformação do processo formativo, que visa à melhoria da colaboração e da qualidade da atenção à saúde. A EIP pode ser definida como um modelo de formação – estabelecido com ações articuladas entre dois ou mais cursos da saúde – que estimula o processo de aprendizagem compartilhado e interativo, em que se aprende sobre os outros, com os outros e entre si, necessária para o

desenvolvimento de habilidades indispensáveis para a prática colaborativa^{7,8}.

A EIP entrou em destaque no cenário nacional e internacional, em especial nos últimos anos, diante da urgente necessidade de (re) organização dos serviços de saúde perante as demandas existentes e do impacto positivo sobre a saúde da população, na qual observa-se um cuidado mais efetivo, integral, resolutivo, reduzindo os custos e os erros, e ampliando a segurança do paciente. A experiência da prática colaborativa entre os profissionais da saúde oportuniza a construção de um espaço rico para o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos indispensáveis para o trabalho interprofissional efetivo⁸.

No contexto da formação, a implementação da EIP ainda passa por diversos desafios e limitações; um deles está centrado na figura do docente, que necessita de qualificação relevante. Essa qualificação pode ser entendida como um conjunto de dimensões compostas por experiências prévias, intencionalidade para o trabalho em grupo colaborativo, flexibilidade e criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes, e comprometimento⁸. Assim, é de grande importância uma reestruturação docente, ancorada na perspectiva da EIP, em que se ensina e se reflete sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos⁹.

Outro fator limitante é o suporte institucional, que ainda não valoriza a prática interprofissional e desconhece seus benefícios para integralidade do cuidado⁹. Para a subversão dessa lógica, é importante o fortalecimento da interação entre ensino, serviço e comunidade, extinguindo a cultura do ensino fragmentado e do trabalho individualizado.

Nesse contexto, torna-se premente o trabalho colaborativo entre os diferentes profissionais de saúde que atuam em prol da assistência resolutiva e de qualidade. Para tanto, são essenciais a prática reflexiva e o planejamento de ações a partir das lacunas identificadas no dia a dia do trabalho, por meio da utilização de uma

abordagem coerente e integrada com os múltiplos fatores que influenciam o processo saúde-doença.

A prática colaborativa pode ser definida como uma cooperação integradora de diferentes profissionais de saúde, que combinam competências e habilidades em benefício do indivíduo – foco da atenção, possibilitando o melhor uso dos recursos disponíveis e o desenvolvimento de ações de cuidado mais criativas e efetivas¹⁰. Seus benefícios são inúmeros e confluem para o seu objetivo principal, qual seja: maior resolubilidade das práticas tendo em vista a melhoria dos resultados de saúde. Entretanto, a integração deficiente entre a tríade ensino, serviço e comunidade, mesmo com o apoio de políticas de nível macro, ainda se constitui uma barreira para sua implementação¹¹.

As experiências que avaliam a implementação da EIP, e, conseqüentemente, da prática colaborativa, apontam que a maioria das vivências são de curta duração (entre um e cinco dias) e que as limitações metodológicas são pouco exploradas. Tais estudos se centram na avaliação dos impactos da EIP apenas em curto prazo; e o dimensionamento das mudanças produzidas nas práticas profissionais ainda necessita de maior aprofundamento. Além disso, nas avaliações, embora os estudantes apresentem percepções positivas sobre a EIP, trabalhos que verifiquem a modificação de comportamento na prática profissional, mudança organizacional e melhoria da assistência ainda são pouco explorados⁸.

A PNEPS como estratégia indutora para a prática colaborativa

Como estratégia para transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos e as práticas de educação na saúde, por meio do incentivo à organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial,

pode-se destacar a PNEPS, que reafirma o compromisso do Estado brasileiro com o SUS, na garantia dos princípios de universalidade, equidade e integralidade com efetiva participação popular¹²⁻¹⁴.

A PNEPS apoia uma prática político-pedagógica voltada para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do diálogo entre a diversidade de conhecimento. Essa prática valoriza os saberes populares, a ancestralidade e o incentivo à produção individual e coletiva, inseridos no sistema público de saúde¹²⁻¹⁴. Tem como pilares o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Entre os eixos estruturantes para a sua operacionalização, destacam-se a participação, o controle social e a gestão participativa, a formação, a comunicação, a produção de conhecimento, o cuidado em saúde, a intersetorialidade e os diálogos multiculturais¹²⁻¹⁴. Tais preceitos implicam a aproximação dos profissionais de saúde entre si e com a comunidade

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui a inter-relação entre serviço, docência e saúde, com vistas ao desenvolvimento profissional e à qualidade da assistência prestada. Tem como base os pressupostos da aprendizagem significativa e da problematização da realidade, que devem ser orientadores das estratégias de mudança das práticas cotidianas de saúde¹⁵, no entendimento de que o trabalhador traz consigo conhecimento e experiências prévias e que o trabalho é fonte de conhecimento e local de aprendizagem. Nesse sentido, encoraja o uso de metodologias diferenciadas que despertem a reflexão crítica sobre as práticas de cuidado, adequando-as às reais necessidades dos usuários e atendendo aos princípios e diretrizes do SUS¹⁶.

Esse processo de análise rotineira das situações vivenciadas, que objetiva transformar as lacunas identificadas no trabalho em aprendizagem, é capaz de estimular a autonomia dos sujeitos e aproximá-los da

realidade, oportunizando um processo educativo permanente^{16,17}.

A gestão dos problemas vivenciados na prática é favorecida pelas ações de educação permanente, uma vez que elas possibilitam a ampliação da capacidade de autoavaliação pelos profissionais com relação às lacunas existentes entre o cenário ideal e o vivenciado no contexto dos serviços de saúde². Além disso, essas ações propiciam o engajamento dos profissionais com a reflexão sobre a prática diária e na não 'alienação' diante do contexto de trabalho, repercutindo positivamente na assistência prestada, visto que contribuem para a criação de novas possibilidades em detrimento da reprodução acrítica da realidade.

Ancorados na PNEPS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde (Pró-Saúde) e o PET-Saúde, em suas várias edições, sempre assumiram como eixo principal a integração ensino-serviço-comunidade, por meio do fortalecimento da parceria entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde, com vistas a induzir processos de reorientação pedagógica nos cursos de saúde.

O PET-Saúde, na sua atual edição, apresenta como foco a interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, com o intuito de estimular a EIP em todo o território nacional. Seu objetivo é promover mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde alinhadas às DCN, com fundamentos para a mudança lógica da produção do cuidado, proporcionando qualificação dos processos de integração ensino, serviço e comunidade, de modo a suscitar as práticas colaborativas em saúde¹⁸.

A prática colaborativa na perspectiva da EIP – pensada sob a ótica da aprendizagem colaborativa, experiencial e reflexiva – como uma ferramenta pedagógica, pauta-se na interação, colaboração e participação ativa dos envolvidos¹⁹. Trata-se de um processo de reculturação, com o intuito de que essas ações se tornem parte da comunidade do conhecimento. Sua eficácia está no desenvolvimento do senso de trabalho em equipe e do

senso crítico, lógico e analítico; na melhoria dos relacionamentos interpessoais; e no aprimoramento da comunicação, das habilidades de compreensão e da capacidade de lidar com pontos de vista diferentes²⁰.

O PET-Saúde/ Interprofissionalidade como potencializador da prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde

O PET-Saúde/Interprofissionalidade atende ao chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS) para implementar a EIP como ferramenta essencial para o desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos, contribuindo para a redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo^{7,21}. Nesse sentido, o PET-Saúde constitui-se uma estratégia de indução de mudanças no processo de formação profissional, possibilitando a identificação de necessidades frequentes vivenciadas no serviço de saúde e a reflexão por parte dos profissionais, a fim de originar propostas de intervenção contínuas²².

Estudo realizado na Paraíba, a partir de relatos oriundos das experiências de EPS desenvolvidas pelo grupo PET-Saúde, apontou que, embora os profissionais anseiem por melhoras na assistência, é nítida a dificuldade de discutir o processo de trabalho e de executar mudanças na prática. Entretanto, a adesão ao programa tem funcionado como potencializador para reflexões e envolvimento dos atores no processo de mudança²³.

Vislumbra-se, a partir da proposta de implantação do PET-Saúde, a construção de estratégias de educação permanente como integrante do processo contínuo de trabalho, que pode ser favorecido por meio de parcerias com diferentes dispositivos de saúde da rede, como, por exemplo, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), a fim de fortalecer e favorecer a operacionalização das mudanças.

Ele também visa reafirmar os pactos de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular garantidos pelo SUS. Do ponto de vista histórico, sua execução vem reconfirmar, como política internacional, o compromisso firmado pelo Brasil para a Atenção Primária à Saúde (APS) na Declaração de Alma-Ata, que agora completa 40 anos.

Cabe destacar que a Declaração de Alma-Ata representou um marco de cooperação entre os países, abarcando, inclusive, questões que ultrapassam o âmbito das condições de saúde. Ela buscou diminuir e amenizar as diferenças no desenvolvimento econômico e social entre os povos, sobretudo os mais necessitados, compreendendo que a promoção e a proteção da saúde são essenciais para o contínuo desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida dos homens, o que, conseqüentemente, contribui para a paz mundial²⁴.

A Declaração de Alma-Ata aponta a necessidade de compreensão da saúde como um direito humano e sugere, para a melhoria das condições de saúde, o apoio às instituições de serviços de saúde locais, centradas nas necessidades de saúde da população e da comunidade e fundamentadas na perspectiva interdisciplinar e na participação social. Ela apresenta como ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da APS: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção, distribuição de alimentos e nutrição apropriada, tratamento da água e saneamento, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões e o fornecimento de medicamentos essenciais²⁵.

O acordo firmado em Alma-Ata para o ano 2000 está longe de ser alcançado, tanto no mundo quanto no Brasil. No âmbito da saúde, é clara a necessidade de melhorar as condições de acessibilidade, de garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade e de diminuir as inúmeras iniquidades econômicas e sociais que influenciam diretamente as condições de saúde. Nesse sentido, os compromissos estabelecidos há 40 anos não se

tornaram obsoletos; ao contrário, mostram-se atuais e cogentes, tendo sido reafirmados na Declaração de Astana, em 2018²⁶.

O trabalho colaborativo é uma importante estratégia para ampliar a resolutividade na APS, principalmente tendo em vista os desafios vivenciados diariamente pelas equipes da Estratégia Saúde da Família para o cuidado em saúde. Sob esse aspecto, a criação do Nasf-AB configura-se como uma importante referência de apoio à reflexão da interprofissionalidade, cujo processo de trabalho se fundamenta na metodologia do apoio matricial, demandando a interação intra e intequipes e agregando, portanto, novos arranjos organizacionais²⁷.

Destarte, visualiza-se o PET-Saúde/Interprofissionalidade como recurso de estímulo à adoção de estratégias educacionais alicerçadas na EIP e na EPS e de promoção das práticas colaborativas, tendo como horizonte a consolidação da saúde como direito universal.

Considerações finais

Acredita-se que a implementação de políticas de nível macro sustentadas na integração ensino-serviço-comunidade tem potencial para fortalecer a EIP e implementação da PNEPS, ao estimular e conduzir processos de transformação das práticas de saúde em atendimento às reais necessidades da população usuária.

Nessa compreensão, espera-se que o PET-Saúde/Interprofissionalidade, no âmbito do ensino, seja capaz de promover mudanças, tanto na forma de ensinar quanto na de aprender. Também se almeja que as IES possam compreender os novos rumos da educação na saúde e proporcionar apoio à comunidade acadêmica, seja na formação e aprimoramento dos docentes para EIP e suas bases metodológicas e conceituais, seja na criação de espaços de reflexão e trabalho coletivo, nos quais os discentes possam desenvolver competências para o trabalho em equipe interprofissional.

Para os serviços e para a comunidade, anseia-se que a atual edição do programa

estímulo o desenvolvimento de estratégias de EPS, especialmente quanto à prática colaborativa, objetivando qualificar a força de trabalho em saúde para a assistência centrada na pessoa e sua família, inseridos no seu ambiente, com todas as suas singularidades e encarados sob a perspectiva interdisciplinar, segundo a qual os saberes profissionais se complementam na busca pela integralidade do cuidado. Por consequência, almeja-se garantir práticas mais seguras e de maior qualidade, redução de erros profissionais e dos custos para o sistema de saúde, contribuindo, assim, para um SUS que realmente atenda às necessidades de seus utentes.

Como legado, a expectativa é que o PET-Saúde/Interprofissionalidade possa tornar a prática colaborativa uma experiência que passa as interfaces entre a educação na saúde,

o processo de trabalho e a prática profissional, não se tornando apenas uma vivência pontual, uma utopia, mas se concretizando e se perpetuando na busca constante pela qualificação do cuidado em saúde.

Colaboradores

Almeida RGS (0000-0002-4984-3928)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Teston EF (0000-0001-6835-0574)*, Medeiros AA (0000-0002-2192-8823)*. Contribuíram para a análise, interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de saúde; 2012.
2. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMG Glob Health* [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 20]; 3(4):e000829. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035510/>.
3. Pimenta SG, Anastasiou LGC. *Docência no Ensino Superior*. São Paulo: Cortez; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS/MS nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 26 Fev 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da Oficina de alinhamento conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
6. Barr H, Low H. *Introdução à Educação Interprofissional*. Londres: CAIPE; 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, Suíça: WHO; 2010.
8. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 27]; 20(56):185-197. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.
9. Batista NA, Batista SHSS. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 27]; 20(56):202-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0388>.
10. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health* [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 22]; 37(4):716-727. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/37/4/716/2362834>.
11. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 23]; 49(spe2):16-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 16 Fev 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 19 Nov 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 17 de janeiro de 2017. Estabelece o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 17 Jan 2017.
15. Pessoa LR, Ferla AA, Andrade J, et al. A educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. *Saúde debate* [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 22]; 49:165-71. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexo/s/63802503ec0a8c6a0118ff263102e43216771f9f.PDF>.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
17. Melo MC, Queluci GC, Gouvea MV. Problematising the multidisciplinary residency in oncology: a practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 18]; 48(4):706-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/0080-6234-reeusp-48-04-706.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 10, 23 de julho 2018 seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/ Interprofissionalidade - 2018/2019. *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 24 Jul 2018.
19. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 set 18]; 29(3):178-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/chp.20033>.
20. Johnson DW, Johnson RT, Smith KA. Cooperative learning returns to college: what evidence is there that it works? *Change* [internet]. 1998 [acesso em 2018 set 18]; 30(4):26-35. Disponível em: <https://studentsuccess.louisiana.edu/sites/studentsuccess/files/CooperativeLearning.pdf>.

21. Silva FAM, Cassiani SHB, Freire Filho JR. Interprofessional Health Education in the Region of the Americas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 20]; 26:e3013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>.
22. França T, Magnago C, Santos MR, et al. PET-Saúde/ GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 21]; 42(spe2):286-301. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/286-301/pt/>.
23. Sampaio J, Santos KSD, Carvalho POF, et al. Pet-Saúde e Educação Permanente: dispositivos potentes na problematização do acolhimento na Saúde da Família. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde* [internet]. 2014 [acesso em 2018 dez 21]; 18(spl1):49-54. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/20941/11843>.
24. Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: uma declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet] 2004 [acesso em 2018 out 29]; 12(3):447-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>.
25. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde; 6-12 Set. 1978; Alma-Ata (URSS); WHO; 1978.
26. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, 25-26 Out. 2018; Astana (Kazakhstan): WHO; 2018.
27. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os núcleos de apoio à saúde da família e as equipes apoiadas. *Physis* [internet] 2018 [acesso em 2018 out 29]; 28(3):e280310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280310.pdf>.

Recebido em 26/12/2018

Aprovado em 07/05/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas

Digital media and platforms in the Permanent Health Education field: debates and proposals

Tania França¹, Elaine Teixeira Rabello¹, Carinne Magnago¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S109

RESUMO Este ensaio buscou debater a relevância das mídias e das plataformas digitais como ferramentas para o desenvolvimento e gestão de ações de Educação Permanente em Saúde. Defende-se que as mídias sociais e as plataformas digitais são uma chave para a gestão da educação e do trabalho em saúde se (e somente se) considerados e respeitados os usos tácitos daquelas já existentes e utilizadas pela comunidade de usuários, gestores e trabalhadores. Inicialmente, discute-se o já estabelecido reconhecimento das tecnologias de informação e comunicação como elemento importante para a educação na saúde, a despeito das dificuldades de sua utilização crítica nos cenários. Em seguida, a partir da perspectiva dos estudos digitais, introduzem-se algumas noções correntes sobre redes sociais, *cyber* e digital, fenômenos que vão além da adoção de certos dispositivos e tecnologias como mediadores, reconhecendo-os como elemento central de diversos grupos e atividades humanas na cultura contemporânea. Por fim, sugere-se a ampliação da proposta de adoção dessas tecnologias para uma de reconhecimento das plataformas e das mídias digitais e seu uso corrente como ferramentas estratégicas para a gestão da educação e do trabalho na saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Mídias sociais. Tecnologia da informação. Internet. Saúde.

