

ANTONIO GERMANE ALVES PINTO
HERALDO SIMÕES FERREIRA
CLEIDE CARNEIRO
(ORGANIZADORES)



Formação & Ensino na Saúde: saberes, métodos e experiências



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITORA PRO TEMPORE

Josete de Oliveira Castelo Branco Sales

EDITORA DA UECE

Erasmo Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

ANTONIO GERMANE ALVES PINTO
HERALDO SIMÕES FERREIRA
CLEIDE CARNEIRO
(ORGANIZADORES)



Formação & Ensino na Saúde: **saberes, métodos e experiências**

1ª Edição
Fortaleza - CE
2020



Formação & ensino na saúde: saberes, métodos e experiências

© 2020 *Copyright by* Antonio Germane Alves Pinto, Heraldo Simões Ferreira e Cleide Carneiro

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Antonio Ronyere Gomes Lima

Ficha Catalográfica

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Formação e ensino na saúde [livro eletrônico] :
saberes, métodos e experiências / Antonio
Germane Alves Pinto, Heraldo Simões Ferreira,
Cleide Carneiro, (organizadores) -- 1. ed. --
Fortaleza, CE : Editora da UECE, 2020.
PDF

Vários autores
Bibliografia
ISBN 978-65-86445-40-4

1. Aprendizagem - Avaliação 2. Educação médica
3. Ensino superior 4. Medicina - Estudo e ensino
5. Políticas públicas de saúde 6. Prática de ensino
7. Saúde - Estudo e ensino I. Pinto, Antonio Germane
Alves. II. Ferreira, Heraldo Simões. III. Carneiro,
Cleide.

20-49135

CDD-371.71

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação e saúde 371.71

Prefácio

A integração dos saberes e práticas é sempre um movimento vivo daquilo que refletimos e tornamos estético. Para transformar realidades, a iniciativa fundamentada em pressupostos teóricos e/ou concepções, amplificam-se a partir das atitudes estratégicas para resolução dos problemas e dificuldades do cotidiano da vida humana em sociedade.

Para a aplicabilidade no mundo-ciência, em torno de nossas formações acadêmicas, a pesquisa possibilita o reconhecimento de evidências para as relações entre sujeitos, em si, e na coletividade. Os processos ensino-aprendizagem e saúde-doença convivem nas possibilidades buscadas pela lida interpretativa, investigativa e científica na área da saúde e educação.

Na leitura dos capítulos iniciais, o leitor estabelece um mergulho nos conceitos que se transversalizam no dueto ensino na saúde. Enfatiza-se a formação em saúde em seu cotidiano a partir de possibilidades subjetivas e objetivas da pesquisa e do conhecimento. Ao transpor para a política, a educação incorpora a estratégia permanente da formação em competências tão relevantes para os profissionais, equipes e serviços.

Em sua segunda parte, o livro se torna instrutivo, indicando métodos possíveis para as pesquisas sociais que envolvem o ensino na saúde. A transformação social se alia ao processo de pesquisa a partir da ação. Sendo possível estabelecer etapas, compreender o “como fazer” deste tipo de estudo, com exemplificação daqueles que já a aplicaram. O estado da questão é apresentado como dispositivo para a argumentação teórica e literária do tema saberes docentes em Educação Física, em que se expressam as etapas para sua consecução.

Ainda com o enfoque metodológico, a análise dos dados sob os pressupostos da hermenêutica e dialética está descrito como instru-

mental operacional para o conteúdo narrativo sob abordagem qualitativa. As ilustrações parecem recorrer ao imaginário conceitual, mas também oportunizam o aprendizado pelo exemplo da feitura relatada.

Enfim, emergem as experiências de cada pesquisa, estratégicas em seus temas e integradas pelos seus objetos tão relevantes. O campo da saúde coletiva é analisado na formação profissional, os princípios do Sistema Único de Saúde são parâmetros analíticos para um curso de graduação, os processos de formação são pesquisados como a inovação das residências multiprofissionais, como planejamento em saúde municipal e como educação permanente em uma instituição de referência hospitalar.

Assim, temos uma excelente oportunidade de leitura e aplicação para os contextos que compõem a nossa área de atuação, o ensino na saúde. A partir da formação, é possível estabelecer horizontes mais produtivos para resolutividade da atenção à saúde, da gestão educacional e das relações de aprendizado.

Boa leitura!

Profa. Dra. Gláucia Posso Lima
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Apresentação

Entre compromissos institucionais, deveres acadêmicos e produções necessárias, coexiste um aprendizado complexo que se dá pelas relações cotidianas. Com parcerias, oportunidades ou nas dificuldades e enfrentamentos, os saberes vão se conformando em processos da vida vivida. Nesse mote, apresenta-se ao mundo, um livro-colheita com reflexões conceituais, métodos estratégicos e experiências da pesquisa em educação e saúde.

Um resultado objetivo do estágio pós-doutoral do Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto, também organizador, junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Em supervisão do docente daquele programa de pós-graduação, Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira, com acolhida institucional e parceria das atividades acadêmicas do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (CMEPES) da UECE, coordenado pela Profa. Dra. Cleide Carneiro.

Entre 2018 e 2019, vivenciaram-se práticas de pesquisa em educação e saúde. Enfatiza-se a imersão no Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Física Escolar (GEPEFE) da UECE, coordenado pelo Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira, com plena e ativa mobilização social para melhoria do campo escolar e profissional, com estudos, pesquisas e ações no campo das práticas.

Os resultados aqui apresentados são frutos das produções dos mestrados em Educação e Ensino na Saúde, ambos da UECE, bem como, do mestrado em Saúde da Família, da Universidade Regional do Cariri (URCA) na Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Todos os objetos e métodos focalizados na resolução de problemas, investigação de situações de risco, envolvimento populacional e políticas de formação em saúde. Integram, ainda, as

elaboraões finais, membros do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da URCA.

Nesse aprender-ensinar, enfatiza-se o aprender-pesquisa. A integração dos autores, objetiva-se em produções afetivas e científicas, alcançando produtos aptos à leitura reflexiva e aplicável ao campo do ensino na saúde. Em três partes - saberes, métodos e experiências – apresentam-se possibilidades para a prática viva do ensinar-aprender-fazer saúde e educação, como transformação social.

Sumário

Prefácio	5
----------------	---

Apresentação	7
--------------------	---

PARTE I – SABERES

Capítulo 1	12
------------------	----

Formação em Saúde e Ciência: entre a objetividade e a subjetividade do ensino-pesquisa para a prática cotidiana

Antonio Germane Alves Pinto, Heraldo Simões Ferreira e Cleide Carneiro

Capítulo 2	22
------------------	----

Educação Permanente em Saúde como oportunidade para transformações no SUS: aportes teóricos

Maria Rejane Barbosa de Araújo, Laís Barreto de Brito Gonçalves, Luiza Lúlia Feitosa Simões, Ana Patrícia Pereira Moraes, Cleide Carneiro, Antonio Germane Alves Pinto e Heraldo Simões Ferreira

PARTE II – MÉTODOS

Capítulo 3	38
------------------	----

Pesquisa-Ação: um método de transformação social

Mykaelly Pereira Clemente e Antonio Germane Alves Pinto

Capítulo 4	55
------------------	----

Formação e os Saberes Docentes evidentes na produção científica na Educação Física: um estado da questão

Milena Karine De Sousa Lourenço e Heraldo Simões Ferreira

Capítulo 5	75
------------------	----

Compreensão de processos participativos e de solidariedade comunitária no território da Estratégia Saúde da Família em Milagres-Ceará: operacionalização do método hermenêutico e dialético

Leilany Dantas Varela, Rauana dos Santos Faustino, Rogério Sampaio de Oliveira, Yana Paula Coêlho Correia Sampaio, Maria de Fátima Antero Sousa Machado e Antonio Germane Alves Pinto

PARTE III – EXPERIÊNCIAS

Capítulo 6 104

O campo da saúde coletiva na formação inicial do professor de Educação Física

Diogo Queiroz Allen Palácio, Bruna Queiroz Allen Palacio, Heraldo Simões Ferreira e Antonio Germane Alves Pinto

Capítulo 7 126

Formação de fisioterapeutas para o Sistema Único de Saúde: integração teoria e prática no nordeste brasileiro

Maria Udete Facundo Barbosa, Jessica Lima de Oliveira, Ana Patrícia Pereira Moraes, Cleide Carneiro, Maria do Socorro de Sousa e Antonio Germane Alves Pinto

Capítulo 8 152

Residência Integrada como dispositivo para formação multidisciplinar em saúde

Ana Maria Araújo Salomão, Bruna Pereira de Andrade, Cleide Carneiro, Ana Paula Soares Gondim, José Adelmo da Silva Filho e Antonio Germane Alves Pinto

Capítulo 9 176

Educação permanente em saúde na Atenção Primária em Saúde: planejamento participativo com enfermeiros de Ocara-CE

Maria Rejane Barbosa de Araújo, Itamárcia Oliveira de Melo, Ana Patrícia Pereira Moraes, Cleide Carneiro, Antonio Germane Alves Pinto e Heraldo Simões Ferreira

Capítulo 10 192

Processos formativos para profissionais da saúde voltados ao AVC: pesquisa-ação em um hospital de referência do cariri cearense

Raquel Lucena Nicodemos, Maria Corina Amaral Viana e Cleide Carneiro

Sobre os Organizadores..... 216

Sobre os Autores 217

Parte I – Saberes

Capítulo 1

Formação em Saúde e Ciência: entre a objetividade e a subjetividade do ensino-pesquisa para a prática cotidiana

Antonio Germane Alves Pinto

Heraldo Simões Ferreira

Cleide Carneiro

“A vida é tão rara.” - Dudu Falcão e Lenine

A formação em saúde na contemporaneidade: reflexões sobre a prática e o ensino.

Em tempos objetivantes, a compreensão da vida se dá pelo retrospecto reflexivo da nossa prática cotidiana. Nas trilhas do aprendizado, amplificam-se as percepções para os construtos conceituais e suas aplicabilidades. Para a formação profissional em saúde, os enfrentamentos se ativam para integrar saberes, práticas, percepções e mediações. E assim, busca-se um viver-aprender “plenamente” vivido e experienciado, envolvendo a integração ativa requisitada para o ensino na saúde.

O olhar objetivo da saúde se depara com a subjetiva ação coletiva, por vezes, também pública. Ao se transmutar para abordagens mais complexas que estejam sensíveis às singularidades, torna-se subjetiva. Mori e Rey (2012) enfatizam essa assertiva que se desdobra entre o individual e o social, que se multiplica em seus processos, e, por fim, que se auto-organiza para uma saúde mais “vida” e menos “doença”.

E como formar para a saúde-vida? Discorrem-se pensamentos, indagações, questionamentos e intenções: a formação em saúde precisa assumir a subjetividade! São sujeitos que transformam sua realidade. Uma revolução só se faz com ativos movimentos e reflexivas atitudes: eis a incorporação necessária para o ensino na saúde.

Mas essa compreensão subjetiva requisita uma ação de aprendizado um pouco mais efetiva. Em diálogos passados, encontrava naquele que hoje estaria como meu supervisor, o desenvolvimento da ciência ampla com foco definido. E nessa delimitação produtiva, bem como afetiva, estabelecemos uma trajetória de parceria e aprofundamento teórico-conceitual.

Farias et al. (2017), em discorrer sobre o cotidiano de trabalho na área da saúde, explicitam que os caminhos para materializar a interdisciplinaridade perpassa por práticas interprofissionais colaborativas. Desse modo, a complexidade da saúde-vida encontra na educação, no agir das múltiplas profissões da saúde, na pesquisa sobre formação profissional como seu enfoque pedagógico, o lugar desse estágio e suas compreensões.

E nesse encontro plural, da saúde e educação, parafraseia-se Ruela (2019) ao resenhar a obra de Bertucci, Mota e Schraiber (2017), em que recomendam que as pesquisas que envolvam esta relação reconheçam a não-neutralidade desta, bem como enfoquem o modo de produção social que tanto a saúde como a educação possuem.

E assim, a formação profissional em saúde dispara necessidades e lacunas de conhecimento passíveis de investigação e estudos. Para o cuidado em saúde, ensino na saúde, métodos formativos, avaliação, atuação interprofissional e gestão acadêmica, em todos, está presente a possibilidade da relação saúde-educação na prática.

Porém, na imersão da prática, com sujeitos em atuação, desvelam-se as iniquidades de ambos os campos. As políticas públicas, premissas da cidadania, sucumbem em seus deficitários alcances. Na contemporaneidade, evidenciam-se direitos retidos, expressões reprimidas e acessos fechados para o que é diferente, necessário ou singular. Assim, reafirmam-se posicionamentos para construção democrática de uma cidadania ainda por vir, desigualando a saúde e a educação (MISKOLCI, PEREIRA, 2019).

O exercício acadêmico busca a conceituação. Desse modo, a construção cotidiana tenta expressar definições, análises e contextualizações daquilo que é seu objeto. Em saúde, o conceito existe, entre-

tanto, são as relações sociais que a envolvem que nos capturam ou nos implicam para melhor compreender como esta se dá na vivência particular e social (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Oportuniza-se a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) com base para referência político-institucional, afetivo-relacional e estratégico-situacional. Na avaliação das ações oportunizadas para educação profissional em saúde, estabelece-se uma composição das indicações críticas e reflexivas desenvolvidas durante todo estágio, apontadas, em maioria, nos produtos descritos.

Segundo Nalom et al. (2019), o ensino na saúde desvela-se na proposição de práticas formativas transformadoras. As ativações para modificação cotidiana pauta o desenvolvimento de competências para o trabalhar em equipe. A humanização em saúde é algo interdisciplinar, que em saúde pública ou coletiva, vai exigir a valorização da empatia, no cuidado, na promoção e, também, na formação.

Em tempo, vivencia-se os atropelos gerenciais do governo federal para com a Educação e Saúde. Souza e Mendonça (2019) discorrem que nesse embate para ainda utópica plenificação democrática e, principalmente, na universalização das políticas sociais afirmativas e redutoras de desigualdade, irmana-se uma luta de pessoas oprimidas, inspiradas por Freire, na busca de uma revolução.

Mas assim, também, se ampliam os escopos por aquilo que embora produzido, não se espelha em invólucros mensuráveis e/ou até dissertados. Os enfoques que se relevam são os enfrentamentos cotidianos, dialogados entre pares, sentidos enquanto povo brasileiro e, principalmente, ativados pela luta abraçada de ideais republicanos, democráticos e em defesa da vida.

A construção de práticas científicas ampliadas em seus olhares ao cotidiano: entre necessidades e demandas

A subjetividade é a ampliação das práticas estruturantes da clínica (CAMPOS; AMARAL, 2007). No ensino da saúde, a educação

é humana por natureza e condição. Expressar saberes, interagir na prática e vivenciar experiências formativas requisita uma amplitude intersubjetiva. A distinção do ensino na saúde que transforma envolve o cotidiano vivido pelas pessoas, sujeitos.

