

Série
Vivências
em Educação
na Saúde

Integrar para aprender sobre saúde:

**A experiência interprofissional
de cuidado nos territórios**



editora



redeunida

Alzira Maria Baptista Lewgoy
Denise Bueno
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
ORGANIZADORAS

ORGANIZADORAS

Alzira Maria Baptista Lewgoy

Denise Bueno

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Série Vivências em Educação na Saúde

Integrar para aprender sobre saúde:

A experiência interprofissional de cuidado nos territórios

1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

I61

Integrar para aprender sobre saúde: A experiência interprofissional de cuidado nos territórios / Organizadoras: Alzira Maria Baptista Lewgoy; Denise Bueno; Ramona Fernanda Ceriotti Toassi – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

218 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 30).

E-book: 15.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-151-9

DOI: 10.18310/9786554621519

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Cuidado em Saúde. 4. Educação Interprofissional. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 31

CDU 614

Catálogo elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: RESGATAR O PROCESSO E CONTAR A HISTÓRIA

Denise Bueno
Jaqueline Tittoni

Introdução

Todos nós, na academia e na cultura como um todos, somos chamados a renovar a nossa mente para transformar as instituições educacionais e a sociedade, de tal modo que nossa maneira de viver, ensinar e trabalhar possa refletir nossa alegria diante da diversidade cultural, nossa paixão pela justiça e nosso amor pela liberdade (bell hooks, 2013, p. 51).

O objetivo deste capítulo é contar um pouco da história do desenvolvimento da proposta pedagógica de educação interprofissional (EIP) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Contar esta história é buscar o cenário onde propostas pedagógicas, como a atividade de ensino (disciplina) Práticas Integradas em Saúde (PIS I) puderam tomar corpo e forma, constituindo um espaço de aprendizagens integrador entre a comunidade, a universidade e os serviços de saúde. A utilização do substantivo ‘resgatar’ tem a pretensão e o desejo de mostrar alguns passos do caminho trilhado para construir outros parâmetros e outras formas de fazer e pensar o ensino em saúde na nossa universidade. Também quer reforçar a crença de estar contribuindo no diálogo com outras propostas pedagógicas que estimulem a interprofissionalidade (educação e trabalho) e no fortalecimento da criação de espaços intra e extramuros da formação

universitária. Narrar uma experiência, na visão de Walter Benjamin (1994) é fazer parte da produção do patrimônio histórico e cultural da sociedade, é transmitir a tradição, integrando passado e presente (e diríamos, também, o futuro) por meio da memória. Contar, assim, é estar em relação de pertencimento, de produção coletiva e de criação de memórias, desafiando as linearidades temporais – misturando passado, presente e futuro – para criar zonas onde os afetos abrem caminhos para as histórias vividas.

A história da proposta da EIP na UFRGS foi marcada por muitas presenças que fizeram a diferença, com a colaboração de docentes dos diferentes cursos da saúde, pelos servidores e docentes da UFRGS, por trabalhadores e trabalhadoras das equipes da saúde e da gestão da secretaria de saúde e da prefeitura municipal de Porto Alegre. Das salas de reunião, ambiente tão característico dos espaços de gestão, às caminhadas pelos territórios, pelos serviços de saúde, pelos espaços de trabalho e de organização das comunidades, foi sendo construído um plano comum de experiência que ia abrindo caminho para a criação de espaços de integração que pudessem ampliar os olhares daquele grupo das lógicas disciplinares que deram suporte à formação dos profissionais envolvidos neste processo.

Estes encontros, por si só, já mostravam a necessidade de uma postura colaborativa para enfrentar os desafios que a experiência colocava, pois estávamos inventando um caminho, na medida mesma em que caminhávamos. Caminhávamos coletivamente com o desejo de uma construção multidisciplinar e multiprofissional, levando na bagagem a caixa de ferramentas teórica, metodológica e técnica de cada núcleo de conhecimento e a certeza de que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) era o grande desafio daqueles tempos. Os princípios do SUS, sobretudo no que concerne à formação em serviço e aos processos de integração entre ensino, saúde e comunidade, foram (e seguem sendo) o farol norteador do caminho para pensar a formação aliada às necessidades e desejos das comunidades, fossem elas acadêmicas ou engendradas em outros espaços da vida social. Respirávamos (e respiramos) os ares da 8ª Conferência Nacional de Saúde,

com a certeza de que o SUS é um organismo vivo, alimentado pela luta e pelos desejos de promoção da vida, para além da sobrevivência, que nos mobilizam ao trabalho todos os dias.