ABSTRACT *This article sought to discuss the relevance of digital media and platforms as tools for the development and management of Permanent Health Education actions. It is argued that social media and digital platforms are a key to the management of education and of health work if (and only if) the uses of those already existing and utilized by the community of users, managers, and workers are considered and respected. Initially, the already established recognition of information and communication technologies as an important element for permanent education is discussed, despite the difficulties of its critical use in the scenarios. Then, from the perspective of digital studies, some prevailing notions about social networks, cyber and digital, phenomena that go beyond the adoption of certain devices and technologies as mediators are introduced, recognizing them as a central element of various groups and human activities in contemporary culture. Finally, it is proposed the amplification of the proposal of adoption of those technologies to that of a recognition of digital platforms and media and their prevailing use as strategic tools for the management of the education and of health work*

KEYWORDS *Education, continuing. Social media. Information technology. Internet. Health.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
carinne.mag@gmail.com



Introdução

A internet e as diversas plataformas e mídias sociais têm-se apresentado como um desafio para os métodos de pesquisa, contexto que tem aumentado o interesse de pesquisadores de várias áreas do conhecimento em investigar e compreender as interações mediadas por tecnologias¹. Para a área da educação na saúde, esse movimento vai ao encontro da valorização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no desenvolvimento de iniciativas pedagógicas de saúde criativas, inovadoras e ousadas, que vêm fortalecendo a interface entre comunicação, ciência e sociedade².

Nesse conjunto, inserem-se as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), que têm como objetivo qualificar o processo de trabalho em saúde para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde. Por isso, seu processo educativo se constrói a partir da análise do cotidiano do trabalhador, integrando ensino, serviço, docência e saúde³.

Institucionalizada como política em 2004⁴, a EPS tem sido mobilizada em todo o território nacional na perspectiva de alcançar diferentes públicos. Por esse motivo, diferentes ações têm sido implementadas, incluindo aquelas operacionalizadas por meio das TIC⁵, a exemplo do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que integra EPS e apoio assistencial, e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), que disponibiliza cursos na modalidade de Educação a Distância (EaD)⁶.

Na relação entre ensino e sistema de saúde, surge a arquitetura da gestão colegiada interfederativa para produzir e executar as atividades educacionais e assistenciais. Assim, a implantação, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) implica um trabalho articulado entre o sistema de saúde, as instituições formadoras, os gestores e o controle social⁴.

A formação de recursos humanos está atrelada não apenas às políticas de saúde, mas também às políticas de educação e trabalho, que extrapolam a governabilidade do setor

saúde. Apesar de a formação profissional em saúde estar subordinada às regras da educação, é o setor saúde que define os rumos e a sua conexão com a sociedade. Nesse contexto, práticas avaliativas têm sido introduzidas de várias formas e em diferentes ambientes, ora para analisar uma determinada intervenção ou problema como ação externa, ora como etapa do planejamento da gestão das instituições, de programas e projetos de saúde ou de ensino⁷. Cabe ressaltar, entretanto, o estágio ainda incipiente de processos de avaliação e monitoramento no Brasil e, por consequência, a pequena produção de estudos avaliativos de políticas públicas, incluindo a PNEPS⁸.

Segundo Minayo⁹, toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a orientação de estratégias de ação. Seu sentido ético alia-se a seu valor técnico e de responsabilidade social. Pelo olhar da saúde, Hartz¹⁰ supõe que a maneira como o monitoramento e a avaliação são organizados nos diversos níveis do sistema tem um impacto significativo nos tipos de estudos que são conduzidos e utilizados.

Nas vertentes da educação e da saúde, as dimensões do monitoramento e avaliação que envolvem a formação do trabalhador em saúde não foram construídas ao mesmo tempo nem de forma combinada, mas atualmente convivem de forma complexa e, às vezes, contraditória no SUS. Nessa conjuntura complexa, não apenas o monitoramento e avaliação das ações de EPS, mas principalmente o reconhecimento e o acompanhamento de ações inovadoras tornam-se um desafio para os trabalhadores, gestores, docentes e controle social. É nesse sentido que propomos incluir, nesse processo, informações e ações em arenas não usuais, como aplicativos, plataformas digitais e mídias sociais.

A literatura já apresenta evidências sobre o desenvolvimento e uso de TIC específicas para o ensino, mas há lacunas no conhecimento no que se refere à apropriação das mídias e das plataformas digitais já existentes no campo da EPS; e é sobre esse aspecto que este ensaio se debruça.

Cabe ressaltar que, seja no sentido de disseminar informações de forma sistemática e contínua para o monitoramento e avaliação das ações de educação na saúde, seja no sentido de reconhecer e dar visibilidade a práticas inovadoras já operadas nos diferentes territórios brasileiros, espera-se que as questões aqui elencadas apontem para os potenciais impactos das diversas plataformas digitais nas ações em saúde, no modo de gerir ações, pessoas, grupos e instituições alinhadas a uma política pública inovadora.

Dessa forma, este ensaio objetiva explorar a potencialidade dos recursos digitais não apenas nas pesquisas sociais em saúde e educação, mas também na dinamização do desenvolvimento e gestão de ações de educação na saúde.

As tecnologias de informação e comunicação no campo da educação na saúde

Tendo em vista que o uso crescente de plataformas web para interagir, gerar, acessar e disseminar informações é uma prática cada vez mais utilizada entre os profissionais de saúde^{11,12}, é razoável presumir que um olhar mais detido sobre o potencial das mídias digitais nos processos de EPS pode produzir evidências que possibilitem políticas mais consonantes à cultura contemporânea no campo da educação na saúde.

A importância das ferramentas e dos ambientes virtuais na aprendizagem já é reconhecida pela literatura. Atualmente, um volume crescente de tecnologias móveis que acessam a internet, como celulares e *tablets*, é utilizado por alunos e educadores em todo o mundo para acessar informações, racionalizar e simplificar a gestão do tempo, além de facilitar a aprendizagem de maneira inovadora^{13,14}.

Estudos como o de Paulino¹⁵ e Ladaga¹⁶ exemplificam os diversos usos do WhatsApp

Messenger em cenários de aprendizagem e trabalho em saúde, no sentido de cumprir diretrizes curriculares da área, bem como de atender a necessidades de comunicação institucional e, principalmente, de facilitar a formação de redes de contato e comunicação rápida entre seus membros.

No âmbito internacional, investigações também já reconhecem a utilidade das mídias sociais como ferramentas para a promoção de projetos de pesquisa, fornecimento e disseminação de informações de saúde e facilitação da educação de estudantes e profissionais, a exemplo do Facebook, Twitter, Instagram e YouTube^{2,17-19}.

Nessa esteira, várias organizações internacionais e centros de pesquisa para a promoção de programas de ensino têm estimulado a adoção do espaço virtual e dos dispositivos móveis como recursos pedagógicos. Três importantes diretrizes podem ser apontadas nesse sentido.

A primeira, as 'Diretrizes de Política para a Aprendizagem Móvel', divulgada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco)²⁰ em 2014, expõe os motivos para o incentivo do uso das tecnologias móveis isoladamente ou em combinação com outras TIC, a fim de permitir a aprendizagem em qualquer hora e em qualquer lugar. Nesse processo, a Unesco visa auxiliar os gestores de políticas públicas na compreensão da ideia de aprendizagem em tecnologia móvel e seus benefícios em direção à meta de educação para todos.

Um segundo documento aponta a preocupação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS)²¹ com o desenvolvimento de recursos humanos qualificados para atender às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, defendem a utilização das TIC para apoiar a aprendizagem on-line (por meios virtuais) como maneira de promover o desenvolvimento de competências técnicas, programáticas, gerenciais e administrativas nos trabalhadores da saúde.

A terceira diretriz se refere à implementação da Agenda Digital 2018 para a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)²². O documento apresenta princípios, objetivos, estratégias e medidas consensualmente identificadas para promover e apoiar esses países a darem respostas aos desafios da transformação digital e para sua edificação em economias digitais, alinhadas para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) constantes na Agenda 2030 das Nações Unidas.

Diante dos exemplos de agenda apontados, faz-se necessária a reflexão crítica sobre o uso e a apropriação cotidiana das ferramentas conectadas à internet e sobre a forma com que podem apontar, viabilizar e/ou impactar práticas de educação e formação em saúde. Segundo Moran²³, aprender ativamente significa desenvolver competências cognitivas e socioemocionais por meio de estratégias de ensino individuais e compartilhadas em grupo. Algo similar é proposto pelos documentos já mencionados, assim como está presente na maioria dos dispositivos legais relacionados com a EPS, entendendo as TIC como importantes nesse processo.

No entanto, propomos ir além da adoção das TIC a partir de uma nova roupagem que, apesar de as redesignar como tecnologias educacionais digitais, ainda estão calcadas em um velho paradigma que as compreende apenas como mediadoras. A discussão sobre dispositivos móveis, ambiente virtual de aprendizagem e similares mostra que, a rigor, ainda se pensa nas TIC no sentido de acessar o virtual (que difere do real) e o mundo on-line (que difere do off-line). Nossa proposta é adotar a perspectiva dos estudos digitais, para os quais a tecnologia não apenas facilita mudanças sociais – de trabalho e educação, por exemplo, ela as constrói. O ‘digital’, nesse caso, tem papel ativo nas ações de uma pessoa, um grupo, uma instituição. Todavia, o que, neste ensaio, estamos tomando por digital? E qual sua relação com o campo da EPS?

As redes sociais e a digitalização da vida

Na perspectiva que propomos, as mídias e as plataformas não são mais apenas mediadores ou espaços separados do cotidiano; elas integram a vida e são atores sociais importantes que participam ativamente das ações cotidianas. Nesse sentido, o enfoque passa a ser na cultura, no uso, na atuação de tais ferramentas, dispositivos e plataformas. Assim como na EPS não se separa o aprender do agir, na perspectiva dos estudos digitais também não se considera essa fragmentação. Do mesmo modo, não faz muito sentido, na maioria dos centros urbanos, separar rede social on-line de rede social off-line, já que o virtual não espelha mais o contrário do real, mas, sim, o integra. De onde vem essa noção e por que ela é cara às ações de EPS?

A comunicação por meio de redes de contatos não é novidade, tampouco uma tendência trazida pelo avanço da tecnologia. O termo ‘rede social’ é antigo, e seu estudo sistematizado remonta ao início do século XX a partir do surgimento dos trabalhos baseados na sociometria, que buscavam descrever e analisar a estrutura interpessoal presente nos pequenos grupos, como escolas, igrejas e clubes²⁴. Ao longo do século, foram desenvolvidas modelagens matriciais de papéis sociais para mapear os padrões homogêneos das relações; e, nos estudos sobre ciência política na Europa, conferem-se às redes um sentido mais amplo, associando-o a uma forma de governança alternativa. Redes sociais basicamente significam um grupamento de pessoas que mantêm um relacionamento, compartilhando objetivos e valores em comum.

Não há entre os estudiosos uma unanimidade em relação ao conceito de redes, contudo compartilham da ideia de que são um conjunto de relações independentes e relativamente estáveis, que conecta múltiplos atores com interesses comuns e que partilham recursos para persegui-los, na compreensão de que é pela cooperação que se alcançam as metas²⁵.

Uma das características fundamentais dessa definição de redes é a sua abertura, possibilitando relacionamentos horizontais e não hierárquicos entre os participantes, não sendo necessário, nesse sentido, estar conectado à internet para fazer parte de uma²⁶. Na visão da psicologia social, as redes são constituídas de pessoas, pois somente estas são capazes de conectar e criar vínculos entre si; as redes seriam, então, a linguagem dos vínculos, que podem ser classificados de maneira ascendente em relação ao nível, às ações e aos valores envolvidos: reconhecimento e aceitação que o outro existe; conhecimento sobre o outro; colaboração recíproca esporádica; cooperação e compartilhamento solidário de atividades e recursos; e associação de confiança mediante acordo de partilha de objetivos e projetos²⁵.

Da psicologia, toma-se por influência Stanley Milgram²⁷ que, a partir de uma pesquisa publicada em 1967, evidenciou que estamos, em média, a seis graus de separação de qualquer outra pessoa no mundo. Nas décadas posteriores, o sociólogo Mark Granovetter^{28,29}, por sua vez, debateu o grau de coesão social entre grupos. Para ele, os chamados ‘laços fracos’ são cruciais para a circulação de informações e inovações, porque permitem ampliar a conexão com grupos que estão além do mesmo círculo social.

Por esse pequeno apanhado de autores e estudos, vemos que o tema ‘redes sociais’ precede em muito o tema da internet e das mídias sociais. No entanto, se nos detivermos ao papel destas últimas no cenário acadêmico e científico e nas relações com os estudos de mídia, uma boa referência tem sido a historiografia proposta por Scolari³⁰. O autor define quatro momentos importantes nos quais se incluem os estudos sobre a comunicação de massa, internet e o universo virtual/digital. Primeiro, no período dos *founding fathers* (1960-1984), surgem os primeiros estudos sobre comunicação em rede, idealização de protótipos e especulações sobre realidade virtual. A Teoria da Informação, a Teoria dos Sistemas e a Comunicação eram as ciências

de base nesse período. Em um segundo momento (1984-1993), definido como *origins*, os estudos se dedicam a pensar interfaces para usuários, a interação humano-computador, a Comunicação Mediada por Computador (CMC), os hipertextos e a vivência da realidade virtual. Em um terceiro momento, período das *cybercultures* (1993-2000), a visão se volta à questão da *cybercultura* popular (*cyberespaços, ingo highways, cyborgs* etc.), *cybercultura* acadêmica (comunidades virtuais, exploração de identidades, hipermídia) e *cybercultura* crítica (inteligência coletiva, sociedades em rede). Finalmente, passamos pela fase dos *Internet Studies* (2000-2008), no qual os temas da chamada Web 2.0, o *Open source* e o conteúdo gerado por usuário ganham espaço, e os estudos se voltam para os *blogs, wikis, sites* de redes sociais e buscadores.

Na esteira do mapeamento do campo, no fim dos anos 2000, o foco, antes voltado para saber o quanto a sociedade ou quem está online, passa a se dar sobre como podemos usar a internet para diagnosticar mudanças sociais e culturais. Rogers³¹ chama esse momento de *dataclism* e propõe compreender não a sociedade que está na internet, mas a sociedade por meio da internet. É essa perspectiva dos métodos digitais que julgamos ser interessante para os propósitos da EPS: aquela que entende as redes, a internet, as plataformas e mídias digitais como chaves para a compreensão e engajamento em ações e projetos coletivos neste momento da história social.

Outro autor que adiciona a esta visão, ainda que se dedique especificamente à perspectiva *cyber*, é Pierre Lévy³². Considerado uma das lideranças sobre o termo ‘ciberespaço’ e o neologismo ‘cibercultura’, ele os compreende, respectivamente, como um meio de comunicação que surge da interconexão mundial de computadores e inclui a infraestrutura, o universo e as pessoas que nele navegam; e o conjunto de práticas, atitudes, modos de pensamento e de valores que se desenvolvem com o ciberespaço.

Lévy³² destaca a relação da cibercultura com

a aprendizagem, argumentando que os sistemas educativos se encontram hoje submetidos a novas restrições no que diz respeito a quantidade, diversidade e velocidade de evolução dos saberes. Nesse sentido, a demanda de formação não apenas carece de um enorme crescimento quantitativo, mas também de uma mudança qualitativa no sentido de encontrar soluções que utilizem técnicas capazes de ampliar o esforço pedagógico de professores e formadores.

Na oportunidade, o autor argumenta a favor das tecnologias como oportunidades de otimização da educação, a partir do modelo de aprendizagem virtual e EaD³². Porém, esta defesa, ainda que válida, restringe-se à visão do digital como ferramenta, mediadora ou arena. Para a tese que defendemos neste ensaio, partimos do princípio de que as diversas plataformas digitais são parte (e não via) da comunicação entre pessoas, são atores das redes sociais. Portanto, defendemos uma ideia de digital, na EPS, que vá além da simples adoção de TIC; uma que ressignifique o potencial delas no desenvolvimento, monitoramento e avaliação das ações de EPS.

Propostas de adoção dos métodos digitais no campo da educação na saúde

Tendo em vista a perspectiva apresentada, propõe-se fugir do paradigma que determina a redução das TIC a ferramentas de aprendizagem a distância, sendo necessários, portanto, embates contemporâneos entre a proposta da educação bancária, que pressupõe a transmissão de conteúdos, e a sua defesa como direito e prática de emancipação dos indivíduos³³.

Como já mencionado, nossa tese é de que entender a apropriação e o uso contextual que se tem feito das plataformas e mídias digitais ajuda a potencializar a EPS. Na perspectiva dos métodos digitais, isso significa não apenas monitorar quais plataformas são usadas, formal e informalmente pelos profissionais, mas

também pensá-las como atores da rede, pensar em como elas engendram e até mesmo viabilizam ações de EPS nos territórios brasileiros.

Assim, um novo papel social é atribuído às TIC: elas deixam de ser meras ferramentas de EPS e passam a ser algo mais amplo: recurso para a gestão da educação e do trabalho em saúde. Para isso, precisamos aprender sobre os usos correntes das plataformas e das mídias digitais. Isso significa investigar e explorar o que já se usa, entendendo melhor como os diversos atores interagem com elas e em que cenários seus usos podem ser otimizados, de acordo com os recursos de cada mídia e plataforma e sua cultura de uso, que é local e contextual sempre.

Pesquisa sobre o WhatsApp identificou que os profissionais de saúde o utilizam para disseminação de informações de saúde, troca de informações e tomada de decisão clínica entre os profissionais, apoio social a pacientes durante tratamento, disseminação de orientações de saúde, e aprendizado¹⁶. Usos semelhantes foram verificados para outras mídias, como *blogs*, Twitter e Facebook^{2,34,35}.