Em sua conformação laboratorial secular, a formação em saúde requisita um alargamento de suas concepções fundantes para estabelecer processos inovadores e criativos. Os profissionais de saúde atuam em campos cada vez mais diversos, complexos e integrais. Assim, suas competências são múltiplas e dinamizadas pelos encontros, enfrentamentos e parcerias.

Pesquisar é conhecer. O conhecimento em saúde e educação envolve pessoas em relações. Nesse dinamismo, as pesquisas que envolvem processos formativos assumem a multiplicidade como base para suas formulações. A ação transformadora incide na diversidade de contextos, situações e atitudes cotidianas.

O experimento asséptico e livre de intencionalidades destoa da aquarela multicolorida das matizes vivas nas relações subjetivas. O ambiente se torna uma confluência de fatores, determinantes e intensidades que se misturam. A vida é uma multiplicidade e o processo saúde-doença permeia cada ponto de interseção da malha relacional nos espaços formativos.

Intenciona-se estabelecer um referencial metodológico, antes filosófico, daquilo que expressamos como “modo de pesquisar”. Os construtos expressos em formatos acadêmicos quase sempre mensuram momentos, ações e reações controladas por passos pré-estabelecidos. As possibilidades metodológicas indicam que a complexidade momentânea ou histórica traz inúmeros processos relacionais. Estes, devem ser o objeto do ensino na saúde e educação.

O rigor promulgado por uma sensação resultante de um julgamento entre o bem e o mal, o bom e o ruim, entre outras mensurações dão conta de uma parte do todo. Mas é na totalidade, aqui complexificada e integralizada pelas relações, que a pesquisa deve se transversalizar na busca da inovação que mantenha a saúde e a vida.

O experimento se transmuta para a experiência das pessoas em vivenciar a vida como ela se estabelece no cotidiano. E o instrumental para expressar esta realidade é composto por técnicas, artes e subjetividades. A exposição nem sempre é possível, para tanto, é preciso compreender silenciamentos, naturalidades e/ou resiliências.

No dia a dia dos serviços de saúde, as relações se objetivam pela sempre crescente demanda adoecida e as insuficientes resoluções oportunizadas. Com isso, temos desassistência, desatenção e o suprimimento parcial da condição de saúde. Quase sempre, priorizada naquilo que está deficitário, patologizado e adoentado.

A formação em saúde incide nestas situações emergentes e prevalentes com aprendizados voltados para resoluções demandadas pelas pessoas envolvidas e seus institutos de poder e relação. O Hospital, de modo secular, agrega o espaço assistencial, cuidador e formativo da área de saúde.

Em práticas experimentais, inerentes aos fármacos, tecnologias e insumos, a ciência em saúde se volta, preponderantemente, para métodos que tornam esses produtos oportunos e utilizáveis. A indústria assistencial com intensa vocação biotecnológica estabelece evidências a partir de uma relação estreita entre o valor econômico da saúde (RIBEIRO; FERREIRA; BRAGA, 1998).

O experimento para efetividade das tecnologias assistenciais, ainda regidas pela delimitação ética, procede a construção de um valor pautado na resolução de problemas sem necessariamente modificar sua causa. A prevalência de adversidades ao consumo contemporâneo gera situações ou inconformidades de base corporal, psíquica, ambiental e social.

As revoluções e as contrarrevoluções das práticas assistenciais contrastam valores relacionados ao bem-estar e a condição de vida e saúde plenas. A indicação prescritivas de soluções objetivas para desconfortos pessoais e/ou coletivos quase sempre estão distantes da modificação de práticas sociais individuais e/ou coletivas.

A pujança econômica associada ao espetáculo de valores relacionados ao consumo conduz a ciência para uma aplicabilidade estética

e midiaticizada como eficiente. Os produtos que geram transformações em intervalos de tempo reduzidos, são potentes e buscados com mais veemência pelos estratos sociais que dominam o poder e, consequentemente, a construção desses saberes.

A pesquisa social tem como inovação a participação e a compreensão crítica e reflexiva de seus processos. Ao que se demanda, procura-se ampliar o entendimento sobre o que determina tal situação e/ou necessidade. Em coletivos, a ampliação da ciência se torna mais robusta para indicar modificações mais consistentes das situações sociais.

O cotidiano da saúde está repleto de iniquidades e insuficiências, apontaria um método avaliativo simplista. Nesse mesmo espaço, é possível reconhecer potencialidades e/ou entraves processuais para qualidade, eficácia e resolutividade. É nessa ampliação que se propõe uma ciência mais próxima da vida vivida, no individual, institucional ou coletivo.

Os processos formativos em saúde ainda são permeados por práticas objetivantes de ensino mensuradas por rendimentos supostamente medidos, que apontam suficientes ou insuficientes condições pessoais. Os profissionais de saúde mantêm atitudes que exigem competências amplas, pois suas atitudes são partes de uma linha permanente de relações.

Em equipe, o trabalho em saúde assume formas que requisitam saberes aptos à integração. A inovação das práticas deve proporcionar modificações de tais relações, quase sempre, hierarquizadas e limitadas a apenas um campo de saber. A ciência que compreende indica reconhecimento de cada dimensão, do saber, ao fazer, do pensar, ao agir.

Na relação com o paciente, as equipes de saúde proporcionam uma assistência que pode melhorar a sua situação em relação às demandas mais emergentes, bem como estabelecer medidas compartilhadas para uma vida mais saudável. Por outro lado, esta mesma relação pode limitar as possibilidades de saúde devido a objetivação da prática terapêutica (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Institucionalmente, o componente subjetivo das relações de trabalho pode potencializar a qualidade do cuidado e o alcance necessário para uma cultura organizacional resolutiva. Na prática, a gestão dos serviços de saúde reconhece que ações relacionadas à escuta e democratização das decisões remédios são importantes para o cotidiano de trabalho (FRANCO; HERNAEZ, 2013).

Nos espaços formativos, as escolas, universidades, faculdades são detentoras da chancela instrutiva dos profissionais de saúde. A tecnicidade é pauta na formação da área, porém, estabelecer parâmetros para competências no processo ensino-aprendizagem são regras delimitadas, inclusive, regimentalmente. As metodologias que adotam a subjetividade em ações pedagógicas, ditas ativas, são recorrentemente, utilizadas para melhoria do ensino na saúde (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

No campo político da área da saúde, a Educação Permanente em Saúde engloba um conjunto de proposições institucionais que o Sistema Único de Saúde (SUS) adota como pauta para formação em saúde. Ao agregar gestão, ensino, atenção e controle social, os processos formativos no SUS devem se integralizar com as necessidades, demandas e possibilidades entre seus entes federados, sujeitos e instituições na busca pela cidadania plena (CECCIM; FERLA, 2008).

A subjetividade humana se constrói nas próprias atividades do cotidiano de cada indivíduo em um determinado plexo social. Neste contexto, é possível se efetivar as relações socioafetivas, socioeconômicas, ou socioetnoculturais. O ser humano tem como condição de sua própria existência a vida em sociedade. As relações que se efetivam a cada momento a partir das necessidades inerentes a manutenção da vida potencializam-se pela forma como os sujeitos são instituídos ou não na determinação social de quem faz, ordena, pensa, exige, comanda ou pune.

Nesse ínterim, a conjuntura social evoca um arcabouço de determinantes que emolduram a vida e o modo de relacionamento entre os indivíduos da população e suas instituições sociais. Por um lado, a di-

mensão macropolítica direciona formas e diretrizes para serem seguidas num compasso controlado pelo Estado e seus serviços. Por outro, os indivíduos, agora, sujeitos também interpõe pela sua práxis na sociedade, novos mecanismos de sobrevivência e relacionamento social.

Nessa dialética materialista de transformação, apraz-se o modo de cuidar de uma sociedade para com seus diversos sujeitos. O conjunto de ações para promoção, prevenção e reabilitação em saúde inicia a possibilidade de pessoas atingirem seu estado de bem-estar, pelo menos, no aspecto da saúde física e mental, o que pode garantir um subsídio para outros níveis de equilíbrio saudável.

A complexidade do estado de saúde da população perpassa pela ação intersetorial, ou seja, a diversidade social de ações e campos pode potencializar ou não o alcance da promoção da saúde e do cuidado integral. Os determinantes sociais da saúde dispersam uma variada gama de possibilidades assistenciais, já que, nesta concepção, a saúde de cada indivíduo está determinada não somente pela sua saúde orgânica, mas também por elementos da própria vida numa dimensão além da não-doença.

As intervenções passam de um nível de direcionamento unilateral em que o controle do nível de saúde decorre do macro para o microsso- cial e toma parte da subjetividade coletiva para assim compor um todo. Para tanto, é preciso também proporcionar também práticas relacionais abertas e permeáveis para interação destes sujeitos na compreensão de suas necessidades, demandas e problemas inerentes ao modo de andar a vida de cada um, para somente assim compor um “todo” social.

Eis o sentido das pesquisas para o ensino na saúde: as demandas que eclodem instantaneamente numa desarmonia incidental em cada porta de posto de saúde, de hospital ou ambulatório mantém relação com a formação permanente de nossas práticas, serviços e instituições. Tal realidade deve ser vista com real interesse, encontrando intervenções resolutivas para das lógicas já presentes da “queixa-con- duta”, do “pronto-atendimento”, da “doença-cura”, e tentar abrir novos caminhos na consolidação efetiva das ações de saúde.

Em diálogo com a sociedade, possibilitam-se caminhos para se conhecer a realidade vivida de cada um e, assim, especificar coletivamente suas necessidades de saúde e sociais. São estas necessidades que quando não supridas rompe com a manutenção da vida e derrama suas fragilidades nas portas assistenciais. É possível potencializar o aspecto relacional a partir da construção de espaços participativos e subjetivos em que cada sujeito tenha a possibilidade de ser e coexistir numa realidade tensa ou harmônica, autônoma ou dependente, doente ou sadia.

Referências

- BERTUCCI, L. M.; MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.. Orgs., **Saúde e educação: um encontro plural**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 326 p.p.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.
- FARIAS, D. N. de et al . Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 141-162, Abr. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Jul 2019.
- FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, Cinthia Sampaio. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-150, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100143&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Fev. 2020.
- FRANCO, S. C.; HERNAEZ, Angel Martinez. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1871-1880, July 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Fev. 2020.
- MISKOLCI, R.; PEREIRA, P. P. G.; Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180353, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100400&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Jul 2019.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

NALOM, D. M. F. et al. Ensino na saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1699-1708, maio 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501699&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 jul. 2019.

RIBEIRO, P. A. FERREIRA, M. J. BRAGA. E. Economic value of health. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 303-344, Dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 26 Fev. 2020.

SOUZA, K. R.; MENDONÇA, André Luís de Oliveira. A atualidade da 'Pedagogia do Oprimido' nos seus 50 anos: a pedagogia da revolução de Paulo Freire. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018819, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100400&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Jul 2019.

RUELA, H. C. G.; Encontros e diálogos entre a saúde e a educação no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0019621, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Jul 2019.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. Das possibilidades de um conceito de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0019320, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Jul 2019.

Capítulo 2

Educação Permanente em Saúde como oportunidade para transformações no SUS: aportes teóricos.

Maria Rejane Barbosa de Araújo

Laís Barreto de Brito Gonçalves

Luiza Lúlia Feitosa Simões

Ana Patrícia Pereira Moraes

Cleide Carneiro

Antonio Germane Alves Pinto

Heraldo Simões Ferreira

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se apoia nos pressupostos da problematização, aprendizagem significativa e cogestão. Tomados como base de sustentação de uma política estratégica do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, potencializam a transformação coletiva da realidade.

Nesse contexto, objetiva-se apresentar o referencial teórico da Educação Permanente em Saúde para pesquisas e estudos voltados para transformação e inovação na gestão dos coletivos no Sistema Único de Saúde (SUS).

A educação, a saúde e o trabalho são compreendidos como práticas sociais, que fazem parte do modo de produção da existência humana, são fenômenos produtores, reprodutores ou transformadores das relações sociais, cujas concepções estão historicamente determinadas pela sociedade (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

O termo educação é proveniente do latim, *educare*, *educere*, cujo significado literal é conduzir para fora, ou direcionar para fora, conferindo o sentido de disciplinar, de preparar uma pessoa para viver em sociedade, estando intimamente ligado à noção de formação, de humanização. É o instrumento para desenvolver a razão humana, a consciência de sua potencialidade para deliberar, discernir, dar conta e prestar conta por seus pensamentos, palavras e atos. A educação transforma o homem em sujeito social (VALLE, 2009; VIEIRA, 2013).

É um processo de socialização tão antigo quanto a própria instituição de uma sociedade minimamente organizada, correspondendo à condução deliberada do conhecimento necessário à convivência e ao ajustamento de um membro no seu grupo ou sociedade para dar conta das mais elementares necessidades de conservação, manutenção, perpetuação, transformação e evolução da sociedade. É uma atividade progressivamente intencional, que nada tem de “natural” e muda, pois é coletivamente instituída e proclamada, estando sujeita a permanente questionamento, e tem a condução de acordo com sua finalidade (VALLE, 2009).

A educação tem sido parte integrante de todas as culturas em qualquer época da história. Na antiguidade, era descrita como um trabalho espontâneo de transmissão de geração em geração da cultura instituída, destinada a uma pequena minoria, tendo como concepção de educação o processo de desenvolvimento individual. Na versão moderna, o enfoque se desloca do individual para o coletivo, para o político-social e para o ideológico (MITRE et al., 2008; VALLE, 2009; VIEIRA, 2013).

A educação é uma forma de intervir no mundo, tem como finalidade formar o cidadão para a vida na pólis, ideal grego de paideia, onde homens e mulheres são capazes de viver adequadamente em sociedade, assumindo determinados papéis frente às novas demandas da transformação do trabalho humano. Fruto de diferenciações sociais constitutivas do capitalismo, a educação é contradição; serve ao capital e, ao mesmo tempo, também ao trabalhador, reproduz ou desmascara a ideologia dominante (MITRE et al., 2008; VALLE, 2009; VIEIRA, 2013).

O ser humano encontra uma forma de construir uma educação para exercer sua função nos contextos sociais, econômicos, culturais e políticos, de acordo com a sociedade em que está integrado. É uma necessidade de superação do próprio ser, um imperativo para responder ao mundo em constante transformação, e tem papel decisivo no desenvolvimento de uma sociedade e na continuidade da própria

espécie, é o motor do desenvolvimento das relações sociais (VOGT; ALVES, 2005; VIEIRA, 2013).