Era o início deste século com expectativas importantes em termos sócio-econômicos e políticos para o Brasil, com o fortalecimento do SUS, implementação das políticas públicas em saúde e, em especial, da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006) direcionada para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No plano da educação e formação em saúde, organizava-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, que define Educação Permanente como “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (Brasil, 2004, p. 1). Para isso, necessita a “agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (Brasil, 2004, p. 1).

A EIP coloca-se como dispositivo fundamental na implementação da PNEPS e fortalecimento do SUS, tendo como princípios a aprendizagem em conjunto e interativo por profissionais de diferentes profissões com vistas a implementar o trabalho colaborativo (Peduzzi; Agreli, 2018).

Estávamos, portanto, diante de um reordenamento da formação e assistência em saúde que demandava um redirecionamento, também das políticas de formação e da criação de novas estratégias metodológicas que pudessem implementar estas novas diretrizes traduzidas nas práticas de assistência e no trabalho cotidiano, para que pudessem ganhar vida para além das Leis e Portarias que as definiram. Seria o próximo passo desta caminhada longa, formada por muitas lutas, que atravessaram a história do nosso país e se inscreveram não só na nossa história, mas se querem vivas na nossa memória e no nosso presente.

Walter Benjamin (1994), em seu texto ‘o narrador’, fala do empobrecimento da linguagem, mostrando como os soldados na segunda guerra mundial vinham das batalhas empobrecidos na sua linguagem, tal como suas vidas se empobreciam na condição de guerra em que se encontravam. Empobrecer a linguagem segue sendo um ponto crucial neste nosso presente em que as guerras são travadas em tantos planos distintos. No plano acadêmico, de onde falamos para pensar estes processos, também travamos esta batalha cotidianamente. Na saúde, nosso território das experiências mais mundanas e cotidianas, também nos colocamos a abrir espaços para uma linguagem múltipla, que faz enriquecer as nossas narrativas acadêmicas com os sentidos e afetos da nossa experiência. Por isso, neste texto, vamos narrar uma experiência como nos propõe Benjamin, enriquecida com os afetos que brotaram deste desafio de construir um espaço colaborativo, multidisciplinar e multiprofissional. Esta experiência de organizar, realizar e dar continuidade a uma proposta de ensino que necessita, inclusive para sua sobrevivência, ser flexível às transformações da vida e da sociedade, mantendo-se firme nos seus propósitos de constituir-se como campo de formação em saúde no SUS.

Primeira parada: rupturas necessárias

Muitos desafios estão colocados para a formação acadêmica contemporânea, onde a crítica ao pensamento colonial se faz urgente, tanto no que se refere ao caráter epistemológico do conhecimento, como aquele que reside nas práticas cotidianas. Principalmente a partir da política de ações afirmativas nas universidades brasileiras e, de modo especial na UFRGS, fica explícita a necessidade de práticas antirracistas e de crítica ao colonialismo e à branquitude que sustenta o conhecimento acadêmico e científico, dando evidência às perspectivas dos povos originários, negra e indígena. Os marcadores de gênero e sexualidade também mostram sua força e pressionam para sua visibilidade na definição do conceito de saúde, retirando as questões de orientação e identidade sexual do quadro das anormalidades e ligados ao adoecimento.

Do ponto de vista do trabalho, o avanço neoliberal, não só enquanto modelo socioeconômico, mas enquanto racionalidade, tal qual sugere Dardot e Lavall (2016), vai modificando os modos como as relações de trabalho se estabelecem e como produzem efeitos nos modos efetivos de trabalhar e viver. É um avanço que implica em uma captura do Estado na diminuição de sua presença nas políticas públicas e intensificando o aumento do financiamento do setor privado para execução destas políticas. Junte-se a isto, a digitalização do trabalho que vem se desenvolvendo com grande velocidade na nossa vida e no trabalho em saúde de uma forma, também, muito intensa.