Cada um desses usos implica parcelas de estratégias forjadas para aproveitar os recursos dessas tecnologias para fins profissionais, mas, certamente, a efetividade desse uso nos cenários descritos envolve, sobretudo, a apropriação geral delas pela população como parte do seu cotidiano comunicacional de vida. Se todos já usam os aplicativos e redes sociais para falar com seus familiares e amigos, é natural que se estenda seu uso para a comunicação profissional.

A união das perspectivas dos estudos e métodos digitais para repensar o papel das TIC na EPS tem o potencial de dar visibilidade, incentivar e otimizar dinâmicas de integração ensino-serviço-comunidade e a consequente melhoria dos processos de trabalho em saúde, partindo da discussão sobre em que medida essas plataformas e mídias já fazem parte da rotina de ações em EPS, ou de que modos inovadores e responsáveis elas podem ser integradas.

Reforçamos que não é necessário reinventar a roda; não é necessário lançar novos aplicativos, novos ambientes virtuais de aprendizagem, novas plataformas desenhadas especificamente para isso ou para aquilo. Vale, tanto quanto a retórica do novo, reconhecer e aproveitar o que circula, o que já está em uso. Facebook, WhatsApp, Google, Instagram e Youtube, por exemplo, são aplicativos e plataformas que fazem parte do cotidiano de vida de boa parte da população de profissionais de saúde. Tendo em vista esses elementos, o aprimoramento, pela gestão, de estratégias de implementação, monitoramento e avaliação de ações, programas e políticas significa reconhecer, avaliar e, principalmente, incrementar pautas magnas da gestão da EPS.

Outra vertente a ser explorada é a vigilância em saúde, no sentido de identificar as principais demandas populacionais e, assim, empreender estratégias de educação profissional e tomada de decisão política que vise melhorar os indicadores de saúde. Uma revisão da literatura identificou que pouco mais de 60% dos artigos científicos sobre mídias sociais e saúde pública encontraram relação positiva entre os resultados dos processos de monitoramento e os dados obtidos pelo sistema tradicional de vigilância³⁶. Por essa lógica, o monitoramento de mídias sociais pode ser uma ferramenta complementar no mapeamento de problemas de saúde, assim como de ações de EPS.

De maneira geral, no âmbito da saúde pública, há evidências de que as redes sociais são utilizadas para informar e capacitar, aumentar a efetividade e velocidade do processo comunicacional, coletar dados quantitativos e qualitativos e mobilizar parcerias inter-setoriais³⁷. Entretanto, mais pesquisas são necessárias para avaliar os efeitos desse uso nos resultados de saúde dos pacientes, objeto principal da EPS. Assim, o domínio das técnicas analíticas de dados produzidos nas redes sociais pode contribuir para o advento das pesquisas sociais e de saúde e para a implementação e gestão da PNEPS³⁸.

Tendo isso em vista, deixamos aqui

sugestões de desdobramentos e agendas de pesquisa sobre plataformas e mídias digitais no campo da educação na saúde, dentro da perspectiva dos métodos digitais. Uma primeira linha de estudos em potencial seria mapear a circulação de fatos, ideias e conhecimentos por meio da análise de itens de mídia, como postagens e imagens circuladas em grupos e páginas mantidas por instituições de educação na saúde. Outra estratégia relevante seria identificar atores-chave e estimar sua influência em redes digitais, usando ferramentas de análise estatística e de rede e métricas de engajamento para vozes dominantes.

Os métodos digitais trazem, ainda, o potencial de identificar as representações sociais da saúde subjacentes aos conteúdos das postagens e aos objetos digitais, juntando análise de conteúdo visual e textual. Além disso, algumas análises lexicais podem ser feitas para rastrear discursos e divulgação de informações, impressões, notícias e informações equivocadas. Um olhar sobre as plataformas permite, ainda, avaliar os possíveis resultados e o impacto social sobre o comportamento de saúde e as demandas políticas, reunindo dados quantitativos coletados anteriormente para uma compreensão qualitativa dos resultados gerais oriundos de relatórios, painéis e entrevistas.

A propositura apresentada, que se assenta na perspectiva dos estudos desenvolvidos por meio de métodos digitais de pesquisa, longe de situar um conflito com os desenhos de pesquisa e de monitoramento tradicionais, vem adicionar ao rol de recursos já disponíveis possibilidades mais adequadas para explicar as especificidades dos objetos e dados constituídos na contemporaneidade.

A conexão entre essas metodologias, a democratização do conhecimento e a educação ativa potencialmente permitem o estudo indutivo dos impactos das novas TIC, mídias digitais e percepções sociais sobre as práticas e tecnologias de saúde. Em última análise, essa união pode produzir evidências e subsidiar o avanço das políticas de gestão do trabalho e educação na saúde.

Pelo exposto, retomamos a questão de pesquisa: quais as potencialidades das mídias e das plataformas digitais para o campo da EPS? Em nossa perspectiva, identificamos que elas podem: conferir maior visibilidade, reconhecimento e difusão das ações de EPS operadas nos diferentes territórios brasileiros, as quais podem ser replicadas e/ou re-adaptadas conforme as necessidades locais; atuar como ferramentas de operacionalização, monitoramento e avaliação de ações de EPS, com menor custo ao sistema de saúde, já que se tratam de ferramentas já existentes e utilizadas por usuários, profissionais e gestores da saúde; e operar como objeto de estudo e análise, compreendendo-as como um ‘ator’ que provoca impacto na saúde (quer seja pelo consumo das informações e pelos vínculos

sociais que nela se estabelecem, quer seja pelo próprio uso dos equipamentos para diferentes finalidades) e que potencialmente reflete o comportamento, hábitos e condições de saúde da população que as utiliza. Dessa maneira, as mídias e as plataformas podem fornecer dados de grande valia para a implementação de novas ações de EPS e correção e ou implantação de novas políticas que possibilitem melhores resultados de saúde.

Colaboradores

França T (0000-0002-8209-9811)*, Rabello ET (0000-0002-8324-1453)*, Magnago C (0000-0001-8799-3225)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Camboim LG, Bezerra EP, Guimarães IJB. Pesquisando na internet: uma análise sobre metodologias utilizadas em dissertações de mestrado do PPGCI-UFPB. *Biblionline* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 1]; 11(2):123-34. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/biblio/article/view/25380>.
2. Curran V, Matthews L, Fleet L, et al. A Review of Digital, Social, and Mobile Technologies in Health Professional Education. *J Contin Educ Health Prof*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 1]; 37(3):195-206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/CEH.000000000000168>.
3. Lima SA, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab, Educ Saúde* [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 1]; 12(2):425-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200012>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 Fev 2004.
5. Farias QLT, Rocha SP, Cavalcante ASP, et al. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [internet].

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2017 [acesso em 2019 mar 1]; 11(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v11i4.1261>.
6. Barbosa AF, coordenador. TIC Saúde 2014: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2015.
 7. Lampert JB, Costa NMSC, Alves R. Ensino na saúde: modelo de avaliação CAES/ABEM na construção de mudanças - método da roda. Goiânia: Gráfica UFG; 2016.
 8. Jannuzi PM. Monitoramento analítico como ferramenta para aprimoramento da gestão de programas sociais. *Rev Rede Bras Monitor Aval*. 2011; 11(1):36-65.
 9. Minayo MCS, organizadora. Avaliação por Triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 10. Hartz Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a Avaliação na gestão da Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2013 [acesso em 2018 set 10]; 18(5):1221-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500005>.
 11. Johnston MJ, King D, Arora S, et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. *Am J Surg* [internet]. 2015 [acesso em 2018 set 10]; 209(1):45-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.08.030>.
 12. Benedictis AD, Lettieri E, Masella C, et al. WhatsApp in hospital? An empirical investigation of individual and organizational determinants to use. *PLoS One* [internet]. 2019 [acesso em 28 abr 2019]; 14(1):e0209873. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0209873>.
 13. Chase TJ, Julius A, Chandan JS, et al. Mobile learning in medicine: an evaluation of attitudes and behaviours of medical students. *BMC Medical Education* [internet]. 2018 [acesso em 28 abr 2019]; 18:152. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1264-5>.
 14. Wallace S, Clark M, White J. 'It's on my iPhone': attitudes to the use of mobile computing devices in medical education, a mixed-methods study. *BMJ Open* [internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 28]; 2(4):e001099. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001099>.
 15. Paulino DB, Martins CCA, Raimoni GA, et al. WhatsApp® como recurso para a educação em saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 28]; 42(1):169-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170061>.
 16. Ladaga FMA, Andrade G, Sartori A, et al. WhatsApp, uma ferramenta emergente para a promoção da saúde. *Enciclopédia Biosfera* 2018; 15(28):1370-84.
 17. Pander T, Pinilla S, Dimitriadis K, et al. The use of Facebook in medical education--a literature review. *GMS Z Med Ausbild* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 28]; 31(3):Doc33. Disponível em: <https://doi.org/10.3205/zma000925>.
 18. Lugo-Fagundo C, Johnson MB, Thomas RB, et al. New Frontiers in Education: Facebook as a Vehicle for Medical Information Delivery. *J AM Coll Radiol* [internet]; 2016 [acesso em 2019 abr 28]; 13(3):316-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2015.10.023>.
 19. Kelly BS, Redmond CE, Nason GJ, et al. The use of Twitter by radiology journals: an analysis of Twitter activity and impact factor. *J AM Coll Radiol* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 28]; 13(11):1391-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2016.06.041>.
 20. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Diretrizes de Políticas da Unesco para a aprendizagem móvel. Brasília, DF: Unesco; 2014.
 21. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. Estratégias de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, DC: OPAS; 2017.

22. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Agenda Digital para a CPLP 2018. Lisboa: CPLP; 2018.
23. Moran JM. A educação que desejamos: novos desafios e como chegar lá. 5. ed. Campinas: Papirus; 2017.
24. Ferreira GC. Redes Sociais de Informação: uma história e um estudo de caso. *Perspec Ciênc Inform* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 28]; 16(3):208-31. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/1149/918>.
25. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
26. Recuero R. Curtir, compartilhar, comentar: trabalho de face, conversação e redes sociais no Facebook. *Verso e Reverso* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 28]; 28(68):114-124. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/versoereverso/article/view/ver.2014.28.68.06/4187>.
27. Milgram S. The small world problem. *Psychol Today* [internet]. 1967 [acesso em 2019 abr 28]; 1(1):61-7. Disponível em: <http://snap.stanford.edu/class/cs224w-readings/milgram67smallworld.pdf>.
28. Granovetter MS. The Strength of Weak Ties. *AJS* [internet]. 1973 [acesso em 2019 abr 28]; 78(6):1360-80. Disponível em: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/225469>.
29. Granovetter MS. The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Sociol Theory* [internet]. 1983 [acesso em 2019 abr 28]; 1:201-33. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/202051>.
30. Scolari CA. Mapping conversations about new media: the theoretical field of digital communication. *New Media Soc* [internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 28]; 11(6):943-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1461444809336513>.
31. Rogers R. *Digital Methods*. Chicago: MIT Press; 2013.
32. Lévy P. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34; 1999.
33. Barreto RG. Tecnologia e educação: trabalho e formação docente. *Educ Soc* [internet]. 2004 [acesso em 2019 abr 28]; 25(89):1181-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302004000400006>.
34. Markham MJ, Gentile D, Graham DL. Social Media for Networking, Professional Development, and Patient Engagement. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 28]; 37:782-7. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14694/EDBK_180077.
35. Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, et al. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 28]; 71(2):265-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0604>.
36. Hempel M. *The use of social media in environmental health research and communication: an evidence review*. Vancouver: Environmental Public Health; 2014.
37. Thackeray R, Neiger BL, Smith AK, et al. Adoption and use of social media among public health departments. *BMC Public Health* [internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 28]; 12(242):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-242>.
38. Klein GH, Guidi Neto P, Tezza R. Big Data e mídias sociais: monitoramento das redes como ferramenta de gestão. *Saude Soc* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 28]; 26(1):208-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017164943>.

Recebido em: 01/05/2019

Aprovado em: 05/06/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq), Processo número:

430482/2018-3

Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública

Permanent Education in Health in the formation of the Brazilian Network of Public Health Schools

Rosa Maria Pinheiro Souza^{1,2}, Patrícia Pol Costa^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042019S110

RESUMO O presente artigo traz o relato da concepção e implementação de cursos de especialização em saúde pública em dez instituições públicas formadoras que integram a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola). A iniciativa, inovadora pela metodologia educacional proposta, baseou-se nos princípios e diretrizes da Educação Permanente em Saúde, tendo a valorização do trabalho como eixo pedagógico, a atuação no território e o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Escolas de saúde pública. Saúde pública. Política de saúde.

ABSTRACT *This article presents the report of the conception and implementation of specialization courses in public health in ten public educational institutions that integrate the Brazilian Network of Public Health Schools (RedEscola). This initiative, innovative due to its educational methodology, was based on the principles and guidelines of Permanent Education in Health, having the valuation of work as a pedagogical axis, the territorial action, and the use of active methodologies in the teaching-learning-process.*

KEYWORDS *Education, continuing. Schools, public health. Public health. Health policy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rosamaria@ensp.fiocruz.br

²Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) - Brasil



Introdução

A Rede Brasileira de Escola de Saúde Pública (RedEscola) é uma organização de adesão voluntária composta por 53 instituições públicas de ensino em saúde distribuídas em todo o território nacional, a qual, em 2018, completou uma década de existência. A RedEscola desenvolveu-se com o objetivo de articular e fortalecer as escolas, núcleos e centros formadores em saúde pública e em saúde coletiva em instituições de ensino superior, visando à produção do conhecimento e à qualificação dos trabalhadores atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua gênese deu-se no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) a partir do Projeto Regesus, convênio celebrado entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde e a Ensp em 2008. O Projeto permitiu a realização de uma pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo, naquele momento, com 18 instituições formadoras em saúde pública no Brasil. Os resultados encontrados apontaram ser de suma importância um estudo de caráter prospectivo, que pudesse fornecer algumas bases de construção de uma rede formativa em saúde pública, articulada com as diretrizes gerais de formação da política de saúde, procurando também resgatar as especificidades inerentes às demandas e às ofertas locais e regionais¹.

As estratégias de trabalho em rede têm sido referidas como o alicerce fundamental à execução e consolidação de ações imprescindíveis para a educação e o trabalho no SUS. Nesses dez anos, portanto, a RedEscola vem propiciando a circulação de informações, a difusão de metodologias e o compartilhamento de saberes e práticas para enfrentar desafios comuns.

Amparada por uma Secretaria Técnica Executiva baseada na Ensp, da Fiocruz, a RedEscola conta com um Grupo de Condução (GC) composto por dez representantes das instituições que a integram, distribuídos de forma equânime pelas regiões do Brasil. O GC é

eleito na Plenária dos Encontros Nacionais da Rede, que acontecem anualmente. A Plenária é também a instância responsável pela aprovação do regulamento que conduz os princípios, diretrizes e valores que norteiam as ações desenvolvidas.

Os valores da RedEscola estão pautados em seis pilares: inclusão de atores, saberes e novas experiências; reconhecimento da diversidade como ponto de partida para o crescimento; solidariedade, expressa por ações solidárias que permitam o apoio mútuo entre as instituições e que contribuam para o seu fortalecimento nos territórios específicos; gestão democrática; sustentação de um espaço que fomente a aprendizagem permanente; a confiança entre os atores que se dedicam à tarefa de formar novos profissionais para atuação no campo da saúde pública/coletiva; e, finalmente, a Educação Permanente em Saúde (EPS).

O relato do processo de concepção e implementação do projeto de Formação em Saúde Pública, desenvolvido no âmbito da RedEscola, que inaugurou um novo ciclo de formação de sanitaristas no Brasil, e a inter-relação desta experiência inovadora com os marcos conceituais da EPS são o foco do presente artigo.

Redesenhar as bases de formação em saúde pública no Brasil constitui-se em um dos principais desafios das instituições formadoras nesse campo, engajadas na construção de uma formação pautada segundo as necessidades e a realidade do SUS. Trata-se de um desafio que converge com os princípios e diretrizes da EPS, política empenhada na valorização do caráter social da ação educativa nos processos de trabalho coletivo.

Material e métodos

Na elaboração deste artigo, foram utilizados documentos produzidos pela Secretaria Técnica Executiva da RedEscola, que registrou todas as etapas do projeto de Formação em Saúde Pública, desde a concepção dos cursos até sua implementação. Trata-se, desse modo,

de pesquisa exploratória, apoiada por referenciais bibliográficos e ampla análise documental, a partir dos relatórios de atividades do projeto que inclui seminários de avaliações e reuniões e dos relatórios apresentados pelas dez instituições formadoras responsáveis pelo desenvolvimento dos cursos de especialização em Saúde Pública nas cinco regiões brasileiras, com dois estados contemplados por região.

Entre esses referenciais, destaca-se a pesquisa realizada pela RedEscola com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Ministério da Saúde, no intuito de refletir sobre o papel e sobre a posição das instituições formadoras na configuração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Intitulada 'A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vivenciada nas Escolas de Saúde Pública: contribuições para reflexão a partir da prática', a pesquisa foi desenvolvida entre 2014 e 2016, contemplando inicialmente cinco instituições formadoras integrantes da Rede. Essa seleção considerou, além do critério regional, a participação ativa na discussão em EPS no âmbito da RedEscola e a atuação nos Polos de Educação Permanente ou nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies)².

Foram realizadas cinco oficinas, uma por região do Brasil. Fizeram parte dessa pesquisa a Escola de Saúde Pública do Paraná, cuja oficina aconteceu nos dias 7 e 8 de abril de 2015; a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, nos dias 11 e 12 de maio de 2015; a Escola Tocantinense do SUS, em 20 e 21 de agosto de 2015 e a Escola de Saúde Pública de Goiás, nos dias 27 e 28 de agosto de 2015. Já a Escola de Saúde Pública de Pernambuco, realizou sua oficina em 9 e 10 de março de 2016.