Diante do condicionamento exercido pela ideologia dominante, é preciso reconhecer sentidos diferentes na intencionalidade do ato educativo, ora como um meio reprodutor, sem espaço para a reflexão, ora como transformador, quando favorece avanços e novos conhecimentos na sociedade. Além disso, por meio de uma ação educativa consciente e dialética, compreende a realidade como inacabada e mutável, de determinação histórica e cultural criada pelos homens e transformada por eles (MENDONÇA, 2007).

A construção do conhecimento ocorre na interação do sujeito com o objeto de estudo. A origem da busca pelo conhecimento surgiu quando o homem se sentiu desafiado pela natureza a buscar soluções para problemas, separou-se em grupos quanto às suas aptidões para exercer funções, estabelecendo formas específicas de aprendizagem, tornando-se a educação em permanente e social.

Nesse sentido, o grande desafio deste início de século está em desenvolver permanentemente a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo para a solução de problemas. A ideia universalmente difundida é que não há idade para se educar, e no sentido inovador de educação para o trabalho, surge uma análise crítica acerca da educação tradicional como um processo dialógico contínuo de ação-reflexão-ação que fortalece a prática democrática (GADOTTI, 2000; VOGT; ALVES, 2005; MITRE, *et al.*, 2008; VALLE, 2009; VIEIRA, 2013).

Para Freire (2002), a educação é um processo de formação mútua e permanente, a qual ninguém é definitivamente educado, formado para promover transformações na sociedade. Deve ocorrer continuamente, visto a produção do sujeito e da realidade como um processo ininterrupto e sempre inacabado. Corroborando Freire (2002), Cury (2002) considera a educação um produto humano de caráter dialético com os fenômenos sociais, que são geradores de novas exigências e que antecipa um novo modo de ser para o futuro.

Nas sociedades ocidentais, tem predominado a compreensão da educação como um ato normativo, no qual, a prescrição e a instrumentalização são as práticas dominantes. Sendo baseada em uma pretensa objetividade e neutralidade do conhecimento, produzido pela razão científica, compreendida no âmbito da saúde como fenômeno objetivo e produto de relações causais apreensíveis pela ciência hegemônica no campo da Biologia, separando o corpo da mente, a razão do sentimento e a ciência da ética (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

O paradigma do cientificismo, do pensamento linear-cartesiano de causalidade simples que vem servindo de base para os sistemas educacionais, tornou-se alvo de discussões, que apesar de suas inegáveis contribuições para o avanço da humanidade, apresentam fragilidades na compreensão dos fenômenos complexos de natureza biopsicossocial e na construção de uma nova matriz de significados para o cuidado em saúde envolvidos no processo saúde-doença (MARIOTTI, 1999).

Novas teorias vêm despertando o interesse de educadores, incluindo as reflexões de Edgar Morin, onde os paradigmas sustentam um princípio unificador do saber, do conhecimento em torno do ser humano, valorizando o seu cotidiano, o seu vivido, o pessoal, a singularidade, o entorno, que busca restaurar a totalidade do real, da complexidade da vida, perdidos nos paradigmas clássicos, redutores da totalidade. A educação nesta perspectiva deve capacitar o homem a intervir em contextos de incertezas e complexidades com competência técnica, ética e política (GADOTTI, 2000; MITRE *et al.*, 2008).

A educação no interior do processo de trabalho desloca as ações pedagógicas para o espaço de realização do mesmo, possibilitando a função política da educação quando valoriza o trabalhador como sujeito de ação, dando o direito a um contínuo aprimoramento, exigido pela demanda de novos conhecimentos para a transformação da organização do trabalho, inclusive na área da saúde (VIEIRA, 2013).

A educação permanente é uma expressão recente que traduz o direito à aprendizagem ao longo da vida, mas com uma preocupação antiga, onde há séculos já era abordado pelo filósofo chinês Lao-Tsé ao dizer: “[...] todo estudo é interminável.” Despertou o interesse dos educadores e tecnocratas europeus no primeiro quarto do século XX, percorrendo a história e construindo um percurso que se iniciou na França, como fruto da análise crítica sobre a educação tradicional (GADOTTI, 1988 apud SMAHA; CARLOTO, 2010).

Gadotti (1988, apud SMAHA; CARLOTO, 2010) refere que a educação permanente surge como uma proposta libertadora que amplia o conceito da própria educação. E, é nessa condição, que nos permite refletir constantemente a realidade na qual somos eternos aprendizes. Com isso, realizar uma educação com a possibilidade de formar um sujeito alfabetizado, profissionalizado, cidadão, crítico e capaz de inferir na sua própria realidade, com vistas ao desenvolvimento, tornou-se a ideia central da Política Educacional da Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações (UNESCO) (SMAHA; CARLOTO, 2010).

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) buscou nos documentos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) as bases de educação permanente. Até então aplicada exclusivamente na área da educação, trouxe para a saúde um impulso para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e educação, dando início a construção de um novo modelo de assistência que melhor atendesse às demandas emergentes, com a denominação de Educação Permanente em Saúde (EPS) (SMAHA; CARLOTO, 2010; VIEIRA, 2013).

O conceito de EPS surge em meados da década de 1980, em um contexto histórico caracterizado pela crise de concepções e paradigmas, onde o enfraquecimento da ética socialista, a globalização capitalista e o descontrole industrial oportunizaram um balanço sobre as práticas vigentes da educação tradicional e da assistência em saúde, ambas sustentadas pelo modelo científico fragmentado e reducionista com fortes evidências de esgotamento (GADOTTI, 1988).

Embora tenha nascido na pedagogia, é na definição de Pierre Furter (1972) que a educação permanente passou a trazer suas contribuições para a saúde. Para o autor, representa uma estratégia de formação no e para o trabalho, cujo objetivo é orientar uma política de recursos humanos visando ao desenvolvimento cultural, na premissa de atender às necessidades sociais que emergem conforme as constantes mudanças mundiais, onde os sujeitos estão em constante e permanente troca de produção de saberes e fazeres diante das realidades de trabalho (GADOTTI, 2016).

A educação permanente ocorre de maneira contínua, e busca como resultado a mudança institucional. Já a educação continuada responde às necessidades de atualização dos profissionais frente às ações programáticas, trabalha linha de capacitações através de cursos, treinamentos e protocolos, baseando-se na solução de problemas e objetivando apenas a atualização técnico-científica do trabalhador (CECCIM, 2005; VIEIRA, 2013).

A Educação Permanente em Saúde no SUS

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária discutiu a necessidade de mudança no Sistema de Saúde vigente, por um mais justo, que se organizasse, levando em consideração a equidade, as necessidades regionais e dos usuários. A Reforma Sanitária culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a criação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária que participou ativamente na elaboração do artigo 196 da Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988, que reconhece a Saúde como direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O SUS tem suas proposições no conceito ampliado de saúde, que supera os limites do enfoque orgânico, para alcançar dimensões mais amplas e reais de suas implicações; um modelo de saúde universal, público, equânime, integral, democrático que traduz uma profunda

reforma setorial, que não pode se fazer sem alterações no perfil ético, técnico e institucional do pessoal que nele atuarão (BRICK, 2012).

A integralidade, como princípio do SUS, reflete com mais ênfase o debate mundial acerca de como devem ser configuradas as políticas, os sistemas e as práticas de saúde. É um termo polissêmico, ora é atributo da prática de uma equipe de saúde, que recusa a fragmentação e o reducionismo, ora como modo de organizar estas práticas e o processo de trabalho que deve estar sempre aberto para assimilar e tratar as reais necessidades da população, tanto as apreendidas epidemiologicamente, como na clínica (MATTOS, 2001).

Reflete, também, como são desenhadas as políticas governamentais para dar resposta a um determinado problema de saúde, considerando sujeito em todas as dimensões, oferecendo possibilidades de promoção e proteção da saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (MATTOS, 2001).

Garantir esta integralidade no SUS, como um objeto do saber complexo, operar mudanças profundas em um modelo médico hegemônico, centrado no biológico, que produz um processo de trabalho incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito e também sobre os determinantes do processo de saúde e doença é um grande desafio. Romper esse modo tradicional de fazer saúde exige mais que reformas curriculares, são necessárias estratégias que sejam capazes de produzir socialmente tais atitudes nos contextos dos serviços de saúde.

Uma reforma sanitária de dimensão nacional, que preconiza uma assistência à saúde de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo território nacional, tem tido avanços e desafios em sua trajetória. Estes são marcados por inúmeras políticas e normatizações para institucionalizar modelos assistenciais que atendam às reais necessidades das pessoas. Além das carências estruturais, do subfinanciamento e do predomínio do modelo biomédico, a formação profissional é, desde a década de 1970, uma preocupação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (LOPES *et al.*, 2007; SMAHA; CARLOTO, 2010; LEMOS, 2016).

A OPAS traz ao debate a construção de um novo modelo pedagógico para melhorar as práticas de saúde na América Latina. Considerando que a graduação dura somente alguns anos e a atividade profissional pode permanecer por décadas, elegeu a EPS como o dispositivo adequado para proporcionar uma assistência à saúde efetiva, resolutiva e de qualidade (LOPES *et al.*, 2007; SMAHA; CARLOTO, 2010; LEMOS, 2016).

Na EPS, o trabalho em saúde é o cenário para o desenvolvimento do processo educativo. Entendida por diferentes nomes e definições, pode corresponder à Educação em Serviço e Educação Continuada. Para muitos educadores, um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos e para outros se configura como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação (CECCIM, 2005; SMAHA; CARLOTO, 2010).

Para além das controvérsias da nomenclatura, a EPS foi estruturada para acompanhar a realidade porosa e mutável dos serviços de saúde, que necessitam de espaços, mecanismos que gerem autoanálise, autogestão, mudança institucional e de pensamentos, sendo compreendida como uma prática de ensino-aprendizagem no cotidiano das instituições de saúde (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009).

Conforme a Portaria n.º 278, de 27 de fevereiro de 2014, o conceito de Educação Permanente em Saúde é apresentado como:

Art. 2º - [...]

I. Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. [...].

A EPS como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano de trabalho, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos. Apoia-se no conceito de ensino problematizador e de aprendizagem significativa. Ao contrário do processo de ensino-aprendizagem mecânico, considera o conhecimento prévio dos sujeitos como a variável que mais influencia a ampliação de seus con-

ceitos e síntese de saberes anteriores, para solução de problemas com motivação e autonomia (MITRE *et al.*, 2008; CECCIM; FERLA, 2009).

Nos movimentos de mudanças na Atenção à Saúde do SUS, identifica-se uma intimidade cultural e analítica com as ideias de Freire (2002), e forte ligação com o movimento institucionalista, noção de coletivos de produção e de aprendizagem significativa. É deste conhecimento nacional que emerge a noção de quadrilátero de formação, uma prática em experimentação que extrapola o domínio técnico-científico. Baseia-se na análise crítica sobre o trabalho em saúde pelas instituições que prestam serviço e aquelas que formam os profissionais da saúde, aproximando todos os atores sociais envolvidos (formação, gestão, atenção e controle social) no intuito de buscar modelos alternativos de formação para a saúde, os quais a construção do saber é coletiva. Ao aproximar este processo às necessidades da população, torna as práticas em saúde no SUS mais efetivas e de qualidade (CECCIM, 2005).

Muitas foram as iniciativas do setor para promover esta aproximação entre as instituições formadoras, ações e serviços de saúde. Contudo, provocaram mudanças limitadas e pontuais nas práticas dominantes hegemônicas, ficando visível a necessidade de uma ação estratégica com estatuto de Política Pública capaz de transformar a organização dos serviços, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas.

A EPS, no Brasil, colocada em prática como política estratégica de gestão dos processos de trabalho, formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS por meio da Resolução CNS nº 353/ 2003 e da Portaria MS GM Nº 198/2004, tem a integralidade como eixo norteador, direcionando o trabalho em saúde para um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que permita a reflexão e análise crítica do cotidiano dos serviços (LOPES *et al.*, 2007; CECCIM; FERLA, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é reconhecida como ferramenta potente de transformação do SUS pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), quando propõe a problematização da realidade vivida e o estímulo à autono-

mia dos sujeitos, construtores de novas práticas culturalmente mais aceitas e de acordo com as especificidades de cada local. Trata-se da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e são norteados pelas necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social.

A consolidação e aprimoramento da Atenção Primária à Saúde (APS) como reorientadora do modelo de atenção no Brasil requer um saber e um fazer instituído na prática concreta dos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) para dar conta da transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes. Nesse sentido, a EPS, além da sua evidente dimensão pedagógica deve ser considerada importante estratégia de gestão (BRASIL, 2012).

A EPS deve embasar-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho (problematização) e que considere elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Refere-se ao planejamento/programação educativa ascendente e contextualizado, que promove o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, tanto na assistência como na gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

A problematização é uma estratégia de ensino-aprendizagem na educação de adultos, que envolve a resolução de problemas para a construção de um novo conhecimento, a partir de experiências prévias e reais dos indivíduos. Visa solucionar com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos (BERBEL, 2011). Paulo Freire (apud BERBEL, 2011) defende que a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la.

O processo de ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear como uma somatória de conteúdo. Na EPS, o método educativo requer o exercício per-

manente do trabalho reflexivo e, ao utilizar os pressupostos de novas metodologias, estabelece posturas mais democráticas, iniciativas criativas, cooperação para o trabalho em equipe, características essenciais do perfil a ser desenvolvido em quem faz a assistência à saúde (MITRE *et al.*, 2008).

A EPS também se configura como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação que altera a noção de recursos humanos para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta temas que gerem autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional, orientadas por lógicas apoiadoras matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudanças e facilitadores de coletivos organizados (CEC-CIM, 2005).

O processo de trabalho em saúde tem especificidades que o diferenciam de outros. Seu objetivo, produzir saúde, é um trabalho feito em ato, que envolve o trabalhador com seus saberes e práticas, e suas relações com outros trabalhadores os possíveis usuários. Para tanto, deve ser pautado pelo “referente simbólico” de cuidar da vida e do outro, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades dos usuários individuais e coletivos, visando a produção da vida (FRANCO; MERHY, 2005).

O trabalhador de saúde é sempre coletivo, não há trabalhador de saúde que possa sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar o mundo das necessidades em saúde. Existe troca de saberes e experiências, entre sujeitos com vidas únicas, valores, crenças e intencionalidades diferentes, que de maneira pactuada estabelecem o processo de trabalho, extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde (FRANCO; MERRY, 2005).

Essa dimensão coletiva de negociação permanente das tensões do cotidiano do trabalho em saúde deve ser gerenciada por estratégias institucionais e a oferta de espaços que garantam o diálogo entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde (VIVOT, 2014). Além disso, o trabalho em saúde não se faz na ausência da gestão, mas há que se

considerar que a gestão não consegue controlar o cotidiano de cada encontro trabalhador-usuário. Transformar a gestão do trabalho em saúde envolve mudança nas relações, nos processos.