Este cenário, ainda que com nuances próprias ao seu presente, como a digitalização e a apropriação neoliberal da gestão das políticas públicas, vem reforçar o vivido na virada do milênio, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações. A intensificação da fragmentação do trabalho e a burocratização da gestão colocam, para a formação em saúde, a necessidade de propostas pedagógicas que possam dialogar com a EIP. A publicação “Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?” (Toassi, 2017) traz uma coletânea de experiências de formação de saúde que atestam esta necessidade e mostram estratégias para enfrentar a produção de uma formação multiprofissional em saúde. Esta demanda configurou-se mais como uma estratégia para pensar a fragmentação de modo a garantir o cuidado em saúde de maneira integral em conjunto com a comunidade, com o seu território de vida e de habitação. Para Milton Santos (2006), o território é compreendido como uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local. O território miltoniano evidencia a impossibilidade teórica, técnica e política da intersetorialidade. O autor propõe e defende o território como a única possibilidade de lidar com a unidade. O espaço geográfico, segundo o autor, é uma totalidade dinâmica, produto das múltiplas totalizações a que está submetido o processo da história, a cada instante.

Assim, desde a perspectiva da formação universitária contemporânea, coloca-se a necessidade de contemplar o reconhecimento da complexidade

crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho em equipes de forma colaborativa, que respeite as bases disciplinares específicas, e que busque soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; estratégias para a construção de espaços que possam trabalhar de forma integrada favorecendo a saúde das populações.

A formação universitária está inscrita neste contexto de pluralidade e de enfrentamento da fragmentação buscando formas de integrar conteúdos técnicos e científicos às experiências nos locais de trabalho, no contato direto com os serviços. Esta demanda não é nova, pois é justamente na formação superior que se cristaliza a fragmentação disciplinar que vivenciamos na educação desde seus primórdios. A universidade incorpora e materializa esta fragmentação, sendo tarefa cotidiana de sua comunidade criar laços de parcerias, de produção acadêmica e de criação de atividades de ensino que possam enfrentar esta forma institucionalizada de trabalhar, ensinar e aprender. Estes laços mostram a vida que brota destas paredes, materiais e imateriais, que fragmentam os saberes para produzir conhecimento e trabalho. Para Canguilhem (2009, p. 64), “a vida não é uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação (...) com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas”. Tais fugas e vazios, na percepção do autor, não significam um elogio ao indeterminismo, mas a possibilidade de inventar, nas brechas da institucionalidade da fragmentação do saber e do trabalho, outros modos de aprender, ensinar e trabalhar. Assim, no âmbito acadêmico e científico, criar espaços com a formação multidisciplinar para o trabalho colaborativo, com perspectiva multiprofissional, configura-se como um processo de construção e, ao mesmo tempo, como um processo de lutas pelo seu reconhecimento. Do ponto de vista do trabalho em saúde, na assistência e gestão, tal processo também configura lutas pelo reconhecimento e espaços de resistência à discursividade biomédica dominante e, também, contra os modos neoliberais, individualizantes e competitivos que cada vez mais modulam o trabalho em

saúde com a lógica privatizantes, seja privatizando a assistência ou como modelo de gestão do serviço público. Estas lógicas de privatização da saúde direcionadas a modelos hegemônicos de poder, reforçadas por métricas que não dialogam com os usuários de saúde, fortalecem o que a literatura vem denominando de tribalismo das profissões, ressaltado no Relatório da Comissão Independente da revista *The Lancet*, onde Frenk e colaboradores (2010) chamam a atenção para o desafio da formação a ser enfrentado.

Estes elementos mostram os pontos de ruptura e as novas linhas de convergência que nossa experiência foi tramando. A formação interprofissional como referência para educação em serviço, a aprendizagem no território como espaço integrador de saberes e afetos, os princípios do SUS e sua implementação a partir das estratégias de saúde da família são elementos norteadores para a integração entre ensino, serviço e comunidade que dá fundamento e sustentação à proposta produzida na UFRGS.

Segunda parada: as experiências de formação em saúde na UFRGS

Em 2010, o editorial publicado por Scott Reeves – *The need to problematize interprofessional education and practice activities* – instiga o ‘senso comum’ existente na universidade de formação fragmentada. O artigo tem um efeito catalisador ao que já pensávamos como proposta pedagógica da PIS I. Não havia um consenso no grupo como um todo sobre o conceito de EIP. Paralelamente ao debate conceitual de Reeves e colaboradores que estava em processo de construção, o grupo organizador da disciplina percebia a necessidade de trabalho em conjunto de membros de mais de uma profissão da saúde em locais de prática integrada para atender novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na forma de fazer das profissões, o trabalho em equipe.