A pesquisa estendeu-se ainda a instituições locais parceiras, envolvendo mais quatro escolas: a Escola de Saúde Pública do Município de Aparecida de Goiânia – GO, a Escola de Saúde Pública do Município de Goiânia – GO, a Escola de Saúde Pública do Município de Palmas – TO e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz – PE.

Com o objetivo de analisar as bases conceituais e organizacionais da PNEPS, tendo como referência as experiências das Escolas vinculadas à Rede, foram realizadas cinco oficinas envolvendo as nove instituições formadoras nomeadas acima. Esses eventos tiveram como dinâmica o diálogo entre a equipe de pesquisa e os participantes das instituições, em uma construção colaborativa de conhecimento. Concebidas a partir de uma metodologia comum, as oficinas tinham a possibilidade, entretanto, de adaptar o roteiro proposto de acordo com a relação com os pesquisadores e o contexto. Cada encontro teve duração de 12 horas, foi gravado e forneceu elementos para o processo de sistematização final.

EPS e atuação em rede – algumas considerações

A EPS considera o trabalho como seu eixo estruturante, uma vez que é nesse espaço que ocorrem as práticas a serem realizadas. Ela foi alavancada pela PNEPS, instituída pela Portaria GM/MS nº198, de 13 de fevereiro de 2004, que passou a compor o fundamento da política de gestão da educação na saúde, visando à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Posteriormente, a Portaria foi revista pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de setembro de 2007, que alterou seus mecanismos operacionais nos estados, mas manteve intacto seus princípios³.

A EPS, em seus pressupostos conceituais e metodológicos, é entendida como uma estratégia transformadora dos paradigmas da formação e das práticas de saúde, assim como para o desenvolvimento pessoal, social e cultural, em que o sujeito é ativo quanto ao seu processo de aprendizagem⁴.

Situada como estratégica para a formação dos trabalhadores do SUS, a EPS se orienta para a recomposição das práticas de saúde, buscando articular ensino, atenção, gestão e controle social em saúde, configurando o que ficou conhecido como 'quadrilátero da

Educação Permanente em Saúde². Cabe aos atores que compõem o quadrilátero (gestores, instituições de ensino, trabalhadores e controle social) a construção coletiva de estratégias para a negociação e pactuação de problemas⁵.

Ao abordar a EPS na formação para a saúde, considera-se que o serviço, o trabalho, a atenção, a educação, a qualidade e a cidadania têm como finalidade ou razão de ser a contribuição à satisfação das necessidades individuais e coletivas da população. Para sustentar esse enfoque, propõe-se revisar algumas categorias importantes a fim de que se construa outra concepção de serviço de saúde⁶.

Nessa medida, a EPS propõe que a formação dos trabalhadores do SUS tome como referência as necessidades e a realidade de saúde do território, transformando as práticas e a organização do trabalho em saúde, por meio da reflexão crítica desses profissionais quanto a seus processos cotidianos de trabalho. Para tanto, sob o ponto de vista pedagógico, preconiza que o processo favoreça a adoção de metodologias ativas do conhecimento, segundo as quais o estudante é sujeito ativo nos processos de ensino aprendizagem, centrados na problematização⁷.

Uma educação problematizadora estabelece uma relação dialética entre educador e educando, rompendo a lógica individual e vertical, ao compreender que ambos aprendem juntos durante o processo⁸. Enfatiza ainda a importância de 'pensar na prática', ou seja, a reflexão teórica se dá sobre um problema real, encontrado no cotidiano das práticas, e busca levantar hipóteses sobre suas causas a fim de intervir sobre o problema enfrentado com o objetivo de resolvê-lo⁹.

No contexto dos serviços de saúde, as pedagogias problematizadoras favorecem o trabalho em equipe, transformando, aprimorando e qualificando a atuação profissional. A complexidade e a diversidade de ações desenvolvidas nos serviços, bem como dos atores que compõem esse espaço, são levadas em conta, gerando conhecimentos mais adequados ao contexto, que ultrapassam o conhecimento

exclusivamente técnico, a despeito da valorização conferida pela EPS à atualização científica e tecnológica. A partir da reflexão sobre a realidade, o trabalho torna-se fonte de conhecimento e invenções. Desse modo, expande-se a consciência da equipe, com a inclusão de trabalhadores e usuários, sem perder de vista os mecanismos de gestão que ali atuam.

Alguns trabalhadores da saúde podem mostrar-se resistentes, a princípio, para ouvir os relatos dos usuários, gestores e até da própria equipe com a qual trabalham. Muitos autores, porém, descrevem que, a cada reunião entre as equipes e demais atores, todos recebiam uma série de informações adicionais, que os esclareciam e diminuía as resistências em torno da construção coletiva de soluções aos problemas apresentados¹⁰.

Ao situar a EPS como um valor, a RedEscola incorpora tais princípios aos seus próprios processos, seja em sua governança de caráter democrático e participativo, seja em sua atuação, mais notadamente no desenvolvimento de ações educativas em rede.

Túlio Franco sinaliza as redes como potencialmente capazes de construir sujeitos desejantes e aptos a transformar a realidade. Para o autor, o cotidiano das práticas de saúde se caracteriza por permanentes fluxos operativos, políticos, comunicacionais e simbólicos, que, consubstanciados em rede, atribuem aos trabalhadores a ideia de pertencimento entre eles e entre os trabalhadores com as equipes de saúde, assim como a uma rede maior que opera, por meio de fluxos conectivos com demais equipes e com os usuários¹¹.

A EPS, portanto, ao romper a verticalização dos saberes e das práticas, proporciona a democratização dos espaços de saúde, já que pressupõe a construção coletiva de estratégias de atuação e enfrentamento dos problemas específicos de um determinado local, em um determinado território.

Assim, a atuação estratégica da RedEscola, seu agir democrático e participativo, a transformam em um dispositivo ainda mais potente

para a concepção e implementação de ações formativas que valorizem os princípios e diretrizes políticos, operacionais e pedagógicos consubstanciados pela EPS.

Nesse sentido, a EPS é um processo profundamente democrático, pois implica começar a aprender a perguntar, e não a estabelecer respostas prontas. Para que isso ocorra, a EPS demanda organizações mais democráticas e a construção de espaços que possibilitem a reflexão. Nessa perspectiva, busca romper com a verticalização do sistema de saúde, criando espaços de enfrentamentos de problemas na realidade do trabalho dos profissionais¹².

As atividades das instituições formadoras que a integram têm seus processos formativos pautados pelas políticas de saúde normalmente demandadas a partir do Ministério da Saúde, mas, pela natureza de sua missão, que é formar trabalhadores para o SUS, elas contam com a RedEscola como uma instância favorável à construção de consensos em torno da EPS.

Tal construção permite que as ações desenvolvidas em seu âmbito se encontrem mais alinhadas às realidades e necessidades locais, possibilitando maior efetividade dos resultados esperados, mais especificamente, a transformação do ensinar e aprender, assim como das práticas de saúde. Agir regionalmente é uma estratégia que dialoga com a EPS, com vistas ao desenvolvimento ao desenvolvimento de iniciativas inovadoras capazes de enfrentar os desafios colocados para a implementação do SUS com qualidade¹³.

Nova formação em Saúde Pública – uma experiência em Rede

A formação de trabalhadores para o SUS pode ser considerada com um dos pilares de sustentação do SUS. A formação em saúde pública no âmbito da RedEscola começou a ganhar contornos mais definidos quando a Secretaria Executiva realizou um levantamento nas instituições que

a compõem acerca da formação de sanitaristas. O levantamento demonstrou que a maioria dos cursos de especialização oferecidos atendia às demandas imediatas da gestão, que não incluíam a formação de sanitaristas, sendo esta residual no território brasileiro, o que, por consequência, gera uma lacuna importante na oferta de cursos para sanitaristas no País.

Para a RedEscola, era preciso desenvolver uma ação capaz de redesenhar as bases de formação em saúde pública, considerando as novas agendas do SUS e a perspectiva do território como espaço de intervenção sanitária e social, além de prover as Escolas de condições para o desenvolvimento de um novo ciclo de formação de sanitaristas que fortalecesse, além das próprias instituições formadoras, as políticas públicas de educação na saúde na perspectiva da EPS.

Foi então elaborado o projeto de nova formação de sanitaristas aqui focalizado, coordenado pela RedEscola por meio de um termo de cooperação entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e a Ensp/Fiocruz. Depois de aprovado pela SGTES/MS, o projeto previa a oferta de curso de especialização para 30 alunos em 10 instituições integrantes da Rede, em 2 turmas, formando um total de 600 novos sanitaristas.

Seguindo os preceitos da gestão democrática, horizontal e participativa, a RedEscola deu início ao processo de concepção e implementação da formação por meio da realização de diversas oficinas com o GC, professores e pesquisadores da Ensp/Fiocruz, além da Secretaria Executiva da Rede e dirigentes e docentes das Escolas envolvidas na ação.

O ponto fundamental era que os estudantes tivessem o protagonismo de seus processos educativos a partir de seus saberes e de sua prática cotidiana no seu território de atuação. Para tanto, deveriam conhecer a história, a política e a cultura desses territórios. As unidades de aprendizagem teriam, portanto, de mobilizar esses saberes e as diferentes práticas e realidades locais pertinentes a cada instituição formadora. Em resumo, o grande diferencial

do projeto é que cada Escola construiria o seu curso, conforme sua realidade, necessidades e características do seu território.

A construção coletiva de uma ação educativa, como no caso da formação em saúde pública da RedEscola, pauta-se também por um agir comunicativo que se estende até o mundo do trabalho. Para Silva e Peduzzi¹⁴, essa representação pode ser denominada comunicativa, ou emancipatória, a partir do momento que agrega o Quadrilátero da EPS, podendo, ainda, avançar no contexto da interprofissionalidade, contribuindo para amplificar vozes e pensamentos, contribuindo para a reflexão mais efetiva sobre as práticas e sobre o cuidado em saúde.

Inicialmente, foram traçadas as diretrizes prioritárias para o curso, o cronograma de atividades e os critérios para a identificação das Escolas que participariam do projeto. Entre esses critérios, estavam a distribuição regional equitativa das Escolas, o interesse demonstrado pela instituição e a certificação, por elas, dos cursos *lato sensu*. Enfim, foram elencadas as seguintes Escolas: Escola de Saúde Pública de Pernambuco, Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Saúde Pública da Bahia, Escola Tocantinense do SUS, Universidade Federal do Acre, Escola de Saúde Pública do Paraná, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Escola de Saúde Pública de Goiás e Escola de Saúde Pública de Mato Grosso.

Para debater e traçar o desenho pedagógico dos cursos, a RedEscola organizou três Oficinas de Concepção dos Cursos de Especialização em Saúde Pública. A primeira grande oficina, realizada em agosto de 2015, aprofundou a reflexão acerca do projeto político pedagógico a partir de três perguntas norteadoras:

1. O que esperamos de um sanitário no SUS hoje?
2. Que temas e questões são importantes para a formação desse sanitário?
3. Que estratégias metodológicas e processos pedagógicos são necessários para a construção dessa formação?¹⁵⁽³²⁾.

Uma segunda oficina de trabalho, realizada em novembro do mesmo ano, estabeleceu os princípios e pressupostos, objetivos e perfil dos egressos. Neste ensaio, será feito um recorte, com destaque para os princípios e pressupostos, a seguir apresentados.

Princípios e Pressupostos da formação de novos sanitários:

- 1 - A defesa da saúde como um bem público.
- 2 - O compromisso com a formação para o Sistema Único de Saúde.
- 3 - A sustentação de uma formação pautada pelos princípios e diretrizes do SUS.
- 4 - O compromisso com os direitos humanos e uma formação ético-política.
- 5 - O compromisso com a responsabilidade socioambiental, o cuidado com o ambiente e a humanidade.
- 6 - A valorização da dimensão do cuidado.
- 7 - O trabalho como princípio educativo.
- 8 - O estabelecimento de uma nova práxis que valorize o compartilhamento de conhecimentos e saberes.
- 9 - A adoção de uma perspectiva pedagógica dialógica e transformadora.
- 10 - A valorização do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.
- 11 - A valorização do território como espaço de produção de conhecimento.
- 12 - A participação social como princípio formativo.
- 13 - A investigação como busca ativa do conhecimento.
- 14 - A comunicação como prática educativa.
- 15 - A avaliação como parte da própria ação educativa e como ferramenta de apoio para a qualificação da prática¹⁵⁽³²⁾.

Nota-se, que, dos 15 princípios consensuados nas Oficinas de trabalho, seis estão diretamente relacionados com os princípios e diretrizes da educação permanente: o trabalho como princípio educativo, o estabelecimento de uma nova práxis que valorize o compartilhamento de conhecimentos e saberes, a

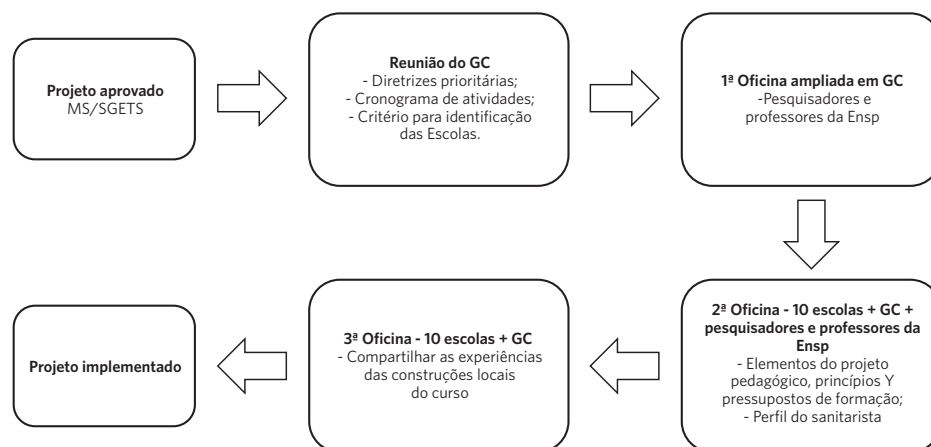
adoção de uma perspectiva pedagógica dialógica e transformadora, a valorização do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a valorização do território como espaço de produção de conhecimento e a participação social como princípio formativo.

Uma última Oficina de trabalho, ainda antes da implementação do projeto nas Escolas,

tratou de compartilhar as experiências alcançadas até aquele momento, quando já era possível identificar a grande movimentação causada pela lógica proposta.

A imagem a seguir apresenta de forma sistemática o processo de construção coletiva para o desenvolvimento dos cursos nas instituições formadoras.

Figura 1. Esquema das Oficinas para a concepção do Curso de Especialização em Saúde Pública



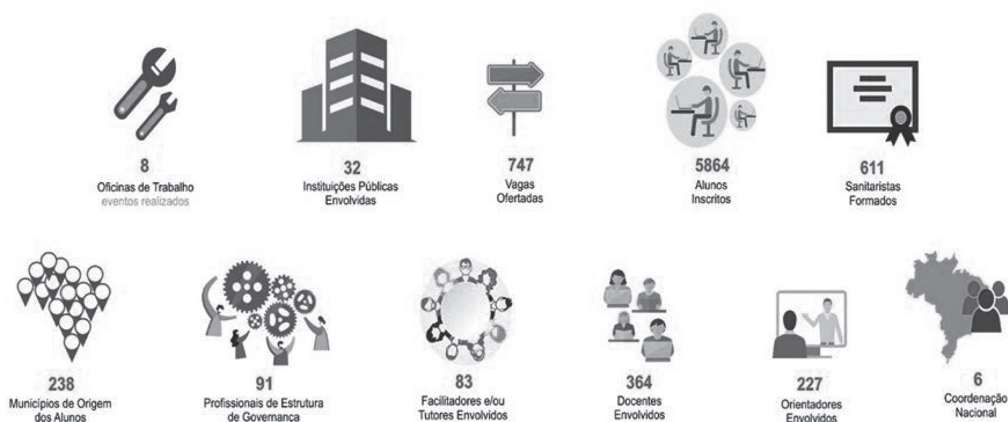
Fonte: Secretaria Técnica e Executiva RedEscola¹⁶.

Destaca-se ainda que, durante todo o processo, a RedEscola propiciou momentos de trocas de experiência entre as instituições formadoras, nos quais alguns resultados podiam ser observados, sobretudo, quanto às metodologias ativas utilizadas para dar conta da proposta pedagógica da formação.

Mesmo que os números alcançados pela

formação em saúde pública sejam contundentes, eles não conseguem traduzir na prática o movimento alcançado no interior de cada instituição. A pujança dessa iniciativa, a quantidade de atores, trabalhadores e instituições envolvidas, além da meta alcançada, podem ser visualizadas na figura a seguir.

Figura 2. A nova formação em Saúde Pública em números



Fonte: Elaboração própria.

Ilustração: Adriana Carvalho.

É importante destacar que todas as instituições envolvidas realizaram reuniões, seminários ou oficinas com seus respectivos corpos docentes a fim de discutirem as estratégias metodológicas, condução do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), dificuldades e alternativas. Tal constatação demonstra o potencial da formação na busca de operar pedagogicamente de acordo com a EPS.