Campos (2015) propõe uma reforma e a aproximação entre a gestão e as práticas de saúde. Influenciado pela ideia de gestão participativa preconizada pelo SUS, desenvolveu a metodologia de apoio Paideia, o apoio institucional, um conjunto de metodologias desenvolvidas para viabilizar a cogestão, uma aposta para mudança e não a mudança autoritária que vem somente de fora (RIGHI, 2014).

O Método da Roda ou Método Paideia surge como uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica que, ao impedir a participação dos sujeitos na gestão, desconsidera suas aspirações e gera o trabalho alienado característico do capitalismo. Neste modelo, o trabalho é produzido de forma vertical, sem possibilidade de autoria e de relações interpessoais (CASTRO; CAMPOS, 2014).

A cogestão ou gestão participativa também faz parte desta metodologia de apoio, pois propõe um conjunto de arranjos e dispositivos que favorece a participação dos sujeitos na gestão e organização de seus processos de trabalho, em um espaço de deliberações e reflexões sobre a própria prática. Objetiva trabalhar os diferentes saberes (dimensão pedagógica), poderes (dimensão política) e afetos (dimensão subjetiva), e parte do pressuposto que a decisão para agir sobre o mundo deve ser coletiva (CASTRO; CAMPOS, 2014; RIGHI, 2014).

Um dos desafios da cogestão é a constituição de espaços coletivos para um agir comunicativo entre sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais, para construir combinações e deliberações sobre um tema e tomar decisões sobre o combinado. O produto desta interação é uma forma menos burocratizada de trabalho que produz efeitos sobre o modo de ser e de proceder dos trabalhadores e de usuários de uma organização (CAMPOS, 2015).

A sistematização deste modo de intervir de forma deliberada objetiva ampliar a capacidade de escuta dos distintos atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários), de lidarem de forma dialógica

com o poder, com a circulação de afetos e saberes, considerando os desejos e os interesses dos outros, voltados para o fazer reflexivo capaz de intervir na realidade em uma lógica de coletividade e de alteridade (CAMPOS, 2015).

A complexidade que envolve o trabalho em saúde prescinde de uma postura analítica sobre si mesmo, sobre o outro e seu contexto, e encontra na cogestão uma forma de aprimorar os modos de fazer, pensar e se relacionar no contexto do cuidado. Nesta perspectiva, o processo de implementação da EPS no SUS requer um esforço coletivo, fruto de políticas públicas, de estratégias pedagógicas problematizadoras, da garantia da participação social e, sobretudo, da cogestão.

Referências

- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Revista Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v.32, n.1, p.25-40, jan./jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
- BRICK, A. V. O ensino médico e o SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 2, p. 331-333, 2012.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.29-50, jan./abr. 2014.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 308p. p.107-111.

CURY, C. R. J. **Legislação educacional brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FURTER, P. Educação e vida: contribuição à definição da educação permanente. Petrópolis: Vozes, 1972.

GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

GADOTTI, M. Educação popular e educação ao longo da vida. In: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Coletânea de textos CONFITEA Brasil +6**: tema central e oficinas temáticas. Brasília: MEC/Secadi, 2016. p.50-69. 379p.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, v.14, n.2, p.3-11, 2000.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.913-922, mar. 2016.

LOPES, S. R. S.; PIOVESAN, É. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v.18, n.2, p.147-155, abr./jun. 2007.

MARIOTTI, H. **Organizações de aprendizagem**: educação continuada e a empresa do futuro. São Paulo: Atlas, 1999.

MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2001, p.39-64.

MENDONÇA, F. F. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: percepções de tutores e facilitadores. 2007.124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2007.

MITRE, S. M.; BATISTA, R. S.; MENDONÇA, J. M. G.; PINTO, N. M. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup.2, p. 2133-2144, 2008.

MOROSINI, M. V. G.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.155-162.

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v.18, supl.1, p.1145-1150, dez. 2014.

SMAHA, Í. N.; CARLOTO, C. M. **Educação permanente**: da pedagogia para a saúde. 2010. Disponível em: http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf. Acesso em: 02 mar. 2017.

VALLE, T. G. M. (Org.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano**: avaliação e intervenções. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 222p.

VIEIRA, J. C. M. **Educação em saúde com abordagem transcultural**: o padrão alimentar do idoso indígena. 2013. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

VIVOT, C. C. **Análise institucional e política de educação permanente**: ferramentas de gestão e institucionalização da atenção básica no município de Sorocaba/SP. 2014. 222f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2014.

VOGT, M. S. L.; ALVES, E. D. Revisão teórica sobre a educação de adultos para uma aproximação com a andragogia. **Revista Educação**, Santa Maria, v.30, n.2, p.195-214, jul./dez. 2005.

Parte II – Métodos

Capítulo 3

Pesquisa-Ação: um método de transformação social

*Mykaelly Pereira Clemente
Antonio Germane Alves Pinto*

Dentre as possibilidades de pesquisas, variedades de métodos e ferramentas metodológicas, as pesquisas qualitativas têm se destacado nas produções científicas nos campos sociais, educacionais e da saúde por melhor compreender a complexidade e singularidade dos fenômenos humanos.

A abordagem qualitativa de acordo com Minayo (2014) se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões.

Segundo a autora, na pesquisa qualitativa, o investigador é partícipe dos eventos que analisa e sua voz se encontra com as vozes dos sujeitos para produzir novos sentidos para as experiências vividas, incorporando o significado e a intencionalidade dos atos às relações sociais, aprofundando também suas dinâmicas históricas, culturais, e simbólicas (MINAYO, 2014).

Dentre os estudos qualitativos, as pesquisas intituladas intervencionistas despontam como possibilidade de transformação do espaço social por valorizar a produção de conhecimento que favorece o surgimento de novos atores no processo de pesquisa, corresponsáveis na condução e na construção do conhecimento coletivo (CASSANDRE; QUEROL; BULGACOV, 2012).

Etimologicamente, a palavra intervenção vem do latim “*interventio.onis*” e quer dizer ato de exercer influência em determinada situação na tentativa de alterar o seu resultado e/ ou ação de expressar um ponto de vista, acrescentando argumentos ou ideias (DICIONÁRIO PORTUGUÊS, 2018).

Uma das modalidades dos estudos intervencionistas é a pesquisa-ação que consiste em relacionar pesquisa e ação em um processo em que os atores e os pesquisadores se envolvem, tentando elucidar algum problema ou questão do cotidiano.

Pesquisa-ação é caracterizada como um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação e/ou do problema, estão envolvidos de forma cooperativa e participativa (KOERICH et al., 2009, p. 717).

Para a pesquisa ser considerada uma pesquisa-ação, deve existir uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, visto partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva (BALDISERA, 2001).

Thiollent (2011) explica que embora as expressões “pesquisa-participante” e “pesquisa-ação” sejam frequentemente usadas como sinônimos elas não são, porque na pesquisa-ação, “além da participação, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro que nem sempre se encontra em propostas de pesquisa participante” (THIOLLENT, 2011, p.13-14).

Outra diferença primordial entre esses dois tipos de pesquisa é a existência prévia de um processo investigativo que precede e norteia a intervenção.

Silva et al. (2010) dizem que a escolha correta da metodologia em uma pesquisa permite caracterizar o caminho e a prática a ser percorrido pelo pesquisador assegurando que não haja desvio de trajeto na abordagem da realidade pesquisada.

Diante do exposto, esse capítulo se propõe a descrever o método da pesquisa-ação citando as etapas e exemplificando com um relato de experiência a fim de auxiliar a compreensão do leitor e dos pesquisadores que se interessam por esse tipo abordagem científica.

Pesquisa-ação: Contextualização e método

Os relatos históricos da pesquisa-ação principiam em 1946 com os trabalhos de Kurt Lewin direcionados às pesquisas norte-americanas de desenvolvimento organizacional. Posteriormente, sob influência das correntes positivistas houve a fragmentação da pesquisa-ação em: pesquisa diagnóstica, empírica, participante e experimental, antes integrada no método de Lewin. (SILVA et al., 2010).

Atualmente, em decorrência da complexidade dos problemas sociais, o resgate da essência da pesquisa-ação com a preservação e integração de suas dimensões tem se mostrado eficaz para o dimensionamento de problemas sociais em que a aplicabilidade de procedimentos convencionais tem se mostrado pouco resolutivo (KOERICH et al; 2009; SILVA et al., 2010).

De acordo com Franco (2005), a pesquisa-ação pode ser classificada de acordo com sua intencionalidade em:

- Pesquisa-ação colaborativa: Quando a busca de transformação é solicitada pelos sujeitos que vivenciam o problema;

- Pesquisa-ação estratégica: Quando a transformação é previamente planejada sem a participação dos sujeitos e apenas o pesquisador acompanha os efeitos e resultados da pesquisa;

- Pesquisa-ação crítica: Quando a necessidade de transformação é percebida pelo coletivo (pesquisadores e sujeitos) e as estratégias de mudanças são pactuadas no grupo, estimulando o empoderamento dos sujeitos e a ressignificação de práticas.

Na perspectiva da pesquisa qualitativa, Franco (2005) apresenta três dimensões a ser considerada na pesquisa-ação:

1- Dimensão Ontológica: Refere-se a um conhecimento norteador que permite aos sujeitos produzirem conhecimentos adicionais que fundamentem o comportamento e estimulem mudanças de práxis;

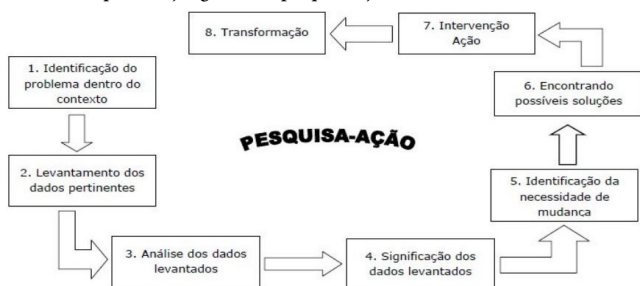
2- Dimensão epistemológica: Nessa dimensão, o pesquisador precisa assumir uma postura diferenciada em relação ao conhecimento e, embora deva adotar uma postura de neutralidade, deve mergulhar na realidade pesquisada como se dela fizesse parte, a fim de que o

conhecimento produzido posteriormente não seja meramente descritivo, mas produto do saber e da vivência.

3- Dimensão metodológica: É nessa dimensão em que a partir da articulação entre ontologia e epistemologia se delimita o ponto de partida e de chegada da ação. Deve-se cumprir etapas metodológicas previamente definidas com probabilidade de flexibilização e que contemple: ação, reflexão, pesquisa, ressignificação e replanejamento quando necessário.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa interpretativa que abarca um processo metodológico empírico. Compreende a identificação do problema dentro de um contexto social e/ou institucional, o levantamento de dados relativos ao problema, à análise e significação dos dados levantados pelos participantes, a identificação da necessidade de mudança, o levantamento de possíveis soluções e por fim, a intervenção e/ou ação propriamente dita no sentido de aliar pesquisa e ação, simultaneamente (KOERICH et al., 2009, p. 717).

FIGURA 1- Representação gráfica da pesquisa-ação



Fonte: Adaptado de Koerich et al., 2009

Silva et al. (2010) dizem que os andaimes metodológicos da pesquisa-ação nem sempre é fácil e simples de se seguir, sendo considerada até sete vezes mais difícil do que das pesquisas convencionais mais que se mostra gratificante e relevante pela possibilidade de transformação social.

Dentre as dificuldades enumeradas pela pesquisa-ação, Koerich et al. (2009) pontuam algumas interrogações: “Como tornar familiar um ambiente tão novo, do qual, nem sempre, o pesquisador não é um de seus componentes? Como fazer dos grupos ali presentes equipe de trabalho? Como começar um trabalho de equalizar resistências? Como alcançar confiança e cumplicidade no grupo de trabalho? Como passar de pesquisador a participante, continuando a ser prioritariamente pesquisador, ou como passar de sujeito de pesquisa a pesquisador de seu fazer?”

Thiollent (2011) diz que, contrariamente a outros tipos de pesquisa, a pesquisa-ação é muito flexível e não segue uma série de fases rigidamente ordenadas. O autor explica que a pesquisa-ação inicia com uma fase exploratória e finaliza com a divulgação dos resultados, possuindo percursos intermediários não necessariamente obrigatórios e sequenciais que podem variar em função das circunstâncias.

Há sempre um vaivém entre as várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada (THIOLLENT, 2011, p. 55).

As doze etapas enumeradas por Thiollent (2011) geradoras e norteadoras de uma pesquisa-ação, são: Fase exploratória; O tema da pesquisa; A colocação dos problemas; O lugar da teoria; Hipóteses; Seminário; Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; Coleta de dados; Apredizagem; Saber formal/saber informal; Plano de ação; Divulgação externa.

Para fins metodológicos e explicativos, neste capítulo, explicaremos essas etapas, considerando, em síntese, 5 fases a serem seguidas na pesquisa-ação.

FIGURA 2 - Fases da Pesquisa-Ação



FONTE: Elaboração dos autores.

A primeira fase, obrigatória e necessária na pesquisa-ação é a fase exploratória. Thiollent (2011, p. 56) diz que: “a fase exploratória da pesquisa-ação consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro diagnóstico da situação”. Trata ainda de detectar apoios e resistências avaliando prospectivamente a viabilidade da intervenção.

Nessa fase, deve-se realizar a identificação dos sujeitos, convidá-los a integrar o grupo de pesquisa, esclarecendo a intenção da mesma a fim de verificar o interesse e a disponibilidade deles em participar do projeto.

Posteriormente, realiza-se o diagnóstico inicial do problema, por meio de algumas etapas contempladas na pesquisa-ação como a coleta de dados em fontes primárias (documentos, banco de dados, relatórios, compilados, atas) e/ou fontes secundárias (questionários, entrevistas, observação) através de técnicas de amostragem e representatividade qualitativa que de acordo com Thiollent (2011) é um pequeno número de pessoas escolhidos de maneira intencional para fornecer informações em função da relevância que elas apresentam a um determinado assunto, isto é, em função da representatividade social dentro da situação considerada.

A fase exploratória finaliza com o estabelecimento dos objetivos da pesquisa.

Após o levantamento de todas as informações iniciais, os pesquisadores e participantes estabelecem os principais objetivos da pesquisa. Os objetivos dizem respeito aos problemas considerados como prioritário ao campo de observação, aos atores e ao tipo de ação que estarão focalizados no processo de investigação (THIOLENT, 2011, p. 58).

Fases de planejamento / implementação / avaliação:

As próximas etapas descritas devem orientar as fases de planejamento, implementação e avaliação da pesquisa-ação lembrando que não são necessariamente sequenciais, pois como já mencionado neste tipo de pesquisa existe uma variedade de caminhos possíveis a serem escolhidos a depender das circunstâncias impostas pela pesquisa.