A UFRGS, com seus quatorze cursos da área da saúde, percebeu a necessidade de aproximação do processo de formação dos seus acadêmicos com o SUS. Como estratégias de mudanças curriculares para esta aproximação,

os cursos da área da saúde passaram a discutir a inserção do princípio da integralidade em saúde. Várias reuniões foram realizadas para criar estratégias para enfrentar este desafio e, ao longo dos anos de 2006 e 2007, se construiu, submeteu e aprovou, junto ao Ministério da Saúde, o Projeto de Extensão ‘Integralidade na saúde’, com o fomento da PNEPS, criada em 2004. Este projeto foi apoiado, após submissão e aprovação de edital organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, sendo desenvolvido com a participação de estudantes e professores dos cursos de graduação em Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Ao longo da execução de tal projeto, professoras e professores envolvidos constataram a urgência de uma ação institucional que favorecesse e ampliasse a construção de espaço permanente para inserção da PNEPS dentro da formação universitária. Tendo estas estratégias de governo da saúde como eixo orientador da formação, foi implementado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) na Universidade, objetivando incentivar transformações no processo de formação, de geração de conhecimentos e de prestação de serviços à população, para uma abordagem integral do processo de saúde-doença. Peste Programa propôs uma articulação entre a universidade e o cenário de prática no SUS. Na UFRGS, fizeram parte da primeira edição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde I (Pró-Saúde I) os cursos de Medicina e Odontologia e, na segunda edição (Pró-Saúde II), se somaram os cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Psicologia. A proposta do Programa teve como principal objetivo a composição de um Distrito Docente Assistencial (DDA) junto ao Distrito de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal, que articulou, sob o eixo da integralidade, os diferentes campos de saber da universidade, a gestão local dos serviços, os trabalhadores da saúde vinculados a rede de serviços da saúde no Distrito, a Secretaria Municipal da Saúde, os usuários e os movimentos sociais. A UFRGS participou com os seus discentes e docentes do Projeto Pró-Saúde II, em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, já configurando o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal. Tal Distrito foi criado visando à integração

em cenário de práticas dos currículos orientados para o SUS, no intuito de fortalecer a matriz curricular de formação do profissional da área de saúde.

Assim, a partir de convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e UFRGS, consolida-se o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal, distrito sanitário situado na região centro-sul de Porto Alegre, que se constitui em uma base territorial para ensino e pesquisa em saúde. Neste Distrito existiam instalados recursos de saúde de diferentes níveis de complexidade, vários equipamentos sociais, uma realidade geográfica particular e uma população estimada em 160.000 habitantes. O DDA torna-se o principal local de interação entre os docentes, discentes e profissionais da rede municipal de saúde, auxiliando a aproximação destes com a área de atuação, permitindo uma visão mais ampla do SUS e a possibilidade de inserção no cenário de práticas. A integração entre a Universidade e o Distrito previa, além da melhoria na qualidade do atendimento à comunidade, um ganho de qualidade na atividade curricular e em pesquisa em saúde para a própria universidade. Como argumentado por Campos (2005, p. 6),

Há uma recomendação curricular genérica de que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. Na mesma linha recomenda-se a inserção precoce do estudante em atividades práticas. Além disso, se na rede básica se espera que sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, se aceitamos que as intervenções no território são de grande complexidade, e se ainda acrescentamos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossas escolas médicas devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus estudantes.

A proposta do Pró-saúde ampliou uma série de debates dentro da universidade e a Pró-Reitoria de Graduação, por decorrência das políticas de incentivo à mudança nos cursos de graduação, envolveu-se na proposição de uma Coordenadoria Acadêmica que pudesse tornar mais orgânica a discussão

de uma política institucional de formação na área da saúde e ações coletivas de integração entre os setores da educação e da saúde, tendo em vista qualificar a formação, a atenção, a gestão e a participação nesse campo. A Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) na UFRGS surgiu como uma proposta de contribuição para a formação de profissionais da área da saúde, de modo especial para a construção da integralidade e da interprofissionalidade nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Neste processo, surge a PIS I.

Terceira parada: a disciplina PIS I

Tendo em vista a proposta do projeto da Integralidade, a CoorSaúde da UFRGS, por meio de uma disciplina piloto, criou uma atividade de ensino com a prática integrada em saúde, tendo como cenário o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal. Esta disciplina surge com base na ideia de que quanto maiores os índices de interdisciplinaridade e maiores as pactuações interinstitucionais, quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos estudantes (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou no ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde. Feuerwerker (2002) indica que a possibilidade de atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

A aproximação ao Distrito de Saúde fez surgir a reflexão sobre as potencialidades que uma disciplina pode oferecer para integrar diferentes discentes e docentes em um cenário de práticas, apontou para uma possível intervenção sobre o perfil do aluno que se está formando e para o desenvolvimento de uma maior participação e partilha entre docentes de diversas graduações. O aluno que se pensava em formar seria aquele que, tendo conhecimento

do contexto próprio de sua especialização, percebe a complexidade de cada área profissional; tendo assim, a vivência das relações de saúde voltada a um exercício profissional que se insere em um todo complexo e interrelacionado, sempre aberto para as modulações dos territórios. E principalmente, que esta formação esteja comprometida com a interrogação sobre o próprio trabalho na saúde, desde sua concepção até as práticas cotidianas.