Pode-se afirmar, a partir dos resultados observados, e também em acordo com o que apontou a pesquisa 'A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vivenciada nas Escolas de Saúde Pública: contribuições para reflexão a partir da prática', que os princípios e valores da EPS foram apropriados pelas instituições formadoras, fazendo-se presentes não apenas nos processos formativos como também na própria gestão e atuação política. Tornou-se evidente o importante papel que as Escolas de Saúde Pública têm desempenhado como indutoras da execução da política de EPS¹⁶.

Nas duas Oficinas de avaliação do projeto de formação, realizadas em março e julho de 2018, quando as Escolas puderam dialogar mais profundamente sobre os impactos do uso de metodologias ativas em suas instituições,

concluiu-se que a EPS foi uma estratégia potente para a formação crítico-reflexiva. O método do Arco, de Charles Maguerez, ou da problematização, foi uma das ferramentas pedagógicas utilizada em boa parte das instituições envolvidas no projeto.

Os relatos também comprovaram que o modo de trabalhar em rede foi determinante para o desenvolvimento dos cursos, já que, desde a sua concepção, as instituições participantes aglutinaram-se em torno dos princípios e diretrizes coletivamente construídos, apoiando-se mutuamente por meio do compartilhamento de saberes e experiências.

Em que pesem, contudo, os avanços alcançados, as instituições refletiram que ainda há muito o que avançar em torno das metodologias ativas de aprendizagem e propuseram a formação de um Grupo de Trabalho que buscasse caminhos para o desenvolvimento desse conhecimento em suas instituições por meio da formação docente.

A identificação dessa lacuna inspirou a inclusão da discussão sobre as Metodologias de Aprendizagem no Encontro Nacional da RedEscola e gerou dois capítulos no livro intitulado RedEscola e a nova formação em

saúde pública: ‘Metodologias ativas’: entre movimentos, possibilidades e propostas, de autoria de Marise Ramos: e Metodologias ativas na formação de profissionais da Saúde: uma possibilidade para as necessidades da população, de Laís Alves de Souza.

As instituições formadoras envolvidas construíram um conjunto de dinâmicas visando à formação docente, no sentido de reforçar a EPS como uma estratégia importante para desenvolver uma aprendizagem significativa e, sobretudo, que fizesse sentido para os novos sanitaristas, diante dos novos e velhos desafios a serem enfrentados.

As escolas têm sido inegavelmente um espaço vivo e privilegiado para a discussão sobre a PNEPS e para o exercício em ato de seus aportes como política de educação na saúde, constituindo-se em verdadeiros laboratórios de inovação envolvendo a gestão, a educação, o trabalho e o controle social.

Do caminho trilhado até agora, viu-se reforçada a importância das articulações e trocas entre os integrantes da Rede, que contribuiu tanto para a apropriação de novos conhecimentos quanto para a proposição de inovações no campo de formação em saúde pública dentro dos princípios da EPS, com vistas ao fortalecimento do SUS.

Por fim, destaca-se a repercussão que essa experiência trouxe para as instituições formadoras envolvidas nesse projeto, na medida em que proporcionou a incorporação de novas expertises, com introdução de tecnologias pedagógicas e inovações metodológicas.

Uma segunda publicação, lançada em 2019, avança na temática ao introduzir um capítulo sobre a Educação Interprofissional (EIP) e apresenta também as experiências, o aprendizado e as lições compartilhadas¹⁶.

Ao agregar na formação uma abordagem mais comprometida com a realidade social dos territórios, fez emergir a necessidade de assumir a EIP como uma estratégia potente para o desenvolvimento de práticas colaborativas, visando à melhoria da atenção à saúde. Tais ganhos estimularam as instituições que

desenvolveram a formação de sanitarista a introduzir os conhecimentos e saberes gerados na concepção e desenvolvimento de outros processos formativos.

Considerações finais

As iniciativas da RedEscola apresentadas neste ensaio permitem reafirmar que houve um incontestável movimento entre as 10 instituições formadoras envolvidas na concepção e implementação de cursos de saúde pública na valorização da EPS, como um dispositivo importante na formação para o SUS.

O fato de cada instituição formadora ter elaborado o projeto pedagógico do curso a partir dos pressupostos e princípios da formação de sanitaristas, construídos coletivamente, dos quais seis estão diretamente coadunados com os princípios e diretrizes da educação permanente, denota incontestavelmente uma apropriação das bases e dos fundamentos da EPS, e corrobora os achados da pesquisa denominada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Experiência Viva na Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública.

A valorização do trabalho como eixo pedagógico associada à introdução de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, à reflexão sobre a realidade expressa nos projetos de intervenção, afinados com as demandas e necessidades do território que se constitui como *locus* privilegiado de transformação, ensejaram um conjunto de experiências ricas e inovadoras, apresentadas neste estudo.

Há que se considerar também os significativos esforços engendrados pela SGETS do Ministério da Saúde, com destaque para o Programa para o fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde (Proeps – SUS) o que certamente contribuiu para fortalecer as ações de EPS no País¹⁷.

Apesar dos resultados alcançados, torna-se necessário avançar na formação docente alinhada aos princípios e diretrizes da EPS; e

ainda na promoção da EIP na EPS como uma importante estratégia para o desenvolvimento de práticas colaborativas no SUS.

Colaboradores

Souza RMP (0000-0003-3204-0835)* e Costa PP (0000-0003-3527-6974)*, contribuíram da mesma forma para a concepção, planejamento,

elaboração e revisão crítica do artigo, bem como aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos às equipes de todas as instituições formadoras que participaram das ações desenvolvidas no âmbito da RedEscola e que nos inspiraram na escrita desse artigo. ■

Referências

1. Nunes TC, coordenadora. Projeto REGESUS 538. Relatório Final. Pesquisa Nacional das Escolas de Saúde Pública. Inovações na Educação em Saúde Pública com diálogo e parceria. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2008.
2. Cardoso MLM, Pol P, Xavier C, et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2017 [acessos em 2018 out 16]; 22(5):1489-1500. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de fevereiro de 2004. Implementa a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 14 Fev 2004.
4. França TM, Belisario KR, Garcia AS, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc. Saúde Colet.* (2017); 22(6):1817-1828.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41- 65.
6. Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro ECO. Educación Permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: Haddad J, Roschke MALC, Davini MC, organizadores. *Educación Permanente de Personal de Salud Washington: Organización Panamericana de la Salud*; 1994. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100. p. 34-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Davini MC. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Organizacion Panamericana de la Salud; 1994. *Série Desarrollo de Recursos Humanos n° 100* Washington, DC: OPS; 1994. p. 33-61.
10. Slomp JH, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(6):1795-1803.
11. Franco TB. *As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde*. In: Pinheiro R, Matos RA. "Gestão Em Redes". Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS, UERJ, ABRASCO; 2006.
12. Rovere MR. *Gestión de La Educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica*. *Educ. Med. Salud*. 1993; 27(4): p. 63-106.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
14. Silva JAM, Peduzzi M. *Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo*. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):1018-1032.
15. Souza RMP, Pol PP, organizadoras. *Redescola e a nova formação em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
16. Souza RMP, Costa PP, organizadoras. *Nova Formação em Saúde Pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2019. v. 2.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual Técnico 2018: Programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde*. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2018 mar 12]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-FINAL.pdf>.

Recebido em 30/10/2018
Aprovado em 18/04/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul

Reflections: the construction of the Permanent Health Education plan in Mato Grosso do Sul

Vera Lúcia Kodjaoglanian¹, Patrícia Marques Magalhães²

DOI: 10.1590/0103-11042019S111

RESUMO A Educação Permanente em Saúde é um dispositivo potente para transformação das práticas de trabalho, bem como é uma estratégia inclusiva, por considerar os mais diversos atores como protagonistas de seu cotidiano. Este trabalho se propõe a relatar a experiência do estado de Mato Grosso do Sul no processo de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) para o quadriênio 2019-2022, utilizando o planejamento ascendente, descentralizado e participativo com os municípios. O delineamento deste estudo foi realizado por meio do método exploratório-descritivo, a partir de 3 (três) formatos: análise interpretativa, do tipo documental, onde foram consultadas atas da Comissão de Integração Ensino-Serviço (Cies); participação em reuniões ordinárias da Cies; e vivências em algumas oficinas de micro e macrorregionais durante o processo de execução do PEEPS. Os resultados obtidos foram considerados relevantes para os atores envolvidos, como o levantamento de questões-problemas dos processos de trabalho no cuidado à saúde com proposição de ações de educação permanente para melhoria da resolutividade dos serviços de saúde prestados à população. A experiência relatada permitiu promover o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde, por meio da qualificação dos profissionais com diferentes inserções no SUS, apostando na construção do novo, em relações horizontalizadas.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada. Serviços de integração docente-assistencial. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Permanent Health Education is a powerful device for transformation of work practices, as well as an inclusive strategy, because it considers the most diverse actors as protagonists of their daily lives. This study intends to report the experience of the State of Mato Grosso do Sul in the process of elaboration of the State Plan for Permanent Health Education (PEEPS) for the 2019-2022 quadrennium, using upward, decentralized and participatory planning with municipalities. The design of this study was developed through the exploratory-descriptive method, based on three (3) formats: an interpretative analysis, of the documentary type, in which the minutes of the Permanent Committees of Teaching-Service Integration (Cies) were consulted; participation in Cies regular meetings; and experiences in some micro and macro-regional workshops during the PEEPS implementation process. The results obtained were considered relevant for the actors involved, such as the survey of issue-problems of work processes in health care with proposals for*

¹Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul - Campo Grande (MS), Brasil.
verak.19@hotmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde de Antonio João - Antonio João (MS), Brasil.



continued education actions to improve the resolution of health services provided to the population. The experience reported allowed to promote the strengthening of the Permanent Education Policy in Health, through the qualification of professionals with different insertions in the SUS, betting on the construction of the new, in horizontal relations.

KEYWORDS Education, continuing. Teaching care integration services. Unified Health System.

Introdução

A Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004¹, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Ela traz como proposta a articulação das necessidades de desenvolver a educação dos trabalhadores em consonância com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e o cuidado integral à saúde da população¹.

A PNEPS, organizada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que norteia a implementação dessa política, ressalta a importância da construção de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, considerando as especificidades locais de cada região de saúde².

Considerando a Política de Educação Permanente em Saúde como uma estratégia pedagógica e de transformação das práticas de trabalho, foi lançada a Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS)³. Tal medida se deve à necessidade de formação de recursos humanos para o SUS, numa construção coletiva e desafiadora⁴.

Pactuando de que a educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, consideramos que

essa formação e esse desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS⁵. Mais importante que isso é que quando se reflete sobre a realidade, aprende-se a realidade⁶, pois estimular o debate e as práticas relativas à educação permanente promove a interação entre educação, saúde e processo de trabalho⁷.

Este trabalho se propõe a relatar a experiência do estado de Mato Grosso do Sul no processo de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) para o quadriênio 2019-2022, utilizando o planejamento ascendente, descentralizado e participativo com os municípios. Esse processo foi apoiado pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (Cies) e por Grupo Técnico de diversos segmentos do SUS, com a condução da Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência vinculado à elaboração do PEEPS de Mato Grosso do Sul, biênio 2018-2019. Este trabalho considerou o Plano Diretor de Regionalização, que divide o estado de Mato Grosso do Sul em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas), que, por sua vez,

estão organizadas em quatro Macrorregiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá).

MAPA

Seguiu-se o delineamento exploratório-descriptivo, que ocorreu de três formas:

1. Pesquisa de conteúdo sobre as atas da Cies, com registros de narrativas sobre a construção do PEEPS;
2. Análise de relatórios de participação das pesquisadoras em reuniões ordinárias da Cies, como membros titulares;
3. Análise de relatórios de participação das pesquisadoras sobre vivências em algumas oficinas de micro e macrorregionais durante o processo de execução do PEEPS.

A dinâmica de trabalho se deu no decorrer dos últimos cinco meses, da seguinte forma:

Inicialmente, foram sensibilizados os secretários municipais de saúde nas reuniões ordinárias da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), durante os três meses anteriores às oficinas. Cada município deveria indicar dois profissionais já atuantes na educação permanente ou outros profissionais que compunham a equipe técnica de cada secretaria municipal. A princípio, estabeleceu-se parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul (Cosems), para onde foi enviado *e-mail*, solicitando que os 79 gestores de saúde fizessem tal indicação. O PEEPS também foi apresentado no Conselho Estadual de Saúde e na CIB.

No primeiro retorno, apenas 34 municípios fizeram essa indicação, fazendo com que surgisse uma preocupação de enfatizar e sensibilizá-los a indicar tais profissionais. Foram, então, usadas mensagens de aplicativos diretamente a cada Secretário Municipal de Saúde, quando obtiveram-se respostas mais rápidas dessas indicações, ficando, ainda, apenas sete municípios sem indicar os profissionais, menos de 10% dos 79 municípios do estado.

Foi constituído na Cies um Grupo Técnico (GT) formado por membros que representam segmentos da gestão, da educação e do trabalho, sendo designadas as atribuições de coordenação, execução e acompanhamento do processo de construção do PEEPS.

Nesse contexto, é importante ressaltar que há uma integração entre os três níveis de gestão, sendo que tripartidamente, cada um é responsável por essa construção ascendente e dentro da realidade local, onde os gestores municipais têm por responsabilidades propor e pactuar, o estado de articular a participação dessa construção, e o Governo Federal de incrementar com recursos financeiros⁸.

Resultados e discussão

Serão trazidos para o texto três autores considerados importantes provocadores para as reflexões sobre a temática da Educação Permanente em Saúde (EPS). São eles: Emerson Merhy⁹, Laura Macruz Feuerwerker¹⁰ e Ricardo Burg Ceccim¹¹.

Emerson Merhy⁹ convida a pensar a EPS como uma prática sistemática da vida em que se colocam as necessidades que o trabalho em saúde produz nos trabalhadores de saúde. Considerando ser o campo de trabalho em saúde bastante complexo, pois é o espaço do encontro com o outro que não está definido, não está sob o controle de ambas as partes. Esse campo cria muita tensão para todos os atores envolvidos e, por isso, deve ser problematizado e refletido com o coletivo de trabalhadores de saúde do mesmo campo. A partir disso, passa a ser um espaço de construção de conhecimentos.

O autor fala das imobilidades existentes nesse campo e que paralisam os trabalhadores da saúde. No entanto, novos contextos de mundo podem produzir mobilidades. As instituições de saúde, muitas vezes, são regradadas, e os trabalhadores de saúde podem inventar espaços outros e novos, o que ele chama de espaços móveis. O campo do trabalho é fértil para o aprendizado, e a EPS é uma das

estratégias de potencializar as mudanças e retirar as pessoas da imobilidade.

Emerson Merhy⁹ destaca que o mundo do trabalho é uma escola e todos são aprendizes.

Laura Macruz Feuerwerker¹⁰ reforça que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro. Esses encontros dão-se entre vários atores, que são os gestores, os trabalhadores e os usuários. Muitas vezes, alguns dos atores não consideram outros como sujeitos no processo, então, ocorre uma relação que assujeita os demais, ou seja, considera o outro como caixa vazia. Essa forma de encontro, ou melhor, de não encontro, não potencializa as partes.

Então, a EPS, na concepção da autora, é uma estratégia de pensar e aprender coletivamente, na possibilidade de problematizar, refletir, ouvir o outro, porém, no encontro entre atores considerados como sujeitos. Aprende-se quando já se está mobilizado, implicado sobre o cotidiano do trabalho.

Laura Macruz Feuerwerker¹⁰ destaca que todos somos produtores de experiências e somos atravessados por questões socioetárias, culturais e diversas, sendo que, nesse processo vivo de produção, acontecem os encontros. Nos encontros, pode-se ser inventor ou reproduzidor de ações, a depender de como se está nesse processo de reflexão coletiva. O trabalhador em saúde constrói um modo de ser/estar a partir do que recolhe das experiências vividas.

Ricardo Burg Ceccin¹¹ destaca que a EPS não é uma estratégia tradicional de formação de trabalhadores. Ela traz para a reflexão coletiva questões que estão envolvidas no cotidiano do trabalho em saúde. Levanta as perguntas locais, contextualiza, e, a partir disso, é o cotidiano que alimenta a EPS.

Tais estratégias são mais potentes quando constituídas em redes, fazendo com que cada grupo, no seu âmbito local, articule-se em redes, protagonizando círculos, que devem ser ativados.

Dessa forma, pode-se dizer que a experiência de Mato Grosso do Sul tem como um de seus objetivos construir círculos entre as redes microrregionais para sustentar a EPS

nos municípios, garantindo, assim, a efetiva participação dos trabalhadores nesse processo enquanto sujeitos ativos e ativados.

Pretende-se que a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente possa fomentar a autonomia, a valorização dos processos, a invenção, a criação e o protagonismo das pessoas em seus contextos locais.

Ricardo Burg Ceccin¹¹ traz, ainda, a importância que a EPS tem quando agrega saberes, nossos próprios e de outros, e aproxima diversidades quando promove encontros. Também defende a EPS como possibilidade de territórios provisórios como espaços de interação entre atores envolvidos.

Fundamentados nessas perspectivas é que se acredita que esse é um processo que pode potencializar trabalhadores municipais do SUS para melhor desenvolverem ações de cuidado de si próprios e do outro, bem como para que possam construir, na transitoriedade de seus territórios, espaços de construção coletiva.

Destacando os ensinamentos de Ricardo Ceccin¹¹, a experiência levanta as perguntas locais, contextualiza, e, a partir disso, é o cotidiano que alimenta a EPS.