- Tema da pesquisa

Thiollent (2011) diz que na pesquisa-ação, geralmente, a concretização do tema e seus desdobramentos em problemas são realizados a partir de um processo de discussão com os participantes podendo, a depender da urgência da pesquisa, ser pré-determinado em decorrência da natureza do problema.

O tema de pesquisa é a designação do problema, deve ser simples, prático, explicativo (que retrate o problema de pesquisa) e que instigue o interesse dos pesquisadores e dos participantes. Pode ser descritivo ou normativo.

A formulação do tema pode ser descritiva: as condições de trabalho na indústria têxtil. Também existe uma formulação de caráter normativo: como melhorar as condições de trabalho na indústria têxtil. Embora muitas vezes seja precária a distinção entre o que é descritivo e o que é normativo, parece-nos necessário tê-la em mente na hora de definir a temática de uma pesquisa ação (THIOLENT, 2011, p. 59).

Após a definição do tema e dos objetivos de pesquisa, os pesquisadores deverão enquadrá-los em um referencial teórico, sendo necessária nessa etapa recorrer a uma pesquisa bibliográfica e a selecionar um marco referencial teórico.

De acordo com o que precede, entre os diversos quadros teóricos disponíveis um marco específico é escolhido para nortear a pesquisa e, principalmente, atribuir relevância a certas categorias de dados a partir das quais serão esboçadas as interpretações e equacionadas as possíveis “soluções”. Nessa fase a pesquisa bibliográfica é necessária. É possível, também, recorrer ao saber de diversos especialistas dos assuntos implicados, desde que tenham interesse em colaborar com o projeto (THIOLLENT, 2011, p. 61)

A necessidade de aprendizagem na pesquisa-ação é primordial e de acordo com Thiollent (2011) está associado ao processo investigativo devendo se fazer presente do início ao fim da pesquisa.

- A colocação dos problemas

Essa etapa consiste em definir a problemática da pesquisa. É nessa etapa que o tema e os objetivos elaborados anteriormente passam a fazer sentido.

Em termos gerais, uma problemática pode ser considerada a colocação dos problemas que se pretende resolver dentro de um certo campo teórico e prático. Um mesmo tema (ou assunto) pode ser esquadado em problemáticas diferentes. Por exemplo, problemas de saúde podem ser inseridos numa problemática de medicina ou numa problemática social ou política. A colocação dos problemas é feita em universos diferentes. A problemática é o modo de colocação do problema de acordo com o marco teórico conceitual adotado (THIOLLENT, 2011, p. 61).

Thiollent adverte que a colocação dos problemas não devem ser trivial e que eles devem ser colocados de maneiras práticas e dentro de um contexto social.

Se coletar três ou quatro informações bastasse para resolver um problema do dia-a-dia ou para tomar uma decisão rotineira na vida de uma associação não precisaríamos desencadear um processo de investigação e ação (THIOLLENT, 2011, p. 63).

- O Lugar da teoria

Essa etapa diz respeito trazer a teoria para apropriação e entendimento de todos os membros do grupo a fim de “gerar ideias hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa as interpretações” (THIOLLENT, 2011, p. 64).

- Hipóteses

São suposições, questionamentos levantados pelos pesquisadores visando solucionar o problema de pesquisa podendo ser modificados ou substituídos ao longo da pesquisa em função das informações coletadas.

Thiollent enfatiza a importância dessa etapa na pesquisa-ação e diz que o uso do procedimento hipotético não precisa ser necessariamente teórico, podendo ser suavizado mas não excluído: “ao se negar a utilizar hipóteses (...) um pesquisador social se expõe ao risco de produzir matérias confusas” (THIOLLENT, 2011, p.65).

- Seminário

Na pesquisa-ação, o seminário inicia com a constituição de grupos que irão conduzir a investigação, o planejamento, a implementação e a avaliação da pesquisa. É, portanto, uma etapa que perpassa por todo o processo construtivo da pesquisa-ação.

Thiollent (2011) explica que o papel do seminário na pesquisa-ação consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação, centralizando todas as informações coletadas e discutindo interpretações. Assim, elabora diretrizes de pesquisa e diretrizes de ação que são permanentemente acompanhadas e avaliadas. Sendo papel do pesquisador, colocar à disposição dos participantes os conhecimentos de ordem teórica ou prática para facilitar a discussão dos problemas (THIOLLENT, 2011).

- Saber Formal/ saber informal

Thiollent (2011) explica que na pesquisa-ação precisa haver uma mediação do universo cultural dos especialistas e dos interessados através da harmonização entre saber informal e saber formal, considerando que os especialistas e pesquisadores não sabem tudo; que os sujeitos e interessados não sabem nada. Estando, justamente, na consideração dos saberes a possibilidade de se encontrar soluções para os problemas colocados.

A técnica defendida pelo autor para cumprir essa etapa é a comparação literal dos saberes em que em um primeiro momento todos os participantes são levados a descrever e/ou relatar a situação ou o problema expondo a busca de explicações e de soluções; posteriormente, comparam-se os achados procurando pontos de convergências e divergências.

O uso da técnica de comparação não resolve todos os problemas da relação entre saber formal e saber informal. É apenas um ponto de partida que consiste em mapear os dois universos de representação e em busca de meios de intercompreensão (THIOLLENT, 2011, p. 79).

Essa etapa é importante na condução da pesquisa-ação porque aponta as necessidades de aprendizagem que pode ser considerada nos seminários.

- Plano de ação

O plano de ação deve ser bem elaborado, factível e direcionar as propostas à solução da situação problema que pode ser de natureza técnica, educativa, político e/ou cultural.

Thiollent (2011, p. 79) orienta que a elaboração do plano de ação deve considerar:

- Quem são os atores ou as unidades de intervenção?
- Quais são os objetivos (ou metas) tangíveis da ação, e os critérios de sua avaliação?

- Como dar continuidade à ação, apesar das dificuldades?
- Como assegurar a participação da população e incorporar suas sugestões?

Assim, na elaboração do plano de ação devem estar claras as estratégias para alcançar os objetivos; as atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários, os resultados esperados e os prazos para implementação.

Fase de divulgação dos resultados

Essa é a fase final e obrigatória da pesquisa-ação em que a relevância social é manifestada. “Trata-se de fazer conhecer os resultados de uma pesquisa que, poderá gerar reações e contribuir para a dinâmica da tomada de consciência e, eventualmente, sugerir o início de mais um ciclo de ação e de investigação” (THIOLLENT, 2011, p. 81)

Os resultados devem ser, primeiramente, apresentados ao grupo de intervenção e instâncias envolvidas e, posteriormente, divulgados externamente por meio de relatórios, imagens, compilados, artigos, jornais, rádios, blogs e demais meios de veiculação.

Thiolle (20011, p. 82) orienta que é também importante: “prever meios e canais que permitam que a população manifeste suas reações e eventuais sugestões”.

Pesquisa-ação: Um relato de Experiência na Área da Saúde Coletiva

O relato de experiência descrito a seguir tem por intuito demonstrar, na prática, as etapas da pesquisa-ação mencionadas nesse capítulo.

Trata-se de um estudo intervencionista realizado nos anos de 2018-2019 no município de Petrolina-PE, fruto de uma dissertação, apresentado no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), na nucleadora da Universidade Regional do Cariri (URCA).

A pesquisa teve por finalidade elaborar uma proposta de reorientação da demanda espontânea em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da organização de coletivos (profissionais, gestores, e usuários do serviço), desenvolvida em dissertação, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob processo No. 3.203.082.

Por se tratar de um problema comum entre os sujeitos, já que atrapalhava o processo de trabalho da ESF e, ao mesmo tempo, em que dificultava o acesso dos usuários ao serviço; e por ter pactuado propostas de ação coletiva para solucionar essa problemática, a pesquisa foi considerada intervencionista do tipo pesquisa-ação crítica.

O fato de a pesquisadora-aluna ser profissional do serviço, trabalhar na ESF há 12 anos e vivenciar o problema da demanda ao longo de sua trajetória profissional possibilitou contemplar as dimensões ontológicas, epistemológica e metodológica da pesquisa-qualitativa.

O processo de pesquisa iniciou obedecendo aos pré-requisitos da fase exploratória da pesquisa-ação em que o diagnóstico da situação problema foi realizado através da coleta de dados para obter o número de atendimentos programados e espontâneos pela equipe, bem como traçar o perfil dos usuários e identificar os principais motivos da busca por atendimento. A coleta de dados se deu por meio de relatórios do e-SUS e por informações registradas no livro de demanda da unidade.

Posteriormente, e ainda na fase exploratória, foi elaborado o objetivo da pesquisa: construir um plano de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários para reorientar a demanda espontânea em uma unidade de saúde do município de Petrolina-PE.

As etapas das fases de planejamento, implementação e avaliação iniciaram com a definição do tema: Como melhorar o processo de trabalho na ESF do Km 25 e conciliar o atendimento da demanda agendada e o acolhimento à demanda espontânea? Neste caso optou-se pela elaboração de um tema normativo pela urgência e pelo tempo limitado da pesquisa.

Nesse momento, foi necessário fazer um levantamento bibliográfico sobre a temática e definir um referencial teórico para fundamentar

a pesquisa, sendo escolhidos os conceitos de campos e habitus do sociólogo Pierre Bourdieu.

A partir do referencial teórico adotado e da bibliografia consultada se colocou os seguintes problemas: O problema da demanda nos serviços de saúde é cultural; Está associada ao desconhecimento da proposta de trabalho da ESF; Tem relação com a deficiência de recursos humanos e infraestrutura das unidades.

Seguiu-se, então, a formulação das hipóteses\ perguntas norteadoras: É possível aproximar gestão, profissionais e comunidade para discutir o processo de trabalho de uma ESF? Que ações podem ser pactuadas a partir de uma aproximação de coletivos para organizar a demanda nos serviços de saúde e intervir nos problemas listados?

Todo o processo da pesquisa foi intermediado pelo seminário que permitiu a apresentação dos dados, discussão e avaliação pelo grupo de intervenção.

A etapa saber formal e informal foi contemplada através da realização de uma entrevista semiestruturada entre os sujeitos a fim de verificar o conhecimento prévio dos participantes acerca da ESF e da organização de seu processo de trabalho para o atendimento às demandas.

Levantaram-se, então, as necessidades de aprendizagem do grupo também mediada no seminário com apoio dos colaboradores vinculados a Universidade de Pernambuco (UPE) visando o nivelamento de conhecimento sobre a temática.

Dado esse trajeto, o plano de ação propriamente dito foi elaborado de maneira democrática com elaboração de metas coletivas pactuadas pelos sujeitos.

Por se tratar de uma pesquisa viva com resultados de curto, médio e longo prazo que não findou com a conclusão da dissertação os resultados preliminares surgiram de uma autoavaliação do grupo de intervenção acerca da experiência da cogestão de coletivos e estão em processo de divulgação nos meios de comunicações vinculados à secretaria de saúde do município e através de publicações dos resultados da pesquisa, a exemplo a construção desse capítulo.

Ressaltamos que estudos adicionais serão necessários, posteriormente, para avaliar resultados de médio e longo prazo que possam surgir como frutos dessa intervenção o que mostra a possibilidade do trabalho continuado de uma pesquisa do tipo pesquisa-ação.

Considerações

A relevância social da pesquisa-ação é inquestionável. Embora críticos metodológicos tentem minimizar a eficácia científica dela ao dizer que seu método é susceptível a manipulação por parte do pesquisados haja vista a flexibilidade do mesmo; não se questionam, no entanto, as contribuições dos seus produtos.

Defendemos que a pesquisa-ação não é apenas um bate papo ou conversa informal com grupos de trabalhos a fim de encontrar soluções para um problema.

Quando executado como realmente deve ser, seguindo as etapas preconizadas, observa-se que a pesquisa-ação tem um rigor metodológico muito mais delimitado que as demais pesquisas e que a flexibilização por ela permitida não propõe infringências éticas, mas sim a possibilidade de melhor se adequar a realidade pesquisada para otimizar e validar os resultados.

Referências

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em debates**, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, agosto 2011.

CASSANDRE, M; QUEROL, A; BULGACOV, Y. **Metodologias intervencionistas**: contribuição teórico-metodológica dos princípios vigotskianos para pesquisa aprendizagem organizacional. Rio de Janeiro – RJ. Setembro/ 2012. Disponível em: [http:// www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_eor1352.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_eor1352.pdf). Acesso em: 15/07/2018.

DICIONÁRIO PORTUGUÊS. Material eletrônico, 2015. Disponível em: <http://dicionarioportugues.org/pt/estudo>. Acesso em: 13/06/2018.

FRNCO, M. A. S. **Pedagogia da pesquisa-ação**. Educ. Pesqui. [Internet]. 2005 [cited 2009 jul 30]; v. 31, n. 3, p. 483-502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>. Acesso em 18/07/2019

KOERICH, M. S. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Ver. Eletr.Enf. [internet]**, 2009, v. 11, n. 3, p. 717-723. Disponível em: <https://fen.ufg.br>. Acesso em 20/07/2019.

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

SILVA, J. C.; MORAIS, E. R; FIGUEIREDO, M. L. F; TYRREL, M. A. R. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidades nos estudos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, maio- jun 2011, v. 64, n. 3, p. 592-595.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa ação**. 18ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

ANEXOS:

IMAGEM 1: Apresentação dos dados da fase exploratória



FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

IMAGEM 2 – Mediação das necessidades de aprendizagem do grupo pela professora da UPE e pela pesquisadora



FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

IMAGEM 3- Subgrupos de discussão para elaboração do plano de ação



FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

IMAGEM 4- Construção e discussão do plano de ação



FONTE: Seminário de Intervenção, 2019.

Capítulo 4

Formação e os Saberes Docentes evidentes na produção científica na Educação Física: um estado da questão

Milena Karine De Sousa Lourenço
Heraldo Simões Ferreira

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca. E ensinar e aprender não pode dar-se de fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

Este texto apresenta a tessitura do percurso de levantamento da produção científica disponível em bancos de dados on-line acerca de trabalhos cuja temática gravite em torno dos saberes e formação docente de professores universitários em Educação Física. Para tanto, foi realizado um estudo bibliográfico do tipo Estado da Questão (EQ), o qual é compreendido por Nobrega-Therrien e Therrien (2011, p. 34) como sendo: “[...] um modo particular de entender, articular e apresentar determinadas questões mais diretamente ligadas ao tema ora em investigação”.