Dentre os inúmeros desafios colocados neste processo, destacamos não reproduzir modelos, criar inovações na área pedagógica, romper com as metodologias vigentes, ter presente e analisar as tensões e desencontros entre a vida e a academia e produzir vida na academia; também trabalhar na perspectiva da saúde como qualidade de vida, considerando as múltiplas dimensões da saúde, a integralidade e intersetorialidade, problematizando a dicotomia saúde-doença sem negar o sofrimento como parte do viver. Enfim, como maior desafio, construir uma proposta pedagógica efetivamente interprofissional.

A partir da criação da CoorSaúde na UFRGS, os movimentos para a abertura de espaços e atividades integradas entre os cursos da saúde ganharam maior intensidade dentro da Universidade. Esses movimentos já haviam sido particularmente impulsionados por experiências como Pró-Saúde I e II, Integralidade em Saúde, VER-SUS e Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), todas elas realizadas no contexto de reestruturação e qualificação dos cursos conforme as diretrizes curriculares elaboradas pelo Ministério da Educação. Em agosto de 2009, a CoorSaúde realizou um levantamento de disciplinas existentes nos vários cursos da saúde para avaliar a transformação de algumas delas em disciplinas integradoras. A primeira ação que foi realizada foi mapear quais disciplinas poderiam ser consideradas integradoras. Entretanto, logo percebeu-se que um curso ofertar vagas para estudantes de outro curso não constituiria verdadeiramente uma ação integrada. No mês de outubro de 2009, uma subcomissão constituída dentro da CoorSaúde foi criada com o objetivo de elaborar a proposta de uma disciplina que fosse realmente integradora. O grupo formulou, então, a minuta da proposta de criação

de três disciplinas chamadas práticas integradas em saúde. A referência para essa primeira proposição era a experiência de práticas do curso de Fisioterapia, que possuíam um caráter de integração de conhecimentos dentro da área da saúde. A elaboração da disciplina integradora ganhou ainda mais profundidade no início de 2010, quando a CoorSaúde criou uma comissão formada por 23 professores de onze cursos de graduação ligados à saúde, com a participação de quatro técnicos de assuntos educacionais e de dois estudantes de pós-graduação. Durante um ano inteiro foi discutida a proposta da nova disciplina, com reuniões semanais e intensas discussões sobre os pressupostos de sustentação desta atividade de ensino. Ali, naquelas reuniões intensas e tomadas pela complexidade da ação que estava por vir, já se iniciava a experiência de integração e de trabalho colaborativo que viria a ser fundamental para a realização, desenvolvimento e resistência desta disciplina. Assim, o pensar em uma prática integrada fez com que houvesse uma intensa troca de experiências e, mesmo que o grupo não percebesse, uma formação estava sendo efetivada no tema da integralidade em saúde. Por sua vez, os docentes que participavam desta comissão levavam esse debate para dentro das comissões de graduação de seus cursos, aumentando ainda mais a possibilidade de intercâmbios e familiarização entre as áreas da saúde.

Desde o início do processo de criação de uma disciplina integrada entre os cursos da saúde da UFRGS, o objetivo era evitar a reprodução de modelos já existentes e criar algo novo, capaz de romper com as metodologias vigentes. A ideia consensual era a de ofertar a disciplina prioritariamente aos estudantes que estivessem em etapas iniciais de seus cursos, uma vez que a maior parte dos estudantes de semestres mais adiantados já estava envolvida em estágios curriculares. Em 2010, o plano de ensino da disciplina foi encaminhado aos profissionais de saúde da atenção básica municipal para que pudessem contribuir com proposições. O reconhecimento do território e as demandas de saúde do Distrito foram considerados pelo grupo proponente da disciplina e pelos profissionais de saúde como conteúdo fundamental para a PIS 1. Foi