O processo para a elaboração do PEEPS em Mato Grosso do Sul encontra-se ainda em movimento. Tem sido uma construção ascendente, descentralizada por municípios, microrregiões e macrorregiões de saúde, e tem permitido, em cada uma de suas etapas, o empoderamento dos atores envolvidos, promovendo resignificação de suas práticas e, em algumas situações, transformações vivas em ato⁹.

Algumas etapas já foram desenvolvidas, sendo que a primeira delas, chamada de 'Oficina preparatória para a aplicação do instrumento', ocorreu no mês de julho de 2018 e teve como apoios os Núcleos Regionais de Saúde, algumas Universidades e Secretarias Municipais de Saúde. A oficina teve uma carga horária de oito horas, onde os gestores de aprendizagem e facilitadores municipais tiveram o primeiro contato com as diretrizes que norteiam a construção do PEEPS, bem como se apropriaram do conceito de educação

permanente. Os gestores de aprendizagem foram selecionados por critérios definidos pelo GT/Cies, levando em consideração a proximidade geográfica do gestor por macrorregião.

Após essa oficina, na segunda etapa, 72 municípios confirmaram a participação de seus facilitadores, estes indicados pelos gestores de saúde, ou seja, 91% de participação efetiva dos municípios na construção do PEEPS.

Nessa etapa, os facilitadores retornaram aos seus municípios e procederam à aplicação do instrumento, que foi disponibilizado por um *link* de acesso, através da plataforma Moodle, com objetivo de preencher informações sobre a composição da força de trabalho em saúde nos municípios, quantificando por categoria, tempo de trabalho, qualificação e lotação. A experiência mostrou que as informações são defasadas e descontextualizadas da realidade. Nesse sentido, os facilitadores tiveram maior ou menor dificuldade em construir o banco de dados em análise no presente estudo.

Esta ação tem como objetivo o conhecimento da força de trabalho em saúde no estado de Mato Grosso do Sul, através de banco de dados organizado para tal.

As oficinas se dedicaram a trabalhar os temas das Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro de cada realidade local, com a efetiva participação dos trabalhadores de saúde, bem como dos membros da equipe, que puderam retratar as potencialidades, os desafios (nós críticos) e as estratégias de enfrentamento com fins de melhorar a resolutividade no cuidado à saúde.

Conforme os encontros com o outro, produzidos nas oficinas, trazidos pela obra de Merhy e Feuerwerker, é quando potencializamos os espaços de tensão existentes e avançamos para a construção do conhecimento.

Nesse processo, ainda na segunda etapa, foi necessário conhecer a situação de saúde dos municípios para subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; mergulhar nesses contextos, para conhecer as potencialidades e os problemas existentes nos processos de trabalho envolvendo o cuidado na atenção à saúde. Isso se deu através de

encontros em oficinas regionais realizadas na cidade-sede das 11 microrregiões de saúde.

Na terceira etapa do trabalho, a equipe realizou oficinas com os facilitadores das microrregionais para o processamento dos relatos sobre os encontros realizados. Nesses espaços, os facilitadores puderam falar sobre suas experiências municipais e de seus afetos sobre esse movimento. Esses encontros foram conduzidos pelos gestores de aprendizagem. Muitas experiências marcantes foram relatadas por facilitadores e impactaram seus processos de vida e de trabalho, reafirmando a importância da construção do PEEPS no estado.

Conforme referendada por Merhy, as oficinas proporcionaram a conquista de espaços novos e móveis, promovendo nos envolvidos uma maior motivação no processo de trabalho.

O objetivo nessa etapa era o de condensar os dados coletados nas microrregiões de saúde.

Nesse momento, a equipe trabalha na quarta etapa, onde o resultado dos encontros das microrregionais passa a ser refletido e analisado pelos gestores de aprendizagem e facilitadores nas quatro macrorregionais de saúde. Como destacado por Ceccim, esses encontros não são espaços tradicionais de educação, e, sim, de reflexão coletiva do cotidiano, através da contextualização de perguntas locais.

A condensação dos dados está sendo discutida com a finalidade de suscitar apontamentos, ajustes e avaliação do processo, para formular, prover e pactuar políticas de EPS.

A quinta etapa desse processo prevê a consolidação dos dados, por macrorregiões de saúde e por RAS, onde profissionais com expertise nas áreas temáticas deverão analisar o produto das oficinas, com objetivo de qualificar as análises.

Esse será um período de reuniões com gestores, representantes de instituições de ensino, de áreas técnicas da saúde e dos conselhos de saúde, para socialização dos resultados encontrados, bem como para a construção conjunta de proposições de EPS nas RAS.

Diante de toda a construção desse processo, na sexta etapa prevista no projeto, está sendo

organizado, para o dia 28 de novembro de 2018, o ‘Seminário Estadual PRO EPS-SUS: fortalecendo a educação permanente em saúde no Mato Grosso do Sul’, com a apresentação do produto das oficinas de educação permanente nas regiões de saúde.

Pretende-se ser este um momento privilegiado para os atores envolvidos, onde se fará a apresentação do Plano Estadual de EPS, que também pode possibilitar espaços de análise e avaliação do processo percorrido com um maior número de pessoas.

Considerações finais

Os resultados obtidos, até o momento, foram considerados relevantes para os atores envolvidos. Quais sejam: levantamento de questões-problemas dos processos de trabalho no cuidado à saúde, com proposição de ações de educação permanente para melhoria na resolutividade dos serviços de saúde prestados à população.

A experiência relatada permitiu promover o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato

Grosso do Sul por meio da produção de ‘encontros’ entre trabalhadores e gestores de saúde, que puderam experimentar um modo de fazer saúde com foco no sujeito. Atores em diferentes inserções no SUS, apostando na construção do novo, em relações horizontalizadas, onde esses produtos e frutos deverão ser compartilhados com objetivo de maior capilaridade da EPS nos territórios.

A partir dessa experiência, espera-se que os municípios estejam mais mobilizados e preparados a promover, em seus contextos locais, o fortalecimento de ações por RAS e que apostem na EPS como uma das possibilidades de estratégia.

Colaboradores

Kodjaoglanian VL (0000-0001-9729-7848)* e Magalhães PM (0000-0003-2333-4874)* contribuíram substancialmente: 1) para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; 2) para a elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo; e 3) participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Fev 2004. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 22 Ago 2007. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União. 14 Dez 2017. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf>.
4. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. Caderno FNEPAS [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 9]; 1(1):1-9. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/13-Formacao-para-o-SUS.pdf>.
5. Alves ED. Política de Educação e desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Rev. Eletrônica Gestão & Saúde. 2010 [acesso em 2018 out 9]; 1(1):42-47. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24267/17335>.
6. Nicoletto SCS, Bueno VLRC, Nunes EFPA, et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. Saúde soc. 2013 [acesso em 2018 out 9]; 22:1094-1105. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v22n4/12.pdf.
7. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev. bras. Educ. méd. 2012 [acesso em 2018 out 9]; 36(1):170-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a25v36n1s2.pdf>.
8. Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. O Mundo da saúde. 2011 [acesso em 2018 out 9]; 35(4):373-381. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberacao_pacto_gestao.pdf.
9. Merhy E. EPS em movimento – Emerson Merhy [vídeo]. 5 nov 2014. [15:52min.]. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o-nApG0Wgks>.
10. Feuerwerker LM. EPS em movimento – Laura Macruz Feuerwerker [vídeo]. 17 out 2014. [10:31 min.]. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=x791Rw9_B8k.
11. Ceccim R. EPS em movimento – Palavras de Ricardo Ceccim [vídeo]. 10 out 2014. [13:53 min.]. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: www.youtube.com/watch?v=y31aODHOzFE.

Recebido em 25/10/2018

Aprovado em 22/01/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Produção científica sobre docência em saúde no Brasil

Scientific production on health teaching in Brazil

Vinício Oliveira da Silva¹, Isabela Cardoso de Matos Pinto²

DOI: 10.1590/0103-11042019S112

RESUMO O objetivo deste artigo foi analisar a produção científica sobre docência em saúde no Brasil, visando identificar os principais temas de investigação, abordagens e as possíveis lacunas do conhecimento. Realizou-se um estudo de síntese a partir de artigos publicados sobre a temática. Foram considerados estudos nacionais, com texto em língua portuguesa, publicados até o ano de 2017 no SciELO e na Lilacs. Foram analisados, na íntegra, 99 estudos, identificando pontos de convergência entre os assuntos tratados, sendo extraídas/definidas as seguintes categorias: Prática docente; Formação docente; Perfil docente; Identidade docente; Trajetória docente e Saúde do docente. Os anos que tiveram maior concentração de publicações foram 2011 e 2016 com, respectivamente, 13,13%; e 2017 com 11,11%. A distribuição quantitativa por tipo de estudo demonstra que 71,8% deles têm base empírica. A região Sudeste foi a que apresentou maior concentração (55,55%), seguida da região Sul (18,18%) e da região Nordeste (17,17%). No que se refere às categorias temáticas, nos estudos, houve predominância da Prática docente (36,3%), seguida de Formação docente (31,3%) e Saúde do docente (18,2%). A temática da docência em saúde apresenta inúmeras lacunas, reafirmando a necessidade de investimentos em pesquisas que tragam soluções para os desafios da educação na saúde na contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE Docentes. Educação superior. Pessoal de saúde. Capacitação profissional. Recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *The aim of this article is to analyze the scientific production on health teaching in Brazil, seeking to identify the main research themes, approaches, and possible knowledge gaps. A synthesis study was carried out from published articles on the subject. We considered national studies, with text in Portuguese, published until 2017 in SciELO and Lilacs. A total of 99 studies were analyzed, identifying points of convergence between the subjects addressed, being the following categories extracted/defined: Teaching practice; Teacher training; Teacher profile; Teaching identity; Teacher trajectory and Teacher's health. The years that had the highest concentration of publications were 2011 (13.3%), 2016 (13.13%) and 2017 (11.11%). The quantitative distribution by type of study shows that 71.8% have an empirical basis. The Southeast region had the highest concentration (55.55%), followed by the South region (18.18%) and the Northeast region (17.17%). In terms of thematic categories, there was a predominance of teaching practice (36.3%), followed by teacher training (31.3%) and teacher's health (18.2%). The theme of teaching in health presents numerous gaps, reaffirming the need for investments in research that bring solutions to the challenges of health education in the contemporary world.*

KEYWORDS Faculty. Education, higher. Health personnel. Professional training. Health manpower.

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Matinhos (PR), Brasil.
viniciooliveira@ufpr.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

Nas duas últimas décadas, o ensino em saúde vem passando por transformações decorrentes da busca de modelos de formação que deem conta das necessidades sociais e que sejam coerentes com as mudanças no mundo do trabalho e com as políticas de saúde vigentes. Nesse contexto, é visível a inserção de novas tecnologias na produção do conhecimento que, conseqüentemente, revolucionam a disponibilidade e rapidez da informação. Esse cenário leva a refletir sobre a dinâmica do ensino, sobre as práticas pedagógicas, sobre o papel do professor na formação dos profissionais e sobre o perfil adequado à realidade em que estão inseridos¹⁻³.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 1990, ganhou destaque a reconfiguração de novas práticas de saúde na perspectiva de reorientação do modelo de atenção hegemônico e de superação dos desafios enfrentados pelos modelos de formação e qualificação profissional no campo da saúde. Esses processos vêm passando por inovações educacionais por meio de um conjunto de iniciativas que vivem a tensão entre o lugar da ruptura em direção a novos arranjos, as novas práticas de saúde e as novas interações entre campos de conhecimentos diversos, com sua tradicional ênfase em processos normalizadores e disciplinadores⁴.

No País, ao longo dos últimos 20 anos, observa-se uma reforma da educação superior aliada a uma política de expansão do ensino, adotando-se os princípios da diversificação e da diferenciação como novo ideário das políticas de ensino superior, bem como a disseminação de instituições voltadas apenas para o ensino, dissociado de pesquisa e extensão. Conseqüentemente, observa-se o aumento da produção de conhecimento, acompanhada de uma maior exigência na produção do trabalho docente, sobretudo no crescimento de publicações científicas. As universidades, portanto, estão situadas no centro do processo

de produção da ciência, tecnologia e inovação, o que tem por conseqüência a transformação qualitativa do trabalho do professor^{5,6}.

Nesse sentido, as mudanças na formação profissional em saúde exigem diálogo com as propostas pedagógicas e requerem que o docente estruture cenários de aprendizagem que sejam significativos e problematizadores da prática profissional. Esse contexto traz reflexões sobre a relação entre prática e formação docente, constituindo-se como importante desafio para o ensino superior em saúde, o qual se desenvolve em um panorama acadêmico marcado pela valorização da pesquisa em detrimento dos saberes pedagógicos⁷.

Nessa perspectiva, se a universidade e o sistema educacional vêm passando por reformas, com o intuito de dar conta da complexidade que caracteriza a saúde como processo social, a prática docente se caracteriza como potencial para transpor modelos educativos conservadores. No entanto, há que se pensar nas fragilidades impostas ao processo de trabalho docente, o qual tem sido objeto de diversas críticas, que reverberam na formação docente e, sobretudo, nos aspectos didático-pedagógicos. Inserem-se aí, as dicotomias no ensino em saúde, apontadas por vários estudos (teoria-prática, saúde-doença, promoção e cura, básico e profissional, ensino e pesquisa)^{1,7}.

Destarte, a questão da docência em saúde assume grande relevância no debate, problematizando-se em torno dos desafios e das dificuldades que ela vem enfrentando na mudança necessária aos processos formativos⁸. A docência em saúde torna-se uma temática importante no momento em que a formação de novos perfis profissionais passam por transformações e inovações curriculares, considerando a prática do professor como eixo estruturante, a qual, segundo Motta e Ribeiro⁴, é entendida como uma prática social complexa e interdisciplinar que exige competências para a ação.

No que diz respeito à formação docente, de modo geral, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, admite que os docentes de nível superior sejam preparados

pela pós-graduação *stricto* e *lato sensu*. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) aponta os mestrados e doutorados acadêmicos como *locus* de formação docente ao assinalar que estes têm o intuito de promover a formação de professores para o ensino superior^{9,10}.

Segundo Ribeiro e Cunha¹¹, há uma compreensão de que a qualidade no ensino superior depende da relação de indissociabilidade do ensino com a pesquisa e a extensão; todavia, o lugar da formação para o exercício do magistério superior seria a pós-graduação *stricto sensu*. Esses autores mencionam que, na esfera da pós-graduação, espaço privilegiado da formação de docentes, há relativo privilégio da formação de pesquisadores, uma vez que eles se constituem espaço para a pesquisa e para o aprofundamento dos saberes específicos do campo da saúde, mas a consolidação dos saberes da prática pedagógica fica em segundo plano.

A partir de uma aproximação inicial à literatura científica sobre a docência em saúde enquanto objeto de estudo, poucos trabalhos foram encontrados. Um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a docência em saúde no Brasil, realizado por Araújo et al.¹², identificou no total de publicações selecionadas (76) no período de 1997 a 2007 que 43% delas eram sobre a docência em enfermagem; 33%, sobre a docência em medicina; 9%, em odontologia; e 9%, sobre a docência nas demais profissões da saúde, as quais contemplam o ensino na graduação, a formação docente e métodos de ensino inovadores como temáticas centrais de interesse. O estudo evidencia a necessidade de compreensão do processo de mudança na área e aponta para a necessidade de diretrizes para a elaboração de um projeto de desenvolvimento docente.

Diante dos pressupostos, torna-se importante colocar em discussão a produção científica sobre docência em saúde no Brasil, situando-se como condição fundamental para identificar as lacunas do conhecimento. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar a produção científica sobre docência em

saúde no Brasil, visando identificar suas características, os principais temas de investigação e as possíveis lacunas do conhecimento.

Metodologia

Realizou-se um estudo de síntese da produção científica a partir de artigos publicados sobre a temática 'Docência em Saúde'. Foram considerados estudos nacionais, em língua portuguesa, publicados sobre o tema, independentemente do ano de publicação, até o momento de realização da busca (2017), no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). A escolha por uma revisão da literatura exclusivamente nacional, para o presente estudo, baseia-se no fato de que a docência em saúde no Brasil pode ter recebido forte influência das mudanças ocorridas nas políticas de saúde e, conseqüentemente, das exigências das políticas de formação profissional para o SUS, passando a envolver questões específicas do sistema público de saúde, considerando-se, portanto, que sua práxis e sua identidade são construídas em um universo sociocultural específico.

Em cada uma das bases (SciELO e Lilacs), foram utilizadas as seguintes palavras de busca: docentes; professores; ensino; docência universitária; formação docente; formação de professores; prática docente; trabalho docente; competências pedagógicas; trajetória docente e identidade docente, cada uma combinada com a palavra saúde, separadamente, com busca em qualquer parte do texto. A análise dos trabalhos foi precedida de uma fase exploratória, em que foram excluídos os capítulos de livros, as normas técnicas, os manuais, as teses e as dissertações, os relatórios técnicos e os documentos institucionais. Trabalhos que não continham resumos também foram eliminados. Em alguns casos, quando se utilizavam diferentes descritores ou bases de dados, ocorria duplicidade de publicações, sendo consideradas apenas uma vez.