O Estado da Questão diferencia-se da Revisão de Literatura - que é centrada mais, exclusivamente, na explicitação de teorias, conceitos e categorias - por proporcionar um mergulho nos achados científicos e suas bases teórico-metodológicas referentes a temática, e, posterior elaboração de um quadro epistemológico acerca da discussão científica em torno desta. Em decorrência deste mergulho, o pesquisador elabora inferências quanto à relevância de seu estudo frente ao campo científico já construído, assim como pode reparar vieses e possíveis lacunas na sua proposta de pesquisa, identificando e definindo os referenciais e as categorias imprescindíveis à análise dos dados. Ainda sobre as contribuições do EQ, Nobrega-Therrien e Therrien (2011) esclarecem os propósitos:

[...] levar o pesquisador a registrar, com suporte em um rigoroso levantamento bibliográfico, como se encontra o tema ou o objeto de sua investigação no estado atual da ciência ao seu alcance. Sua finalidade também é a de contribuir para o rigor científico e a criticidade no mergulho bibliográfico realizado pelo estudante/pesquisador, de modo a evitar vieses na construção das categorias teóricas e empíricas que vão ser trabalhadas por eles na revisão de literatura (NÓBREGA-THERRIEN E THERRIEN, 2011, p. 34)

O Estado da Questão configura, então, o esclarecimento da posição do pesquisador e de seu objeto de estudo na elaboração de um texto narrativo, a concepção de ciência e a contribuição epistêmica do mesmo no campo do conhecimento. Para tanto, exige do pesquisador habilidades de problematização, síntese e sistematização dos achados, argumentação, lógica, sensibilidade, criatividade e intuição para apontar as dimensões da nova investigação (NÓBREGA-THERRIEN e THERRIEN, 2011).

Com base nestas orientações, realizamos um levantamento em bancos de dados on-line os quais serão descritos e justificados a seguir: O primeiro momento de busca foi realizado através da imersão nos dados contido na BDTD¹ (Banco Digital de Teses e Dissertações). A BDTD integra as informações de teses e dissertações existentes nas instituições brasileiras de ensino e pesquisa a partir de seus registros em sítios eletrônicos de forma a dar visibilidade a produção científica nacional, estimular o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico.

Em seguida, recorreremos ao Periódicos da CAPES², os quais nos possibilitou o acesso aos periódicos da área de Educação reconhecidos pela credibilidade de suas publicações e possibilidade de acessos gratuitos a diversos periódicos com bases indexadas nesta plataforma.

Como última fonte de análise, consideramos imprescindível visitar periódicos específicos da Educação Física, como meio de investigar e refletir o aparecimento da temática saberes e formação em tais períó-

1 Sítio online consultado: <http://bdt.d.ibict.br/>

2 Sítio online consultado: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

dicos. Desta forma, elencamos a RBCE³ (Revista Brasileira de Ciências do Esporte), um periódico trimestral editado pelo Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE). A escolha deste periódico justifica-se pela presença de produções científicas alocadas no eixo temático formação docente, com produções relacionadas à área pedagógica possibilitando o acesso aos artigos publicados nos anos de 2014 a 2018.

Não consideramos para a elaboração deste EQ o Qualis desses periódicos para não restringirmos nenhum trabalho relacionado a temática em investigação e ampliarmos nosso campo de análise.

Partindo da escolha e imersão no campo bibliográfico destacado anteriormente demos prosseguimento a elaboração do EQ, o qual está organizado em quatro momentos: o primeiro, relata os procedimentos de busca e anuncia os achados; o segundo, apresenta as produções mapeadas na BDTE; em seguida, adentramos na análise das produções selecionadas no Portal de Periódicos Capes e RBCE; no último momento analisamos os trabalhos elencados buscando evidenciar relações, estabelecidas entre os mesmos, quanto às categorias saberes docentes e formação de professores evidenciadas na escrita dos elementos textuais: objetivo, palavras-chave e referencial teórico.

1 Mapeamento das produções sobre saberes docentes e formação de professores de educação física: caminhos percorridos e resultados encontrados

Esta seção apresenta a trajetória percorrida no trabalho de mapeamento da produção científica sobre os saberes docentes e a formação de professores de Educação Física, justificando as escolhas adotadas, bem como anunciando os resultados encontrados.

Inicialmente, cabe explicitar a pergunta perseguida na escrita deste texto: De que modo as pesquisas científicas existentes no cenário nacional revelam o eixo articulador entre o processo de formação e aquisição de saberes de docentes universitários de Educação Física?

3 Sítio online consultado: <http://rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE>

Para a elucidação desta questão, objetivamos buscar trabalhos que evidenciassem a presença das seguintes categorias: formação de professores; formação docente; saberes docentes; professores universitários ou docência universitária em Educação Física, as quais foram sintetizadas nos descritores: “Saberes docentes”, “Formação de professores” e “Educação Física”.

Inicialmente, não foi acrescido o uso de aspas aos termos com mais de uma palavra, contudo, os resultados obtidos desta busca remetiam a produções com elevado nível de discrepância quanto ao objeto de investigação. Desta forma, houve a necessidade de utilizar as aspas para definir o termo exato.

A pesquisa nos sítios *on-line* foi sistematizada no início do primeiro semestre de 2018. O primeiro passo dado foi a busca por trabalhos acerca de cada temática isoladamente, objetivando verificar o alcance da mesma no campo epistemológico estudado. Em seguida, buscamos empreender uma combinação dos descritores, como meio de promover uma filtragem, diante da expressiva demanda de trabalhos encontrados na busca anterior, possibilitando a aproximação das produções com temáticas congruentes ao nosso objeto de investigação.

Abaixo, apontamos o quadro informativo (Quadro 1) sobre a quantidade de trabalhos produzidos segundo as temáticas e suas combinações.

Quadro 1 – Mapeamento bibliográfico das temáticas gerais e por combinações realizado nos sites on-line de busca científica

TEMÁTICA	BDTD	Portal de Periódicos Capes	RBCE	TOTAL
Formação de Professores	7082	5416	69	12.567
Saberes Docentes	876	526	-	1.402
Saberes Docentes <i>and</i> Educação Física	175	74	-	249
Saberes Docentes <i>and</i> Educação Física <i>and</i> Formação de Professores	54	24	-	78

Fonte: Elaboração dos autores.

Conforme o Quadro 1, temos uma quantidade relativamente expressiva de 12.567 trabalhos publicados com a temática Formação de Professores, enquanto o número de trabalhos referentes a temática saberes docentes mostrou-se bastante inferior revelando 1402 trabalhos. Ao colocar o primeiro filtro que articula saberes docentes e Educação Física encontramos um total de 249 trabalhos. O segundo filtro que incluía a formação docente e suas combinações (saberes docentes e Educação Física) permitiu uma maior aproximação com o objeto de estudo. O mapeamento utilizado para análise dos achados se deu a partir do segundo filtro (em destaque) que apontou: 78 trabalhos.

Os trabalhos mapeados na busca relativa a temática formação de professores encontra-se dentro da temporalidade 2009 a 2018, o que nos faz refletir acerca da contemporaneidade desta temática, a qual evidenciou um boom nas produções com a virada de século XX para o século XXI.

Vale ressaltar que o campo de estudo científico voltado para os saberes docentes surgiu a partir de 1980 em pesquisas no mundo anglo-saxão e, posteriormente, estendeu-se ao continente europeu (TARDIF, 2014), e para o Brasil, o que nos dá uma prerrogativa para compreender o quantitativo reduzido desta temática nos portais pesquisados.

Outra observação pertinente concerne a inexistência de trabalhos acerca da temática saberes docentes e suas combinações na Revista Brasileira de Ciências do Desporto. Tal evidenciação, demonstra que este campo de estudos se apresenta como incipiente nas discussões pedagógicas acerca da área da Educação Física.

Tomaremos como ponto de partida para análise aprofundada dos dados, os resultados remanescentes do segundo filtro, os quais contaram com a combinação dos descritores por meio do uso do booleano⁴ *and*: saberes docentes *and* “Educação Física” *and* “Formação de Professores”.

Após o mapeamento de trabalhos publicados e a definição do filtro de busca, partimos para a leitura dos títulos e resumos com o objetivo de apreender os trabalhos cujas temáticas estavam em convergência com o nosso objeto de investigação.

4 O descritor *booleanoand* possibilita a procura de todas as temáticas descritas na busca.

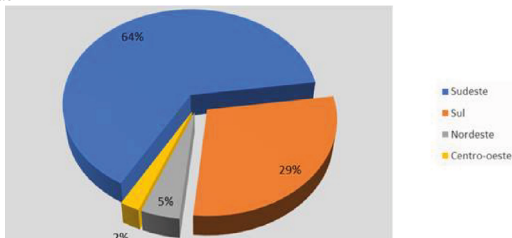
Adiante, apresentaremos os trabalhos mapeados em cada base de dados pesquisada. Vale salientar que a análise prevista para os trabalhos encontrado na RBCE não foi realizada devido a inexistência de pesquisas que contemplassem nosso objeto de estudo. Desta forma, os tópicos a seguir são referentes ao levantamento realizado na BDTD e Portal de Periódicos Capes, finalizando com a apreciação acerca das contribuições destes estudos para a nossa pesquisa de dissertação.

Mapeamento dos estudos na BDTD

Na busca empreendida na Base Digital de Teses e Dissertações adotando o filtro de busca “saberes docentes” and “Educação Física” and “formação de professores” achamos 54 registros, dos quais 36 eram dissertações e 18 teses. Apesar de não termos definido uma temporalidade para a busca dos trabalhos, evidenciamos que os mesmos estavam delimitados entre os anos 2004 a 2017. A leitura dos títulos das 36 dissertações possibilitou evidenciar 4 (quatro) trabalhos repetidos, enquanto das 18 teses haviam 5 (cinco) registros duplicados. Desta forma, a apreensão final constou de 45 trabalhos – 32 dissertações e 13 teses- distribuídos em 16 instituições.

A observância das instituições provedoras dos trabalhos permitiu evidenciar a territorialidade das produções, a qual será apresentada na Figura 1 a seguir:

Gráfico 1 - Distribuição das Produções Científicas Mapeadas nas Regiões Geográficas Brasileiras



Fonte: Elaboração dos autores.

Como ficou evidenciado no gráfico acima, a concentração das produções acerca da temática saberes docentes e formação de professores de Educação Física nas regiões Sul e Sudeste totalizando 93% do total mapeado. As instituições que mais publicaram trabalhos nesta temática foram a Universidade Estadual Paulista (UNESP) com 09 (nove) publicações, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com 06 (seis) publicações cada uma. As instituições situadas na região Nordeste que publicaram trabalhos nesta temática foram Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) apresentando 1 (um) estudo e a Universidade Federal do Ceará (UFC) também com apenas uma produção.

Diante deste quadro, podemos inferir que há incipiência na quantidade de produções científicas que contemplem a discussão acerca dos saberes docentes e processos de formação de professores de Educação Física dentro do âmbito territorial em que se encontra inserido a instituição proventora deste estudo. Tal constatação, representa uma lacuna existente no campo científico acerca das produções nesta temática dentro do nosso Estado e Região significando um elemento de relevância científica para estudos sobre esta temática.

Prosseguimos aprofundando a busca nos registros mapeados por meio da leitura dos títulos das dissertações e teses, evidenciamos que 13 (treze) trabalhos mantinham aproximação com nosso estudo. Partindo destes trabalhos, nos debruçamos na leitura dos resumos, objetivando identificar, nos registros, pesquisas que discutissem pelo menos a uma das categorias temáticas definidas. Outro critério de inclusão, permeou os sujeitos da pesquisa, os quais deviam ser professores de Educação Física do Ensino Superior. Desta forma, foram excluídos trabalhos que tivessem como sujeitos da pesquisa, professores da Educação Básica, uma vez que consideramos o contexto de atuação como um elemento fundante para análise da formação docente. A evidenciação das temáticas e sujeitos da pesquisa estão explicitadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Mapeamento dos resultados quanto a evidenciação das Categorias Temáticas Centrais e Sujeitos da Pesquisa dos estudos encontrados

Categorias Temáticas Centrais	Quantidade De Trabalhos por Descrição Dos Sujeitos da Pesquisa	Quantidade por temática	
	Sujeitos da Pesquisa - Professores Universitários	Sujeitos da Pesquisa - Professores da Educação Básica	
Saberes Docentes, Identidade	1	3	4
Saberes Docentes, Prática Pedagógica	2	2	4
Saberes Docentes, Formação Inicial	1	1	2
Saberes docentes Currículo	1		1
Formação Continuada	1	1	2
TOTAL	6	7	13

Fonte: Elaboração dos autores.

A investigação acerca das categorias temáticas centrais nos possibilitou perceber uma forte tendência na articulação entre a categoria saber docente e outras duas categorias: identidade docente e prática pedagógica, as quais juntas representaram em torno de 61% (N=13/ N=8 – 61,53%) do total dos registros. Tal evidenciação pode ser melhor compreendida ao reportarmos-nos ao percurso histórico de investigação pedagógica acerca do ensino, encontrando em Nóvoa (1995) a constatação de que tal percurso vivenciou três grandes momentos de investigação: o primeiro buscava evidenciar características intrínsecas de um “bom” professor; enquanto o segundo percorria o ímpeto de encontrar o melhor método de ensino; já o terceiro focava na análise do ensino no contexto real de sala de aula, com base no chamado paradigma processo-produto. Todos estes reduziam a profissão docente a um conjunto de competências e capacidades, realçando a dimensão técnica da ação pedagógica.

Ainda de acordo com este autor, para contrapor esta visão fragmentada entre o eu profissional e o eu pessoal imposta pelas produções anteriores, surgiram pesquisas que tinham como objetivo recolocar o profes-

sor no centro dos debates educativos e das problemáticas da investigação, por meio de um olhar para a dimensão pessoal do professor. Esta perspectiva ganha maior visibilidade com a publicação do livro: *O professor é uma pessoa*, por Ada Abraham, em 1984, o qual representou um pontapé inicial para a proliferação de “obras e estudos sobre a vida dos professores, as carreiras e os percursos profissionais, as biografias e autobiografias docente ou o desenvolvimento pessoal dos professores” (NÓVOA, 1995, p. 15)

Como apontado por Nóvoa (1995), as pesquisas nos últimos 30 anos vêm caminhado nesta proposta de compreender o processo de construção da identidade docente levando-se em conta a dimensão subjetiva do sujeito-professor, como alguém que se constitui professor a partir da sua trajetória pessoal e profissional.

Corroborando com a percepção trazida por Nóvoa (1995), temos em Tardif (2014):

[...] acredito que, para compreender a natureza do ensino, é absolutamente necessário levar em conta a subjetividade dos próprios atores em atividade, isto é, a subjetividade dos próprios professores. Ora, um professor de profissão não é somente alguém que aplica conhecimentos produzidos por outros... é um ator no sentido forte do termo, isto é, um sujeito que assume sua prática a partir dos significados que ele mesmo lhe dá, um sujeito que possui conhecimentos e um saber-fazer provenientes de sua própria atividade e a partir dos quais ele a estrutura e a orienta. (TARDIF, 2014, p. 230)

Desta forma, as constatações acima evidenciadas quanto a presença marcante da articulação entre saberes docentes, identidade e prática pedagógica, apreciados a partir da imersão nos trabalhos mapeados na BDTD, expressam as ramificações da perspectiva epistemológica destacadas pelos autores acima, indicando-nos que este campo de estudos ainda se encontra fecundo e necessário para melhor compreender a profissão docente.