solicitada a câmara de graduação que a oferta da disciplina fosse feita pela CoorSaúde entendendo que este espaço estava direcionando a implantação das DCN na universidade. Os trâmites internos e as instâncias administrativas da universidade impossibilitaram, na época, esta inovação. Desta forma a disciplina acabou sendo registrada junto à comissão de graduação do curso de Odontologia, na modalidade prático-aplicativa, com caráter eletivo e com carga horária para estudantes de 60 horas. A carga horária para professores seria definida conforme plano de trabalho e número de estudantes em tutoria. A atividade denominada Práticas Integradas, foi planejada para um professor de cada um dos 14 cursos da área da saúde da UFRGS e cada curso com direito a quatro vagas para os estudantes. Ela seria oferecida simultaneamente a 56 estudantes, divididos em grupos de oito estudantes e duplas de dois professores como tutores. A atividade previu a realização de atividades no território e seminários coletivos, com a participação de todos os estudantes, professores e profissionais da saúde para troca e integração dos diferentes saberes. Os estudantes estariam envolvidos com projetos a serem executados no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, após tomarem conhecimento das demandas da comunidade. Em cada semestre, produzindo um projeto diferente e, à medida que avançam na disciplina, os projetos vão ganhando continuidade e complexidade.

Esta proposta de uma disciplina que integrasse as várias graduações que compõem a CoorSaúde partiu do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido. Este grupo de trabalho propôs uma transformação das práticas de formação acadêmica baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Foi proposto, portanto, que os processos de capacitação da saúde fossem estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tivessem, como objetivo, a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Nesta perspectiva, a atualização técnico-científica é apenas um dos

aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de (re)conhecimento do SUS como instância de referência para a formação e o trabalho em saúde.

Ao colocar-se em marcha no ano de 2010, os desafios passam a incorporar as questões próprias ao território e aos serviços de saúde envolvidos. Os primeiros passos desta disciplina foram indicando ajustes e iam sendo delineados os pressupostos que, apesar de toda a variabilidade que acompanhava sua realização, iam servindo de pilares de sua sustentação e referência. Caminhavam de mãos juntas a necessidade de ter pilares firmes de referência, com base nos princípios do SUS, e a capacidade de flexibilização com relação aos movimentos do território, dos serviços de saúde e da gestão municipal.

Logo, a previsão de realização da disciplina em três semestres, foi ajustada para o oferecimento de uma disciplina, a Práticas Integradas em Saúde I que inicia em 2010, e somente no ano de 2017 foi oferecida a Práticas Integradas em Saúde II. A disciplina foi organizada tendo como objetivos a vivência no território, conhecendo os equipamentos de políticas públicas e a vivência nos serviços de saúde na Atenção Básica para conhecer a porta de entrada do SUS e suas particularidades e abrangência. Também como espaço para experimentar a multidisciplinariedade, convivendo com colegas, professoras e professores de cursos da saúde que não o seu. A escolha pela Atenção Primária em Saúde indicava um percurso a ser percorrido pelas três disciplinas de práticas em saúde nos caminhos propostos pelo SUS.

Provavelmente a memória de quem participou desta disciplina esteja marcada pelas lembranças dos encontros no estacionamento do Planetário onde tomávamos – e tomamos até hoje – os veículos que levavam os grupos de tutorias aos serviços. Desde as vans equipadas com ar-condicionado e água, até a velha kombi da UFRGS, que nos presenteou com sua expertise de circular pela cidade e com suas frágeis estruturas mecânicas que obrigou o grupo, em uma ocasião, a pedir carona em outro veículo. Desde a saída da universidade tratava-se de uma experiência de encontro, passando

pelas conversas do grupo na ida e na volta, pelas andanças pelo território a descobrir as intensidades e delicadezas que resistiram às condições de vida precárias, bem como no contato com profissionais da saúde e seu cotidiano de trabalho e em sua luta diária para produzir saúde e vida. Estas experiências foram - e seguem até hoje - dando materialidade aos conceitos de integração, de diversidade e complexidade tão presentes no processo de elaboração desta atividade de ensino. Ao falarmos de produção de subjetividade e de habilidades técnicas criadas na relação com serviços e profissionais reais, justamente trata-se do plano da experiência, onde estes elementos podem, ao juntar-se, tomar novas formas e expandir-se de sua condição de fragmentação e isolamento. Por este motivo, a PIS I necessita ser planejada a cada semestre, levando em consideração a composição do grupo de professoras e professores, estudantes e serviços envolvidos na sua realização. Também dos movimentos das políticas públicas em saúde, que definem estratégias de governo que oscilam entre espaços mais amplos ou mais reduzidos para a formação em serviço.