Após a seleção, procedeu-se à análise das informações de cada estudo, realizando-se leitura interpretativa, sistematização e catalogação, a partir de uma planilha em Excel® contendo: ano de publicação, identificação do estudo, palavras-chave, instituição, estado, região, revista de publicação, Qualis Capes, tipo de estudo (ensaios teóricos/artigos de discussão/opinativos; estudos empíricos; revisões da literatura e relatos de experiência), objetivos, metodologia, resultados, análise e conclusões. Para a identificação das informações referentes à instituição, estado e região do País, considerou-se o autor principal (primeiro autor do estudo). A classificação das publicações segundo Qualis do periódico baseou-se na Classificação do ano de 2014 para área da saúde coletiva. Foi adotado o Qualis da Saúde Coletiva, por se tratar de uma área com muitas interfaces, de natureza interdisciplinar e multiprofissional, no campo da saúde. Quando não houve classificação para algum periódico nesse ano, recorreu-se à classificação no ano de 2013.

Para a análise, recorreu-se aos textos completos dos trabalhos selecionados. Os estudos foram lidos atentamente para que fossem encontrados pontos de convergência entre os assuntos tratados, sendo extraídas/definidas as seguintes categorias temáticas sobre docência em saúde: Formação docente; Identidade

docente; Perfil docente; Prática docente: Saúde do docente e Trajetória docente.

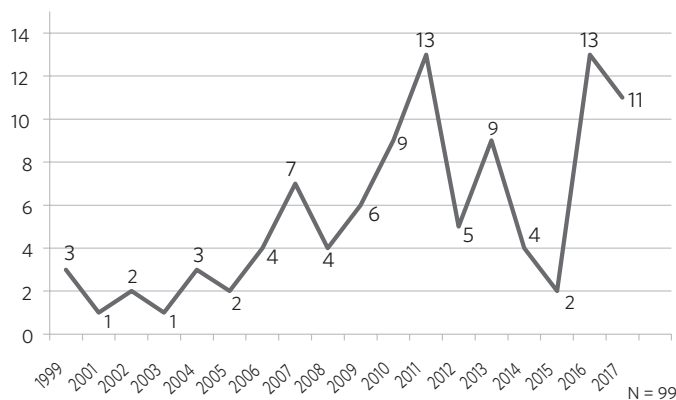
Os trabalhos foram analisados considerando o tipo de estudo: ensaios teóricos/artigos de discussão/opinativos; estudos empíricos; revisões da literatura e relatos de experiência. Além disso, foi considerada a metodologia utilizada na produção das informações, especialmente nos desenhos de pesquisa. Procurou-se, ainda, obter uma estimativa do quantitativo de artigos produzidos ano a ano, de acordo com o tema priorizado, sendo esta e outras informações apresentadas em forma de tabela e gráficos, a fim de facilitar o processo de análise.

Resultados e discussão

A busca de trabalhos sobre a temática em todo o período até o ano 2017 resultou em 8.638 documentos no Lilacs e em 4.164 no SciELO, totalizando 12.802 documentos, dos quais foram selecionados 627 para uma análise preliminar. Após a exclusão das duplicidades e dos trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, foram analisados, na íntegra, 99 estudos.

Os anos que tiveram maior concentração de publicações sobre a temática foram 2011 e 2016 com, respectivamente, 13,13%; e 2017 com 11,11% (gráfico 1).

Gráfico 1. Evolução temporal das publicações nacionais sobre docência em saúde no Brasil, até 2017, Brasil, 2018



No que se refere às categorias temáticas, nos estudos, houve predominância da Prática docente (36,3%), seguida de Formação docente (31,3%), Saúde do docente (18,2%), Perfil docente (10,1%), Trajetória docente (3%) e

Identidade docente (1%). A distribuição quantitativa por tipo de estudo demonstra que 71,8% deles são empíricos, 13% são ensaios teóricos, 10,1% são relatos de experiência e 5% são revisões da literatura (*tabela 1*).

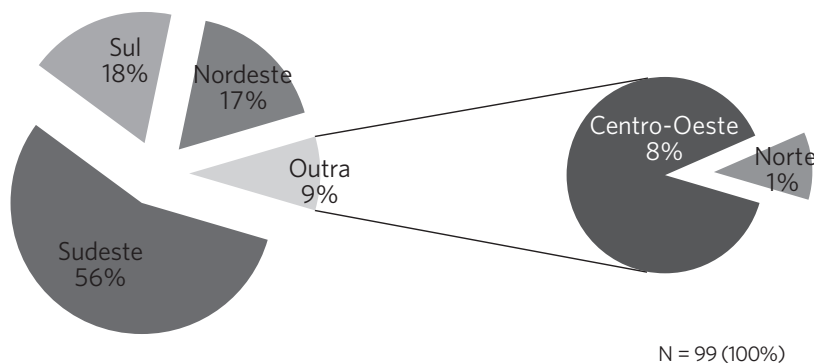
Tabela 1. Distribuição da produção científica sobre docência em saúde, por número de estudos e percentual, segundo categorias analíticas e tipos de estudo, Brasil, 2018

| CATEGORIAS / N (%) | | TIPOS DE ESTUDO / N (%) | | | |
|--------------------|------------|-------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Estudo Empírico | Ensaio Teórico | Revisão da Literatura | Relato de Experiência |
| Prática docente | 36 (36,36) | 28 (77,77) | 6 (15,78) | - | 2 (5,55) |
| Formação docente | 31 (31,31) | 16 (51,61) | 6 (19,35) | 2 (6,45) | 7 (22,58) |
| Perfil docente | 10 (10,10) | 9 (90) | - | - | 1 (10) |
| Trajetória docente | 3 (3,03) | 3 (100) | - | - | - |
| Identidade docente | 1 (1,01) | - | 1 (100) | - | - |
| Saúde do docente | 18 (18,18) | 15 (83,33) | - | 3 (16,66) | - |
| Total | 99 (100) | 71 (71,71) | 13 (13,13) | 5 (5,05) | 10 (10,10) |

A região Sudeste foi a que apresentou maior concentração (55,55%), seguida da região Sul (18,18%) e da região Nordeste (17,17%). Esses resultados podem ser justificados por maior concentração de instituições de ensino e pesquisa na região Sudeste (*gráfico 2*). Esses achados revelam que essa região mantém a maior concentração de estudos

quando comparados com os resultados do estudo de revisão da literatura de Araújo et al.¹², o qual analisou a produção científica no período de 1997 a 2007 e identificou que a região Sudeste possui maior concentração dos estudos (67,5%), além da pouca diferença no quantitativo da produção entre as regiões Sul e Nordeste.

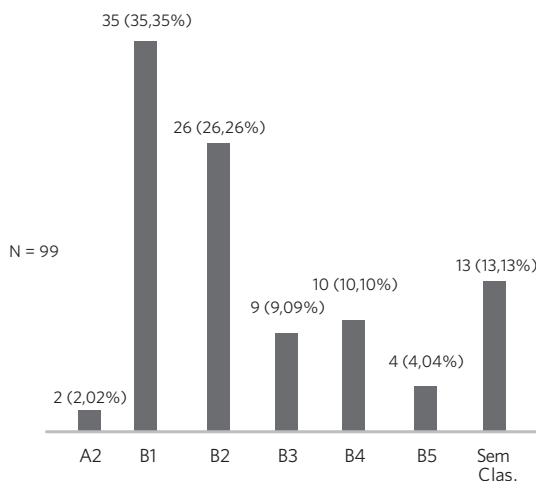
Gráfico 2. Distribuição da concentração da produção científica sobre docência em saúde, por regiões, Brasil, 2018



No que se refere aos estratos Qualis Capes para a área da Saúde Coletiva, a maioria das publicações selecionadas é B1 (35,35%), seguido de B2 (26,26%), B3 (9,09%), B4 (10,10%), B5 (4,04%) e A2 (2,02%). Ressaltam-se aspectos

qualitativos dessa produção científica, visto que a maioria dos estudos vem sendo publicada em revistas com índices de qualidade elevados (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição da produção científica sobre docência em saúde, segundo Qualis Capes na área da saúde coletiva, 2012-2014, Brasil, 2018



Categorias analíticas

PRÁTICA DOCENTE

Compostas por 36 trabalhos, publicados no período entre 2004 e 2017, produções sobre prática docente são, em sua maioria, de natureza empírica (77,77%), seguidas por manuscritos teóricos (16,66%) e por relatos de experiência (5,55%). No que se refere à distribuição geográfica, os estudos são oriundos de diferentes regiões do País: Sudeste (44,44%), Sul (22,22%), Nordeste (22,22%) e Centro-Oeste (11,11%), publicados em revistas científicas com Qualis que variam de B5 a A2.

Essa categoria engloba trabalhos com as seguintes abordagens: Gestão da docência; Concepções, características e propostas do trabalho docente; Trabalho em equipe entre docentes; Prática docente em cursos específicos; Percepções sobre a parceria ensino-serviço;

Concepções sobre a prática pedagógica; Inovação na prática pedagógica; Avaliação da prática docente; Metodologia do ensino-aprendizagem; Desafios da prática docente.

Os artigos selecionados possuem os objetivos mais variados, a saber: analisar questões relativas à gestão coletiva da atividade docente; investigar os saberes docentes que alicerçam a prática pedagógica dos professores; compreender as concepções dos docentes sobre cuidado integral em saúde e sobre o ensino de graduação extramuros, entre outros. As metodologias utilizadas são, em sua maioria, qualitativas, envolvendo aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas.

Quando analisados os estudos sobre prática docente por área profissional, identifica-se que, dos 36 estudos, 14 deles (38,88%) são na área de enfermagem, seguida de medicina com 4 estudos (11,11%), de odontologia com 3 (8,33%) e de fonoaudiologia e educação física (ambas com 2,77% cada). Esses estudos trazem,

de modo geral, a problemática das demandas sociais e os feitos produzidos pelas novas diretrizes curriculares dos cursos de saúde que colocam desafios à prática docente nas instituições de educação superior. Nesse sentido, os princípios do SUS e as políticas de saúde são apontadas nos estudos como norteadores dos processos de mudanças, na formação profissional em saúde¹³⁻²³. Já o estudo de Rozendo²⁴ busca caracterizar as práticas docentes – em nível de planejamento, execução e avaliação de atividades e de ensino-aprendizagem – utilizadas por professores dos cursos de Odontologia, Medicina, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Medicina Veterinária no Brasil. O destaque para o maior quantitativo de trabalhos publicados sobre docência na área de Enfermagem também foi revelado pelo estudo de Araújo et al.¹², no qual a Enfermagem apareceu com 43,42% do total de publicações analisadas no período de 1997 a 2007.

Nessa perspectiva, são colocados os desafios para a integração ensino-serviço e a adoção de novas abordagens metodológicas e de ensino-aprendizagem estimuladas pelo Programa de Reorientação da Formação dos Profissionais em Saúde (Pró-Saúde)¹⁹. Esses desafios evidenciam as fragilidades da formação docente no Brasil – entre as quais, o pouco preparo pedagógico do docente – diante das exigências da educação contemporânea, que, por sua vez, possui relação direta com as transformações no mundo do trabalho em saúde.

Os estudos classificados na categoria Prática docente são, em sua maioria, de abordagem qualitativa. O estudo de Araújo et al.²⁵ discute acerca das abordagens pedagógicas propostas na classificação de Libâneo e sua utilização no processo de formação de força de trabalho na enfermagem. Utilizando categorias relacionadas com o modelo de Meleis, o estudo de Diniz e Avelar¹⁸ discute princípios e práxis dos docentes ante uma atitude crítico-reflexiva voltada ao processo de ensino. A teoria da comunicação de Habermas também é utilizada por Ribeiro²⁶ como referência para um trabalho sobre currículo e docência, o qual oferece

como resultados indicadores metodológicos que permitem transformar a prática docente em um processo permanente de construção do conhecimento. Para Pereira e Chaoucha¹⁷, as práticas pedagógicas precisam ocupar um novo lugar no ensino superior, que ainda está muito voltado à valorização e produção de conhecimentos.

Os estudos concluem que há fragilidades na apropriação teórica e pedagógica que possam efetivar mudanças no processo ensino-aprendizagem e apontam para a necessidade de rever tanto a formação quanto a atualização didático-pedagógica do professor universitário para que se possa buscar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva no campo da saúde. Dentre as fragilidades, destacam-se a desvalorização das atividades de ensino e a supervalorização da pesquisa e produção científica, a falta de uma identidade profissional docente e a resistência a mudanças e incorporação de inovações pedagógicas, sinalizando pontos de conflito em relação a paradigmas que se articulam diretamente a questões curriculares e político-estruturais.

Alguns estudos evidenciam que, na prática docente, há predominância da educação ‘bancária’, segundo aspectos conceituais de Paulo Freire, caracterizando-se pela ênfase no tradicionalismo, na transmissão do conhecimento, excesso de carga horária com integração curricular^{14,24,27,28}.

FORMAÇÃO DOCENTE

Essa categoria é composta por 31 trabalhos, publicados entre os anos de 2004 e 2017, em revistas que vão do Qualis B5 ao A2. Os estudos são majoritariamente do tipo empírico (51,61%), seguidos pelos relatos de experiência (22,58%), pelos trabalhos teóricos (19,35%) e pelas revisões de literatura (6,45%). Os artigos são provenientes, em sua maioria, do estado de São Paulo (48,38%).

Os trabalhos selecionados podem ser sistematizados nas seguintes subcategorias: Formação pedagógica na pós-graduação^{9,29-32};

Estágio em docência³³⁻³⁶; Formação pedagógica do Enfermeiro docente³⁷⁻⁴¹; Formação pedagógica do Nutricionista docente^{42,43}; Formação pedagógica do Odontólogo docente^{28,44}; Formação pedagógica do fonoaudiólogo docente⁴⁵; Formação docente em Educação a Distância (EAD)⁴⁶⁻⁴⁹; Tecnologia Educacional na formação docente; Tecnologia da Informação e Comunicação na formação docente⁵⁰; Avaliação da formação docente⁵¹. No conjunto de 31 estudos sobre formação docente, quando analisados por área profissional, identifica-se que 29,03% são na área de enfermagem, seguida de nutrição e de odontologia, ambas com 6,45% cada, e de fonoaudiologia com 3,22% (um estudo).

Os estudos dessa categoria possuem objetivos diversos, que vão desde a reflexão sobre o processo de formação docente, as concepções e as práticas sobre aspectos didático-pedagógicos de pós-graduando, de forma ampla, até a análise da formação pedagógica para a docência na graduação na área da saúde.

Em sua maioria, de abordagem qualitativa, os estudos não explicitam em suas respectivas metodologias quais referenciais teóricos conceituais foram utilizados, revelando a pouca importância dada aos referenciais do campo da educação, os quais poderiam trazer possibilidades de problematização das lacunas existentes na formação docente que, conseqüentemente, refletem na prática pedagógica. A teoria dos campos de Pierre Bourdieu e a teoria do currículo de Tomaz Tadeu da Silva foram utilizadas por Corrêa e Ribeiro³² para analisar a formação docente na pós-graduação em Saúde Coletiva.

É possível identificar que a pós-graduação não toma a questão da formação pedagógica como objeto de interesse. Segundo Corrêa e Ribeiro³¹, em seu estudo sobre a relevância e a necessidade da formação pedagógica do professor universitário no espaço da saúde coletiva, verificou-se que os mestrados e doutorados apresentam uma tendência à formação técnica-instrumental. Esses achados corroboram os resultados da pesquisa de Figueredo

et al.⁹, a qual analisou a formação didático-pedagógica na pós-graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde nas universidades federais do Nordeste, constatando que a distribuição dos componentes curriculares que correspondem à formação didático-pedagógica se apresentou de forma optativa em detrimento das obrigatórias, além disso, desvinculadas da discussão entre teoria, epistemologia da educação e prática docente, mostrando-se insuficientes nos currículos da pós-graduação. Para Batista⁷⁽²⁹⁰⁻²⁹¹⁾:

Os contextos em que se desenvolvem as propostas de formação didático-pedagógica na área da saúde contêm singularidades que devem ser compreendidas e discutidas: o domínio do conteúdo e o sucesso da prática profissional são, comumente, considerados suficientes para o exercício da docência; a valorização da formação docente no contexto da pós-graduação brasileira é posta em segundo plano em relação à formação do pesquisador; há uma certa desarticulação entre as áreas da saúde e da educação na sociedade em geral e, particularmente, no espaço acadêmico, alimentando uma disputa em torno da responsabilidade de formar o professor.

Ainda, é possível verificar que: a educação permanente do processo de formação docente parece ser uma demanda crescente; o estágio de docência na formação da pós-graduação é relevante na formação dos futuros docentes; há necessidade de desenvolver uma cultura de valorização do ensino na universidade e na pós-graduação. A complexidade da prática pedagógica deve ser assumida em todas as suas dimensões, reconhecendo a docência como uma prática que exige formação específica, caracterizada por elementos complexos que vão além do domínio de determinado conteúdo, não a reduzindo somente à instrumentação técnica, mas, fundamentalmente, uma reflexão crítica sobre esta prática e a realidade em que se processa.

Nessa perspectiva, os estudos apontam para a necessidade de um projeto de

desenvolvimento docente na área da saúde. Segundo Batista⁷, o desenvolvimento docente é uma temática de grande importância, haja vista que a graduação dos cursos da área da saúde passa por transformações curriculares e metodológicas, incluindo a integração curricular, o currículo centrado na comunidade, a implementação de inovações educacionais, a aprendizagem baseada em problemas, entre outras que têm sido implementadas e avaliadas.

PERFIL, TRAJETÓRIA E IDENTIDADE DOCENTE

Composta por 10 artigos, a categoria Perfil docente apresenta trabalhos, em sua maioria, do estado de São Paulo (50%), seguidos pelos estados da Bahia, de Minas Gerais, de Alagoas, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul (com 10% cada estado). Publicados em revistas com o Qualis que vão do B3 ao B1, os artigos são predominantemente empíricos (90%). Há ainda um relato de experiência (10%).