Dando prosseguimento à análise, pontuamos que as demais temáticas centrais abordadas permeavam a articulação entre saberes docentes e currículo, saberes docentes e formação inicial e a discussão acerca da formação continuada. Diante deste cenário, percebemos que

o eixo articulador entre saberes docentes e processo de formação docente, vêm sendo pouco discutido, uma vez que encontramos apenas dois trabalhos que se propunham a fazer tal articulação ainda se restringindo a etapa de formação inicial, sobretudo dentre estes dois apenas um tinham como sujeito da pesquisa professores universitários.

Desta forma, podemos inferir que existe uma lacuna no campo epistemológico de pesquisas que articulem os saberes docentes ao processo de formação de professores universitários a partir de uma concepção ampla de formação como um processo contínuo, ou seja, a formação de professores como a aquisição de saberes configurados dentro de uma trajetória de vida e profissão, rompendo com a fragmentação da formação como um conjunto de etapas ou processos formativos institucionalizados.

Finalizamos esta análise com um quantitativo de seis trabalhos, os quais estavam em concordância com a questão norteadora da pesquisa. O Quadro 3, apresenta o quantitativo final dos trabalhos que estabeleciam relação como nosso objeto de investigação.

Quadro 3 -Trabalhos com aproximação com o nosso objeto de investigação encontrados na BDTD (fevereiro de 2018)

Natureza dos trabalhos	Descritores Saberes Docentes and Formação de Professores and Educação Física	%	
	Total	Aproximação com o nosso objeto de estudo	
Dissertações	32	06	18%
Teses	13	-	0%
TOTAL N= 45 / N= 6 (18%)			

Fonte: Elaboração dos autores.

Como podemos perceber, dentre as 13 teses nenhuma atendia aos critérios de inclusão estabelecidos na construção do nosso EQ. Desta forma, concluímos este apanhado com os seguintes trabalhos caracterizados no Quadro 4:

Quadro 4 - Caracterização dos trabalhos com aproximação ao nosso objeto de investigação na combinação “saberes docentes” and “formação de professores” and “Educação Física”

Nº	Autor	ANO	Título	Tipo	Instituição
1	B E N I - TES	2007	Identidade do Professor de Educação Física: um estudo sobre os saberes e a prática	Dissertação	UNESP ⁵
2	SILVA	2008	Docência Universitária: repensando a prática do professor de Educação Física	Dissertação	UFU ⁶
3	CASATI	2008	Pós-Graduação em Educação: lugar da formação para a docência do professor universitário de Educação Física.	Dissertação	UNISAN - TOS ⁷
4	SOUZA	2012	A formação inicial do professor de Educação Física: um estudo sobre os modelos de alternância e os saberes docentes.	Dissertação	UNESP
5	C O N - TREIRA	2013	A divisão Curricular da Educação Física e seus impactos nos saberes docentes dos professores de Ensino Superior.	Dissertação	UFSM ⁸
6	PESSOA	2015	Docência Universitária: os saberes docentes na trajetória profissional do curso de licenciatura em Educação Física da Universidade Regional do Cariri	Dissertação	UFC ⁹

Fonte: Elaboração dos autores.

As pesquisas relacionadas no Quadro 4 serão analisadas no quarto momento da escrita deste estado da Questão, com vistas a perceber as contribuições destes estudos no campo epistemológico de investigação acerca dos saberes docentes e formação de professores de Educação Física.

5 Universidade Estadual de São Paulo/ Rio Claro

6 Universidade Federal de Uberlândia

7 Universidade de Santos

8 Universidade Federal de Santa Maria

9 Universidade Federal do Ceará

No tópico a seguir, apresentaremos os resultados do levantamento realizado no Portal de Periódicos Capes.

1.2 Mapeamento dos estudos no portal de Periódicos Capes

O segundo momento da busca, objetivou mapear os artigos acessíveis em bancos de dados on-line e como explicitado anteriormente recorremos ao Portal de Periódicos Capes e a Revista Brasileira de Ciências do Esporte. No entanto, a segunda fonte de pesquisa não ofereceu nenhum trabalho acerca da temática saberes docentes, assim como na combinação desta com os descritores “formação de professores” e “Educação Física”. Desta forma, apresentaremos os resultados obtidos na busca empreendida no Portal de Periódicos Capes.

Seguimos os mesmos passos da busca anterior, utilizando os mesmos descritores, o uso de aspas e do booleano and, assim como os critérios de inclusão. Como resultado, encontramos 28 registros dos quais sete apresentavam aproximação com o objeto de investigação, pois tratavam de pelo menos de uma das categorias pesquisadas. Contudo, após a leitura dos resumos apenas três foram selecionados para compor a análise completa do trabalho, como explicitado no Quadro 6. Foram excluídos trabalhos que tratavam da Educação especial, e os que tinham professores da Educação Básica como sujeitos da pesquisa.

Quadro 5 -Trabalhos com aproximação com o nosso objeto de investigação encontrados no Portal de periódicos Capes (fevereiro de 2018)

Natureza dos trabalhos	Descritores Saberes Docentes <i>and</i> Formação de Professores <i>and</i> Educação Física	%	
	Total	Aproximação com o nosso objeto de estudo	
Artigos	28	02	7%

Fonte: Elaboração dos autores.

Um dado curioso referente aos trabalhos selecionados, concerne aos aspectos metodológicos escolhidos para a coleta de dados, nos quais não se utilizou de público-alvo para a aquisição de informações sobre o objeto de estudo, ou seja, não há a presença de sujeitos da pesquisa, caracterizando-se como pesquisa bibliográfica. Desta forma, com a leitura do resumo não foi possível avaliar se os trabalhos tratariam do contexto universitário, contudo, como as temáticas centrais dos estudos tratam do eixo articulador entre saberes docentes e formação de professores, decidimos considerá-los para a análise do trabalho completo. O quadro 6 sistematiza as características dos trabalhos encontrados no Portal de Periódicos Capes com aproximação da temática de investigação do estudo.

Quadro 6 - Caracterização dos trabalhos com aproximação ao nosso objeto de investigação na combinação “saberes docentes” and “formação de professores” and “Educação Física”

Nº	AUTORES	ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	PERIÓDICO
1	ALVES	2006	Sobre a formação dos professores de Educação Física e as teorias do saber docente	Pesquisa Bibliográfica	Revista Pensar a Prática
2	C R U Z J U N I O R ; F O N T E ; L O U R E I R O	2014	Formação continuada de professores: quando a experiência e os saberes se limitam à vivência	Pesquisa Bibliográfica	Pro-Posições

Fonte: Elaboração dos autores.

No tópico seguinte iremos analisar os trabalhos selecionados tanto na BDTD quanto no Portal de Periódicos Capes, buscando apreender o enfoque teórico-metodológico como meio de identificar o campo epistemológico, seguido pelas pesquisas que contemplam a temática investigada. Vale ressaltar que, dentre os trabalhos selecionados, não tivemos acesso ao artigo: Sobre a formação dos professores de Educação Física e as teorias do saber docente, de Alves (2006). O site da revista “Pensar a Prática” solicitou o cadastro para acessar seu conteúdo on-line, porém, mesmo realizando este procedimento, não

conseguimos visualizar o arquivo completo em pdf. Desta forma, temos como contabilidade final sete trabalhos a serem analisados na íntegra: seis dissertações e um artigo.

2. Evidências encontradas nos trabalhos relacionadas ao nosso objeto de investigação

O levantamento dos dados realizados nos sítios de busca on-line: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações; Portal de Periódicos Capes; Revista Brasileira de Ciências do Esporte resultou em sete trabalhos – um artigo e seis dissertações – que foram codificados como meio de facilitação para a compreensão dos leitores. A codificação pautou-se na utilização das letras **A** para designar a natureza de artigo do trabalho e **D** para referir-se às dissertações ambas seguidas de numerais para distinguir os trabalhos dentro da mesma categoria. O quadro 7 apresenta os trabalhos compilados na busca acompanhado dos correspondentes códigos de identificação:

Quadro 7 – Trabalhos mapeados no Portal de Periódicos Capes e BDTD objetos da análise de contribuições do Estado da Questão para elaboração de texto de dissertação de mestrado.

CÓD.	TÍTULO	AUTORES	ANO
A1	Formação continuada de professores: quando a experiência e os saberes se limitam à vivência	CRUZ JUNIOR; FONTE; LOU- REIRO	2014
D1	Identidade do Professor de Educação Física: um estudo sobre os saberes e a prática	BENITES	2007
D2	Docência Universitária: repensando a prática do professor de Educação Física	SILVA	2008
D3	Pós-Graduação em Educação: lugar da formação para a docência do professor universitário de Educação Física	CASATI	2008
D4	A formação inicial do professor de Educação Física: um estudo sobre os modelos de alternância e os saberes docentes.	SOUZA	2012
D5	A divisão Curricular da Educação Física e seus impactos nos saberes docentes dos professores de Ensino Superior.	CONTREIRA	2013
D6	Docência Universitária: os saberes docentes na trajetória profissional do curso de licenciatura em Educação Física da Universidade Regional do Cariri	PESSOA	2015

Fonte: Elaboração dos autores.

As obras destacadas acima foram lidas na íntegra visando identificar e analisar os seguintes elementos encontrados nos trabalhos: objetivos do estudo; palavras-chave; referencial teórico, como meio de compreender o campo teórico-metodológico abordado nos estudos.

2.1 Objetivos dos estudos

A análise dos objetivos dos estudos com aproximações ao nosso objeto de investigação nos permitiu perceber a articulação entre saberes docente e a concepção de formação de professores como um processo contínuo vivenciado durante toda a trajetória profissional. Neste aspecto, as quatro obras D1, D2, D5, D6, que contemplavam essa discussão, ancoravam-se na investigação sobre a formação de docentes do ensino superior focada quase que, exclusivamente, nas questões voltadas para o ensino, vislumbradas na análise da atuação docente em sala de aula como meio de ressignificar os saberes docentes na formação de professores.

Conclusão semelhante foi evidenciada por Therrien e Nóbrega-Therrien (2009) ao expressar sua preocupação com a constatação de que os estudos sobre a formação docente, particularmente, em relação ao ensino em contexto universitário, têm focalizado predominantemente dimensões reduzidas da função do ensino, deixando em segundo plano outras dimensões inerentes ao trabalho do profissional de educação.

Os demais trabalhos (A1, D3, D4) traziam a discussão de saberes docentes vinculada a formação sob uma perspectiva fragmentada restringindo o olhar para uma das etapas formativas: ou formação inicial ou formação continuada (pós-graduação).

2.2 Palavras-chave

Outro elemento merecedor de análise foram as palavras-chave destacadas nos resumos das referidas obras. Neste aspecto, buscamos evidenciar a incidência no aparecimento de termos comuns nos trabalhos como meio de refletir quais as categorias que os fundamentaram.

Para tanto, apresentaremos o quadro (Quadro 8) demonstrativo das palavras-chave e quantidade de trabalhos em que foram identificadas.

Quadro 8 – Incidência das Palavras-chave nos trabalhos investigados

Palavras-Chave	Trabalhos	Total						
	A1	D1	D2	D3	D4	D5	D6	
Educação Física								5
Formação de professores								4
Saberes Docentes								6
Docência universitária/ Educação Superior								3
Currículo								1
Formação Continuada/ Programa de Pós-Graduação								2
Experiência								1
Teoria crítica								1
Prática Pedagógica								1
Identidade docente								1
Licenciatura e Bacharelado								1
Preparação profissional								1
Concepções Pedagógicas								1
Modelos de formação em alternância								1
Trajetória Profissional								1

Fonte: Elaboração dos autores.

Conforme o quadro acima, podemos perceber que os termos Educação Física, Formação de professores e Saberes docentes foram os que apareceram com mais frequência nas palavras-chave, confirmando a possibilidade de articulação entre estas categorias teóricas.

Diante da constatação da frequência dos termos acima citados, verificamos como estes foram desenvolvidos no nível de aprofundamento teórico nos respectivos trabalhos, como meio de identificar-se estes representavam as categorias teóricas que balizavam estas obras. Desta forma, identificamos que as palavras-chave formação de professores e saberes docentes são categorias centrais dos trabalhos mapeados tendo a Educação Física como contexto profissional de análise.

Quanto ao conceito teórico que balizava estas categorias, pudemos observar que os mesmos corroboram com a compreensão de que os saberes docentes possuem uma dimensão social, estando em processo constante de elaboração e aperfeiçoamento promovidos pelas relações interpessoais, “ligadas a situações de trabalho com outros (alunos, colegas, pais etc.), um saber ancorado numa tarefa complexa (ensinar), situado num espaço de trabalho (a sala de aula, a escola), enraizado numa instituição e numa sociedade.” (TARDIF, 2014, p. 15)

2. 3. Referencial Teórico

Quanto ao referencial teórico apresentado nos trabalhos analisados, observamos que correspondiam às categorias que fundamentavam cada obra. Desta forma, decidimos por abordar os referenciais a partir das categorias correspondentes como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 9 – Categorias teóricas e quantitativo de citações por autores de referência identificados nos trabalhos mapeados.

Categoria	Referencial teórico/ Quantitativo de trabalhos
Saberes Docente	Tardif (6); Gauthier (2); Pimenta (3); Sarmento (1); Tardif e Lessard (1); Therrien (1)
Formação de Professores	Nóvoa (2); Schon (1); Libâneo (1); Pimenta (1); Garcia (1); Saviani (1)
Educação Física	Betti (1); Caparroz (1); Lacerda (1); Souza Neto (1); Tafarel (1); Bracht (1); Melo (1); Fensteseifer (1); Kunz (1)
Docência universitária	Isabel Cunha (3); Bolzan (1); Malusa (1); Morosini (1); Pachane (1); Anastasiou (1)

Fonte: Elaboração dos autores.

Como podemos perceber no quadro 9, os referenciais teóricos que balizaram as discussões sobre a formação de professores ancoraram-se em sua maioria no pensamento de Antônio Nóvoa e Donald Schon, o que nos leva a identificar a relação das obras com o paradigma da racionalidade prática, o qual valoriza as experiências pessoais e

profissionais ressignificadas pela reflexão na e sob a ação pedagógica como elementos fundamentais para pensar o processo de formação profissional.

A categoria saberes docentes está fundamentada, principalmente, nas obras de Tardif, Gauthier e Pimenta, sendo que Tardif aparece como autor principal nas referências, levando-nos a concluir que os trabalhos acerca dos saberes docentes na Educação Física estão ancorados na compreensão teórica de Tardif.