A realização desta disciplina necessita uma relação afinada entre universidade, serviços e gestão, podendo ser um importante indicador dos modos como esta relação se configura. De caráter político e ético, esta relação vai muito além do importante compromisso regido pelos contratos formais, residindo nos modos como as relações cotidianas vão sendo tecidas sob o olhar atento de estudantes que buscam referências para sua formação profissional.

Nos caminhos pelos quais vem passando a disciplina, há momentos que são de céu aberto e de paisagens bem delineadas, permitindo que se possa pensar o SUS na sua melhor forma. Outros momentos, de menor plenitude, levam a criar outros caminhos e novas experiências vão sendo integradas. Participantes da disciplina vão criando portfólios de memórias, em registros físicos ou não, mas sempre presentes na formação profissional. Por vezes um gesto, uma palavra familiar ou um texto inusitado fazem abrir as páginas deste portfólio e deixar fluir as memórias que lhe fazem vivo até nossos dias.

Quarta parada: Para finalizar

A PIS I tem deixado muitos frutos espalhados na sua longa caminhada e permanece como espaço de reflexão constante sobre os modos como se configura a formação profissional. Esta formação que, ainda em muitas situações, realiza-se exclusivamente nos espaços acadêmicos, segue sendo alvo de críticas por sua abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico predominante de ensino, nestes casos, está centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, levando à fragmentação de indivíduos em especialidades clínicas. Do mesmo modo, a organização do conhecimento em áreas básicas e áreas técnicas e o fato de que as oportunidades de aprendizagem colocam-se, principalmente, na clínica no hospital universitário. O sistema de avaliação, por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentiva a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico. As estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes são pouco utilizadas e aparecem dificuldades na construção de novas propostas de aprendizagem e problematizações acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade.

Esta crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando há anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular. Em vários cursos de graduação na área da saúde, constituíram-se movimentos organizados de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos. Quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, as profissões da área de saúde mobilizaram-se de maneira expressiva. A necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em

saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento e a necessidade da universidade reconstruir seu papel social.

O Projeto Pedagógico de cada escola/curso, é um processo que busca ser coletivamente construído, gerando envolvimento e comprometimento de docentes, discentes, técnico-administrativos, profissionais dos serviços, administradores e instituições de ensino, serviços de saúde e usuários desses serviços. Esse envolvimento favorece a superação de resistências e possibilita a programação conjunta de ações que possam despertar para a formação de conceitos e delineamento de propostas. A relutância dos professores em se engajar na educação interprofissional não é apenas uma questão de não saber como, apesar da literatura abundante, ou da força dos obstáculos, apesar da multiplicidade de estratégias e modelos já provados. Ela também surge de uma socialização disciplinar, um processo particular de subjetivação, que leva os professores, no caso de aderir a novas práticas, a acreditar que não estariam realizando seu trabalho da maneira como foram treinados para fazê-lo. Estudantes, de maneira semelhante, são socializados e subjetivados por esta mesma maneira de aprender e por esta visão tradicional do conhecimento. A relutância é composta pela crítica de que a instrução interdisciplinar não pode ser usada para fornecer aprendizados essenciais e de que negligencia o domínio dos conceitos essenciais das disciplinas – o real saber. Depreende-se que desta formação instituem-se modos de subjetivação que cristalizam saberes e práticas naturalizando-os e reproduzindo-se interminavelmente. Para uma reformulação do saber e da prática tradicional em saúde pensa-se que é necessária uma ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando as questões contemporâneas, como os temas da raça e do gênero. Também considerar fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede. Para isso, é fundamental a instituição de programas de educação permanente, com cursos

e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas àquelas ideias que podem ser agregadas sob um rótulo de integralidade.

A UFRGS, ao direcionar ações para o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal, possibilita pensar ações de saúde integradas, aproximando a academia e o cenário de prática. A disciplina que foi planejada para implementar práticas neste DDA, nominada de Disciplina Integradora, objetiva a partir da aproximação de docentes e discentes dos cursos da saúde e outros afins, como o curso de Políticas Públicas que faz parte da CoorSaúde pensar os processos de formação de suas graduações, buscando romper com o paradigma da fragmentação. Estas são formas desafiadoras que estão sendo propostas pela UFRGS para trabalhar o princípio da integralidade no processo de ensino e para fomentar competências colaborativas no âmbito da multiprofissionalidade.