As metodologias adotadas são qualitativas, envolvendo métodos descritivos, exploratórios, analíticos ou típicos da pesquisa-ação. Destaca-se, nessa categoria, a quantidade de artigos destinados a analisar o perfil dos docentes de enfermagem⁽³⁾⁵²⁻⁵⁴, apesar de a maioria dos estudos se dedicarem a analisar o perfil geral dos docentes da área da saúde. De modo geral, os estudos apontam para a necessidade de formação de um perfil docente, que possa dar conta das exigências impostas pela educação do profissional de saúde na contemporaneidade, sem perder de vista as necessidades sociais e as transformações no mundo do trabalho.

Já a categoria Trajetória docente é composta por três trabalhos⁵⁵⁻⁵⁷, provenientes de Universidades Públicas Estaduais e Federais. Os estudos foram publicados em 2003 (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj), em 2010 (Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS) e em 2017 (Universidade Federal de São Carlos – UFSCar), nas revistas ‘Physis’ e ‘Interface’, ambas com Qualis B1. Entre as fundamentações teóricas dos

trabalhos, destacamos as contribuições de Bourdieu, Sousa Santos, Anastasiou e Pimenta nos trabalhos.

De natureza empírica, os três trabalhos possuem objetos de estudo distintos, mas objetivos semelhantes. Ribeiro⁵⁵ busca analisar as representações de docência e formação pedagógica presentes no Projeto Político-Pedagógico de um Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. Os referenciais de Bourdieu, Sousa Santos, Anastasiou, Pimenta, Cunha e Lucarelli deram a principal sustentação teórica ao estudo, o qual aponta que, mesmo tendo a docência como expectativa de ação profissional, pouco encontra nas propostas curriculares essa dimensão, havendo discrepância entre as suas motivações e a proposta de formação, o que pode indicar a fragilidade do campo científico da educação e da pedagogia universitária nesse contexto.

O estudo de Bulcão⁵⁶ utilizou o referencial da sociologia das profissões com o objetivo de conhecer o professor médico, no que diz respeito a seus valores e comportamentos profissionais. Já o estudo de Silva⁵⁷ teve como objetivo analisar a trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de São Paulo.

A categoria Identidade docente é composta por um trabalho, realizado por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF)⁵⁸, publicado na revista ‘Interface’, com Qualis B1. Trata-se de um estudo teórico, que buscou analisar as relações dos saberes que criam a identidade dos docentes da área da saúde, bem como valorizar o entendimento das relações e posicionamentos sociais que imprimem marcas, no exercício da docência, como elementos que contribuem ou não para a efetivação das propostas de transformação dos processos de formação em saúde em curso, a partir dos condicionantes éticos e políticos do SUS.

SAÚDE DO DOCENTE

Chama atenção o número de artigos encontrados nessa categoria. Foram 18 artigos, publicados entre 2007 e 2017, sendo os anos de

2016 e 2017 aqueles com maior quantidade de publicação (27,77% cada). Os trabalhos são provenientes das regiões Sudeste (61,11%), Sul (16,66%) e Centro-Oeste (11,11%), tendo sido publicados em revistas com o Qualis entre B4 e B1.

Todos os artigos selecionados e pertencentes a essa categoria são do tipo empírico, e, em sua maioria, buscam identificar e analisar entre docentes, da área da saúde, os momentos de insatisfação, desgaste psíquico ou outros indicadores que são relevantes no estudo da saúde mental. Utilizaram-se, para a coleta de dados, questionários, protocolos como o MBI (Maslach Burnout Inventory), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Questionário sobre percepção do próprio stress, entre outros. Observou-se que o quantitativo de trabalhos sobre a saúde do docente enfermeiro (7) corresponde a aproximadamente 39% dos estudos classificados nessa categoria⁵⁹⁻⁶⁵.

Os estudos selecionados apontam que os principais fatores que afetam a saúde mental são questões éticas, excesso de atividades da carreira acadêmica e dificuldades no ambiente de trabalho. As esferas pessoais, sociais e institucionais devem atuar conjuntamente para atender às complexas necessidades desse profissional⁶⁶⁻⁶⁸. Os estudos reafirmam que a sobrecarga de trabalho do professor é recorrente, reduzindo assim a sua disponibilidade de tempo para atividades de interesse pessoal, o que afeta sua qualidade de vida. Além disso, confirmou-se o imperativo da resistência coletiva organizada de maneira a modificar o quadro de precarização do trabalho do professor.

Souza et al.⁶⁸ analisaram em seu estudo a nova organização do trabalho dos professores universitários e sua relação com a saúde desses profissionais, partindo do pressuposto que a precarização do trabalho nas universidades públicas vem gerando repercussões na saúde dos docentes da educação superior. Somam-se a esse contexto, as fortes pressões organizacionais tendo como consequência a intensificação do trabalho e o aumento da exigência de produtividade acadêmica.

Por sua vez, o estudo de Silvério et al.⁶⁹ sobre ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente revela que diferentes fatores promovem ou limitam a qualidade de vida do docente, os quais estão relacionados com a dinâmica das diversas interações pessoais desenvolvidas nos contextos dos processos de ensino-aprendizagem, especialmente naqueles em que há atividades que envolvem os serviços de saúde e a população.

Considerações finais

O estudo possibilitou o acompanhamento da tendência da produção científica sobre docência em saúde no Brasil. Nesse sentido, foi possível identificar as categorias temáticas com maior número de estudos, as que despontaram com número significativo de trabalhos e aquelas que apontam a necessidade de aprofundamentos em questões que se constituem em lacunas de conhecimento. Enquanto categorias como Prática docente e Formação docente praticamente dividem a totalidade dos trabalhos produzidos, seguidas da categoria Saúde do docente, os grupos, Perfil docente, Trajetória docente e Identidade docente apresentam número reduzido de publicações. Os estudos revelam a complexidade da prática pedagógica e reafirmam a necessidade da formação docente no campo da saúde.

O debate sobre docência universitária e a necessidade de introduzir novas metodologias de aprendizagem vêm desafiando pesquisadores, educadores e instituições para formulação e implementação de ações concretas que promovam mudanças na formação dos perfis profissionais que favoreçam as transformações das práticas e nas relações das equipes e trabalhadores de saúde.

Embora vários estudos tenham apresentado a problemática da formação docente na pós-graduação, na literatura científica, ainda nos restam questões que se constituem como lacunas do conhecimento, a exemplo da abordagem sobre a pedagogia

universitária na docência em saúde e sobre a forma como os programas de pós-graduação devem formar pedagogicamente. Nesse sentido, há carência de estudos mais aprofundados sobre a estrutura curricular da pós-graduação *stricto sensu* e sobre os aspectos da formação didático-pedagógica nesse espaço.

O investimento em temáticas que envolvam a formação dos trabalhadores do SUS em muito contribuirão para a organização das políticas e práticas de educação no setor saúde, ampliando formatos e conteúdos que abriguem

as novas interrelações que favorecem os perfis necessários à atualidade.

Colaboradores

Silva VO (0000-0003-4149-1777)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Pinto ICM (0000-0002-1636-2909)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

Referências

1. Maia JA. O currículo no ensino superior e saúde. In: Batista NA, Batista SH. Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac; 2004.
2. Batista NA, Batista SH. Docência Universitária em Saúde, Formação e Interdisciplinaridade. In: Batista NA, Batista SH, Abdala IG. Ensino em Saúde: visitando conceitos e experiências. São Paulo: Arte & Ciência; 2005.
3. Pimenta SG, Anastasiou LGC. Docência no ensino superior. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2003.
4. Motta LJ, Ribeiro VMB. Quem educa queer: a perspectiva de uma analítica queer aos processos de educação em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1695-1704.
5. Souza KR, Mendonça ALO, Rodrigues MAS, et al. A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(11):3667-3676.
6. Catani AM, Oliveira JF, Michelotto RM. As políticas de expansão da educação superior no Brasil e a produção do conhecimento. *Fundam. humanid.* 2007; 1(23):47-64.
7. Batista NA. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. *Trab. educ. saúde.* 2005; 3(2):283-294.
8. Pinto ICM, coordenadora. Oficina sobre formação docente em Saúde Coletiva. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. GT Trabalho e Educação [Relatório]. 2012 Maio 7-8; Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), 2012. p. 1-12.
9. Figueredo WN, Laitano ADC, Santos VPFA, et al. Formação didático-pedagógica na pós-graduação

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- stricto sensu em Ciências da Saúde nas Universidades Federais do Nordeste do Brasil. *Acta paul. enferm.* 2017; 30(5):497-503.
10. Barbosa ECV, Viana LO. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. *Rev. Enferm. UERJ.* 2008; 16(3):339-344.
 11. Ribeiro ML, Cunha MI. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(32):52-68.
 12. Araujo EC, Batista SH, Gerab IF. A produção científica sobre docência em saúde: um estudo em periódicos nacionais. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(4):486-492.
 13. Madeira MZA, Lima MGSB. A prática pedagógica das professoras de enfermagem e os saberes. *Rev. bras. Enferm.* 2007; 60(4):400-404.
 14. Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS, et al. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2016; 20(57):437-448
 15. Andrade SR, Boehs AE, Boehs CGE. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):537-547.
 16. Guimarães GL, Viana LO. O valor social no ensino da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2012; 16(3):508-513
 17. Pereira WR, Chaoucha SH. Identificação de novas práticas pedagógicas na percepção dos docentes de um curso de enfermagem. *Ciênc. cuid. Saúde.* 2010; 9(1):99-106.
 18. Diniz SN, Avelar MCQ. A prática docente de enfermeiros de instituições de saúde numa universidade privada. *Ciênc. cuid. Saúde.* 2009; 8(2):176-183.
 19. Forte FDS, Vieira LB, Pessoa TRRF, et al. Portfólio: desafio de portar mais que folhas: a visão do docente de odontologia. *Rev. bras. educ. med.* 2012; 36(1) (supl2):25-32.
 20. Turini B, Almeida MJ. Os professores de Medicina e o ensino de graduação extramuros. *Rev. bras. educ. méd.* 2002; 26(3):151-161.
 21. Pontes AL, Rego S, Silva Junior AG. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Rev. bras. educ. med.* 2006; 30(2):66-75.
 22. Moura D, Arce VAR. Atenção primária à saúde: concepções e práticas de docentes fonoaudiólogos. *Distúrb. Comun.* 2016; 28(1):130-141.
 23. Machado RB. Políticas de inclusão e a docência em educação física: uma reflexão sobre as práticas. *Rev. bras. ciênc. Esporte.* 2017; 39(3):261-267.
 24. Rozendo CA, Casagrande LDR, Schneider JF, et al. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. *Rev. latinoam. Enferm.* 1999; 7(2):15-23.
 25. Araújo DV, Silva CC, Silva ATMC. Formação de força de trabalho em saúde: contribuição para a prática educativa em enfermagem. *Cogitare enferm.* 2008; 13(1):10-17.
 26. Ribeiro VMB. Uma pequena conversa sobre currículo, prática docente e teoria da ação comunicativa. *Physis.* 1999; 9(2):99-116.
 27. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev. bras. educ. med.* 2007; 31(1):21-30.
 28. Secco LG, Pereira MLT. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos cursos de odontologia do Estado de São Paulo. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15):313-330.
 29. Freitas MAO, Seiffert OMLB. Formação docente e o ensino de Pós-Graduação em Saúde: uma experiência na UNIFESP. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(6):635-640.
 30. Ponce de Leon CGRM, Silva CC. Formação de formadores: a prática educativa de um programa de pós-graduação em enfermagem. *Rev. bras. enferm.*

- 2006; 59(5):636-641.
31. Corrêa GT, Ribeiro VMB. Formação pedagógica na pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1647-1656.
 32. Abensur PLD, Carvalho GPM, Ruiz ML. O processo de formação didático pedagógica em saúde: aprendizagens percebidas na voz dos pós-graduandos. *ABCS health sci.* 2016; 40(3):158-163.
 33. Siniak DS, Silva AB, Pinho LB. Relato de experiência de estágio de docência na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Ciênc. cuid. Saúde.* 2013; 12(3):593-598.
 34. Tomaz APKA, Tocantins FR, Souza SR. Estágio de docência realizado num hospital universitário do estado do Rio de Janeiro – relato de experiência. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2014; 6(2):856-862.
 35. Mielke FB, Olschowsky A. A experiência do estágio de docência. *Cogitare enferm.* 2009; 14(3):579-583.
 36. Pinho LB, Santos SMA. Estágio de docência em enfermagem psiquiátrica: uma experiência durante a pós-graduação. *Rev. gaúch. Enferm.* 2006; 27(2):176-184.
 37. Pimentel V, Mota DDCF, Kimura M. Reflexões sobre o preparo para a docência na pós-graduação em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* 2007; 41(1):161-164.
 38. Rodrigues MTP, Mendes Sobrinho JAC. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(4):456-459.
 39. Maftum MA, Alencastre MB. Cenário da qualificação docente de enfermagem em saúde mental no Paraná. *Nursing.* 2008; 11(124):404-410.
 40. Barbosa ECV, Viana LO. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. *Rev. enferm. UERJ.* 2008; 16(3):339-344.
 41. Backes VMS, Menegaz JC, Miranda FAC, et al. Lee shulman: contribuições para a investigação da formação docente em enfermagem e saúde. *Texto & contexto enferm.* 2017; 26(4):e1080017.
 42. Costa NMSC. Formação pedagógica de professores de nutrição: uma omissão consentida? *Rev. Nutr.* 2009; 22(1):97-104
 43. Cardoso CGLV, Silva AS, Vargas GJ, et al. O papel dos docentes na formação de novos professores de nutrição. *Rev. bras. educ. med.* 2014; 38(3):367-371.
 44. Baltazar MMM, Moysés SJ, Bastos CCBC. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. *Trab. educ. saúde.* 2010; 8(2):285-303.
 45. Nardi V, Cardoso C, Araújo RPC. Formação acadêmico-profissional dos docentes fonoaudiólogos do estado da Bahia. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(6):1122-1138.
 46. Ruiz-Moreno L, Leite MTM, Ajzen C. Formação didático-pedagógica em saúde: habilidades cognitivas desenvolvidas pelos pós-graduandos no ambiente virtual de aprendizagem. *Ciênc. educ. (Bauru).* 2013; 19(1):217-229.
 47. Paim MC, Guimarães JMM. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. *Rev. baiana saúde pública.* 2009; 33(1):94-103.
 48. Mezzari A. O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(1):114-121.
 49. Ruiz-Moreno L, Sonzogno MC. Formação pedagógica na pós-graduação em saúde no ambiente Moodle: um compromisso social. *Pro-Posições.* 2011; 22(3):149-164.
 50. Abensur SI, Tamosauskas MRG. Tecnologia da informação e comunicação na formação docente em Saúde: relato de experiência. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(1):102-107.
 51. Bomfim MI, Goulart VMP, Oliveira LZ. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(51):749-758.

52. Backes DSS, Marinho M, Costenaro RS, et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(3):421-426.
53. Contim D, Sanna MC. Ensino de administração de serviços de saúde: perfil de enfermeiras que exerceram a docência. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(6):756-761.
54. Terra FS, Secco IAO, Robazzi MLCC. Perfil dos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e privadas. *Rev. enferm. UERJ.* 2011; 19(1):26-33.
55. Ribeiro ML, Cunha MI. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(32):52-68.
56. Bulcao LG, Sayd JD. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. *Physis.* 2003; 13(1):11-38.
57. Silva RAS, Oliver FC. Trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(62):661-673.
58. Oliveira GS, Koifman L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(44):211-218.
59. Corral-Mulato S, Bueno SMV, Franco DM. Docência em Enfermagem: insatisfações e indicadores desfavoráveis. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(6):769-774.
60. Santos I, Cavalcante LB, Berardinelli LMM. Estudo sobre hábitos de vida de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy. *Rev. enferm. UERJ.* 2010; 18(1):48-54.
61. Carbogim FC, Gonçalves AMC. Docentes de enfermagem: prazer e sofrimento no trabalho. *REME rev. min. Enferm.* 2007; 11(3):291-296.
62. Soares RJO, Zeitoune RCG, Lisboa MTL, et al. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2011; 20(4):758-765.
63. Terra FS, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Evaluation of Self-esteem in Nursing Teachers at Public and Private Universities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(spe):71-78.
64. Barlem ELD, Lunardi VL. Satisfação e sofrimento no trabalho do enfermeiro docente: uma revisão integrativa. *REME rev. min. Enferm.* 2016; 20(e939):1-8.
65. D'Oliveira CAFB, Almeida CM, Souza NVDO, et al. Prazer e sofrimento no trabalho: perspectivas de docentes de enfermagem. *Rev. baiana enferm.* 2017; 31(3):e20297.
66. Gomes KK, Sanchez HM, Sanchez EGM, et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. *Rev. bras. med. Trab.* 2017; 15(1):18-28.
67. Leite AF, Nogueira JAD. Fatores condicionantes de saúde relacionados ao trabalho de professores universitários da área da saúde: uma revisão integrativa. *Rev. bras. saúde ocup.* 2017; 42(e6):1-15.
68. Souza KR, Mendonça ALO, Rodrigues MAS, et al. A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(11):3667-3676.
69. Silvério MR, Patrício ZM, Brodbeck IM, et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. *Rev. bras. educ. méd.* 2010; 34(1):65-73.

Recebido em 05/12/2018

Aprovado em 18/04/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Impressão

Printing

WalPrint Gráfica e Editora

Tiragem

Number of copies

300 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

v. 43. n. especial 1; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br