A construção das competências colaborativas mostra um nível de complexidade que vem sendo vivenciado nos dez anos de existência desta atividade de ensino, na medida em que estas competências são o elo que articula e torna possível uma experiência de formação inter e multiprofissional. D'amour *et al.* (2005) defendem que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder. O compartilhamento pode ser visualizado na disciplina quando estudantes, docentes e profissionais de saúde dividem objetivos com bases conceituais ou na dinâmica do trabalho em saúde para cumprir o princípio de fortalecimento do SUS e da resolubilidade. A parceria consiste no respeito mútuo da equipe de trabalho desta disciplina e de todos os atores da proposta pedagógica, respeitando suas diversidades com potencialidades e fragilidades. Na interdependência o reconhecimento da importância do fazer de cada um e, também, as limitações aí presentes.

As relações de poder, pouco discutidas no âmbito interno das instituições acadêmicas, na proposta de EIP impactam drasticamente no desgaste da proposta ou na sua potência. O poder flui e movimenta-se, hora na gestão municipal, ora na gestão acadêmica, ora em um curso hegemônico,

ora no falar de um docente ou discente ou profissional de saúde. O desafio é reconhecer como a formação acadêmica lida com o que Bainbridge e Wood (2012) denominam de ‘o poder das preposições’, que implica em estar aprendendo com, de e sobre outros no contexto da EIP.

Este é o desafio que se propôs a PIS I na sua construção pedagógica e que cotidianamente se estabelece como um fazer dia após dia, em um processo contínuo. As modulações das políticas de saúde, do território, da universidade – discentes, docentes e demais servidores e servidoras – e da produção do conhecimento acadêmico são matéria de produção deste processo contínuo e alimentam a sensibilidade necessária às relações que aí se produzem. Tendo a multiprofissionalidade como horizonte de formação acadêmica e os princípios do SUS como referência, segue-se os movimentos desta complexa rede de relações institucionais e afetivas. Também é energia que nos movimenta, as críticas ao pensamento colonial que sustenta o conhecimento acadêmico e invisibiliza as experiências, os saberes e as lutas dos povos originários, sobretudo negro e indígena, bem como as fissuras provocadas pelo patriarcado na invisibilidade das mulheres e do trabalho de cuidado, cuja presença é tão intensa no trabalho em saúde. Por fim, cabe atentar aos movimentos que a lógica neoliberal vem produzindo nos modos como o trabalho, o Estado e as políticas públicas são definidas e estão configuradas em nosso país, por vezes tensionando e provocando os princípios do SUS em diferentes aspectos.

Frente a todos estes desafios, queremos pensar com Ailton Krenak (2022) o que podemos chamar de futuro.

Olhar sempre para o futuro, e não para o que está ao nosso redor, está diretamente associado ao sofrimento mental que tem assolado tanta gente, inclusive os jovens. É uma experiência que penetra por todos os poros e remete ao nosso estado emocional. O vasto ecossistema do planeta Terra também está sofrendo o estresse dessa aceleração (Krenak, 2022, p. 36).

O autor pensa nas palavras ‘formar’ e ‘moldar’, indicando que, ao moldarmos as pessoas ainda muito novas, podemos sua inventividade e sua

subjetividade. Talvez estas sejam boas pistas para pensarmos a formação: olhar para o que está ao nosso redor para dar potência à invenção de um futuro em que possamos apostar na diversidade dos saberes e nas alianças que abrem caminho para relações que produzem saúde e vida.

Referências

Bainbridge, L.; Wood, V. I. The power of prepositions: a taxonomy for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 27, n. 2, p. 131-136, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.725231>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Benjamin, W. **O narrador**: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 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. Brasília, DF, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p. 37-41. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p. 71-76. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Centre for the advancement of interprofessional education. **Defining IPE** [Internet]. Fareham, 2024. Disponível em: <http://www.caipe.org/2024>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Campos, G. W. **Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde**: documento preliminar. [S. l.]: Associação Brasileira de Educação Médica, abr. 2005. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/148/o/ASSOCIACAO_BRASILEIRA_DE_EDUCACAO_MEDICA_ABEM.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

D'Amour, D. *et al.* Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, p. 116-131, 2005. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Dardot, P.; Laval, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

Feuerwerker, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

Frenk, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 7 fev. 2024.

Hooks, bell. **Ensinando a transgredir**. São Paulo : Martins Fontes, 2013.

Krenak, A. **Futuro ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

Peduzzi, M.; Agreli, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 7 fev. 2024.

Reeves, S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 24, n. 4, p. 333-335, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.492748>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Santos, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal** 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

Toassi, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 7 fev. 2024.