Quanto aos referenciais teóricos da Educação Física, não há um nome influente nas discussões acerca da formação e saberes docentes na Educação Física, o que pode representar uma lacuna acerca do desenvolvimento epistêmico dessas categorias neste campo de discussão.

3. Notas conclusivas do Estado da Questão

Após este mergulho nas produções on-line disponíveis nos bancos de consulta virtual, podemos concluir que existe uma lacuna no campo epistemológico de pesquisas que articulem os saberes docentes ao processo de formação de professores universitários a partir de uma concepção ampla de formação como um processo contínuo. A escassez de trabalhos acerca desta temática foi mais evidente na territorialidade composta pelas regiões norte e nordeste.

Diante do expressivo aumento dos estudos acerca da formação e dos saberes docentes, acreditamos que tal evidencia representa uma lacuna relevante no campo das ciências da educação em especial na Educação Física.

Quanto aos objetivos dos estudos observamos que estes se centram na investigação acerca da identidade, prática pedagógica e saberes dos professores universitários, sendo a prática pedagógica restrita às ações de ensino desenvolvidas em sala de aula, não contemplando outras funções inerentes ao exercício profissional do professor universitário.

A análise das palavras-chave nos revelou a viabilidade na articulação entre as categorias: saberes docentes, formação e Educação Fisi-

ca como meio de compreender as interfaces relacionadas ao processo de aprendizagem dos professores deste campo profissional.

No que se refere ao referencial teórico, podemos inferir que há convergência quanto ao alinhamento epistemológico do pensamento dos autores que apareceram com maior frequência, os quais corroboram com a condução de pesquisas pautadas pelo paradigma da epistemologia da prática, a qual valoriza os saberes produzidos pelos professores e defende a concepção de formação enquanto processo contínuo, considerando as dimensões pessoais, profissionais e organizacionais incutidas neste processo.

Desta forma, a escrita do Estado da Questão nos possibilitou conhecer o campo científico de estudos acerca da formação e saberes docentes de professores de Educação Física, identificando seu alcance e abrangência teórico-metodológica. Partindo deste levantamento podemos afirmar que estudos acerca da articulação entre saberes docentes e formação mostram-se fecundos, sendo necessário ampliar seu campo de pesquisa na área da Educação Física.

Referências

BENITES, L. C. **Identidade do Professor de Educação Física: um estudo sobre os saberes docentes e as práticas pedagógicas**. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado em Biociências) - Instituto de Biociências do Campus Rio Claro, Rio Claro, 2007.

CASATI, M. V. **Pós- Graduação em Educação: lugar da formação para a docência do professor universitário de Educação Física**. 2008. 121f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Católica de Santos, São Paulo, 2008.

CONTREIRA, C. B. **A divisão curricular na Educação Física e seus impactos nos saberes docentes dos professores do Ensino Superior**. 2013. 111f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Santa Maria, Santa Maria, R.S, 2013.

CRUZ JUNIOR, A. F.; FONTE, S. S. D.; LOUREIRO, R. Formação Continuada de professores: quando a experiência e os saberes docentes se limitam à vivência. **Revista Pro-Posições**, v. 25, n. 2, p. 197-215, maio-ago. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. [S.l.]: Paz e Terra, 2009.

NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA, M. I; ANDRADE, J. T. **Formação diferenciada**: a produção de um grupo de pesquisa. Fortaleza: EdUece, 2009.

NÓBREGA-THERRIEN; THERRIEN, J. O estado da questão: aportes teóricos-metodológicos e relatos de sua produção em trabalhos científicos. In: FARIAS I. M. S. de; NUNES, J. B. C.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. (Orgs.). **Pesquisa científica para iniciantes**: caminhando no labirinto. Fundamentos da pesquisa. Fortaleza: EdUECE, 2011. v. 1.

NÓVOA, A (Org). **Vida de professores**. 2. ed. Porto-Portugal: Porto, 2007.

_____. Formação de Professores e a profissão docente. IN NÓVOA, A. (Org.) Os professores e sua formação. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

PESSOA, A. R. R. **Docência Universitária**: os saberes docentes na trajetória profissional do curso de licenciatura em Educação Física da Universidade Regional do Cariri. 2015. 124f. Dissertação (Mestrado em Educação Brasileira) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SILVA, S. M. F. M. **Docência Universitária**: repensando a prática do professor de Educação Física. 2008. 123f. Dissertação Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

SOUZA, E. V. B. **A formação inicial do professor de Educação Física**: um estudo sobre os modelos de alternância e os saberes docentes. 2012. 145f. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Rio Claro, 2012.

TARDIF, Maurice. **Saberes Docentes e Formação Profissional**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

THERRIEN, J. Da epistemologia da prática à gestão dos saberes no trabalho docente: convergências e tensões nas pesquisas. In: DALBEN, A.; DINIZ, J.;

THERRIEN, J.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Formação para além do ensino na docência universitária: reflexões ancoradas na formação cidadã. In: SALES, J. A. M.; BARRETO, M. C.; FARIAS, I. M. S. (Org.). **Docência e formação de professores**: novos olhares sobre temáticas contemporâneas. Fortaleza, EdUECE, 2009.

Capítulo 5

Compreensão de processos participativos e de solidariedade comunitária no território da Estratégia Saúde da Família em Milagres-Ceará: operacionalização do método hermenêutico e dialético

Leilany Dantas Varela

Rauana dos Santos Faustino

Rogério Sampaio de Oliveira

Yana Paula Coêlho Correia Sampaio

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Antonio Germane Alves Pinto

Os saberes sobre os processos participativos e de solidariedade comunitária incorporam as ferramentas de participação social e sua história, onde se encontram no engajamento e na transformação social, no comprometimento em busca das melhorias da comunidade e na construção coletiva e sua mobilização (LIMA; GALIMBERTII, 2016).

A participação pode ser observada nas práticas cotidianas da sociedade civil, quer seja nos sindicatos, nos movimentos ou em outras organizações sociais (GOHN, 2019). A solidariedade é percebida por meio da adesão à causa grupal, com a finalidade de superar as adversidades e conquistar benefícios comuns a todos (OLIVEIRA; MORAIS, 2018).

A busca pela compreensão e percepção de tais processos sociais implementam as ciências sociais e humanas, importantes saberes integrados à pesquisa qualitativa (FERREIRA, 2015). Na metodologia qualitativa, os elementos em estudo são os discursos, e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem (BRASIL et al., 2018).

Como estratégia metodológica entre os estudos sociais, o método hermenêutico e dialético para análise de dados qualitativos propõem uma imersão no cotidiano das pessoas, suas relações, suas demandas e necessidades por meio da configuração linguística, que implica à interpretação contextualizada, privilegiando os discursos dos sujeitos. A fala dos atores sociais é situada em seu contexto para

melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (MINAYO, 2014; SIDI; CONTE, 2017).

A percepção de tais fenômenos e o envolvimento com o campo de trabalho conduziu ao desejo e ao despertar desta pesquisa. A temática em questão funde o objeto e o pesquisador em um movimento intersubjetivo, pois o distanciamento não permitiria a compreensão do processo e da dialética das relações entre os sujeitos, das questões sociais e do cotidiano investigado.

Para que fosse possível a continuidade e a interação com o cenário oportuno, o pesquisador conduziu-se aos aspectos relevantes do lócus, bem como os fenômenos ocorridos entre os processos participativos e da solidariedade comunitária emergente. Pontualmente, a inserção ao local de estudo possibilitou a observação e interação entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde no território adscrito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Conselho de Saúde.

Sendo assim, em nível local, um Conselho de Saúde instalado no território da ESF desvelou novas relações, provocando uma maior integração entre trabalhadores e usuários. De forma analítica, tem-se ciência do encontro desses sujeitos em torno do processo de produção do planejamento, mas se tornou instigadora a sua compreensão e a análise dos resultados que tal fenômeno vem produzindo ou não neste território.

Muitos pensamentos, reflexões e estranhamentos promoveram esse despertar. Processo, fruto de trabalho, baseado em construções significativas que impactou de tal forma que conduziu esta pesquisa.

Estabelecendo um método: tipologia, cenário, participantes e técnicas

A pesquisa tem natureza qualitativa numa perspectiva crítica e reflexiva. Os estudos de cunho qualitativo possibilitam a apreensão e a análise de uma determinada realidade social, contemplando sua

dinamicidade e complexidade. Tendo em vista a natureza do objeto de estudo desta pesquisa a quantificação dos eventos não supriria sua análise (MINAYO, 2007).

O estudo qualitativo com o seu percurso analítico e sistemático torna possível a obtenção de um conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações de ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012). A pertinência desse tipo de estudo se adequa ao propósito da temática pesquisada por que envolve a significativa compreensão do objeto analisado em conformação com a realidade posta no campo estudado. A abordagem qualitativa permitiu a aproximação da realidade social no Conselho Local de Saúde (CLS) e na ESF, permeada de expressões, sentimentos e subjetividades de cada sujeito social presente no processo.

A pesquisa-qualitativa tem implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas, o que potencializam ainda mais a sua relação com o objeto de estudo em questão. Entre a abordagem e método de análise neste estudo, optou-se pela hermenêutica dialética para síntese interpretativa dos processos cotidianos em sentidos compreensivos e críticos. Complementa-se que os significados e as intencionalidades são inerentes aos atos, às relações, e às estruturas, como construções humanas significativas (MINAYO, 2014, p. 22).

Considerando-se a natureza do objeto estudado que é a análise do planejamento em saúde no território da ESF a partir da inclusão da participação da comunidade por meio do Conselho Local de Saúde, fez-se pertinente a opção pela abordagem qualitativa. Assim, permite-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão desse fenômeno, que envolve ao mesmo tempo um grupo social, uma organização, uma instituição e toda a sua representatividade, em um movimento de multiplicidade, que predispõe ao objeto desse estudo (MINAYO, 2014).

O cenário do estudo foi uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família, ESF I-Rosário, no município de Milagres, localizado na região sul do Estado, no Cariri, que fica situado a aproximadamente 475 km da capital e possui uma área de 608,07 km². Tem

um único distrito, o Rosário, localizado às margens da CE-293, na via que faz a ligação entre a cidade de Milagres e a de Juazeiro do Norte. Apresenta clima tropical quente semiárido e bioma caatinga. A população estimada é de 28.316 habitantes, dos quais 13.926 são homens e 14.390 são mulheres. Faz parte da rede de atenção à saúde de Brejo Santo, 19ª Coordenadoria Regional de Saúde- CRES, e Macrorregião do Cariri, os municípios limítrofes são: Abaiara, Aurora, Barro, Brejo-Santo, Mauriti e Missão Velha (BRASIL, 2013a).

Figura 01 – Imagem da Praça da Igreja Fotografia



Fonte: Flavio Leite.

O nascimento do Município de Milagres se deu na localização expressa por essa figura (Figura 01), demarcada simbolicamente por um Cruzeiro que recebe a nomeação de Cruzeiro de Nossa Senhora dos Milagres.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família, foi em 1998 com 03 equipes de saúde da família, perfazendo uma cobertura de 42,90% da população. Em 2008, o município já contava com 06 equipes saúde da família com 04 equipes de saúde bucal, passando a uma cobertura de 66,12% e, atualmente, o

município conta com 13 Equipes de Saúde da Família, com cobertura de 100% da população, são 69 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 08 Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2013b).

A rede de atenção à saúde no município de Milagres é organizada pela administração direta (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde) e orientada pela Atenção Primária em Saúde, tendo como dispositivos: 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Academia da Saúde em construção e a Farmácia Básica. (BRASIL, 2013b).

A Atenção Secundária local dispõe de: 01 Hospital Municipal (pequeno porte, com 30 leitos); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Laboratório de Análises Clínicas e uma Clínica de Fisioterapia, Instituição filantrópica conveniada pelo SUS. A Atenção Terciária é referenciada dentro da Macrorregião de Saúde do Cariri.

A ESF I Rosário foi a primeira equipe implantada no Município, em 1998, seu território de abrangência compreende um distrito sede da Unidade Básica de Saúde (UBS), também denominado distrito do Rosário, Sítios Limoeiro, Capim, Picada, Veneza, Gameleira, Baixio do Rosário, localidades que foram agrupadas em 06 microáreas de abrangência.

O distrito recebe esse nome devido à comunidade ter uma igreja dedicada à Nossa Senhora do Rosário, onde todos os anos são realizados festejos em sua devoção, compondo parte da cultura da localidade. O distrito localiza-se à margem direita do Riacho dos Porcos, onde teve origem o Município de Milagres e encontra-se distante da sede 3 km.

O corpo de profissionais no momento do estudo correspondia a quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeira, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, motorista, uma atendente de farmácia, uma atendente da unidade, três auxiliares de serviço. Moram na comunidade os ACS, o motorista, as atendentes e a técnica de saúde bucal. Na época da coleta, eram seis agentes comunitários de saúde, dois se aposentaram. O número de famílias cadastradas é de 627, a população adscrita na ESF-I é de 1936 pessoas.

A ESF funciona em uma UBS, que se localiza no distrito. A equipe se desloca também para as microáreas adscritas, para realização de atendimentos. Esse modo de trabalho operacionaliza uma atenção à saúde de maneira descentralizada, favorecendo um melhor acesso as comunidades distantes.

O Conselho Municipal de Saúde foi implantado no município a partir de 1993 e regulamentado através da Lei Municipal 4.376/93, que reestruturou as representações dos conselheiros em nível municipal e o compromisso de participação popular através das Unidades de Saúde. Há apenas um Conselho Local de Saúde no município, este vinculado a ESF-I Rosário, justificando-se a escolha desta estratégia como local para a realização deste estudo. O CLS implantado há três anos é uma realidade localizada.

A composição do conselho local de saúde, na época da coleta, era constituída por 26 conselheiros, dos quais 18 são usuários, 02 trabalhadores de nível superior (Odontólogo e Enfermeira) e seis trabalhadores de nível médio (05 agentes comunitários de saúde e 01 técnica de enfermagem). Os critérios para seleção dos participantes foram: Usuários; serem integrantes do Conselho Local de Saúde; para os trabalhadores de saúde, integrar a equipe de saúde da família do território em estudo e serem integrantes do CLS.

Participaram do estudo 22 sujeitos, usuários e trabalhadores de saúde da ESF I - Rosário. Os grupos representativos da pesquisa e a amostra de participantes do estudo foram divididos em três: usuários, trabalhadores da ESF de nível superior e de nível médio.

Quadro 1 – Composição amostral dos Grupos representativos dos participantes do estudo, Milagres, Ceará, 2016.

GRUPOS REPRESENTATIVOS	AMOSTRA
Usuários de Conselho Local de Saúde	16 Conselheiros Usuários
Trabalhadores de nível de Superior da ESF	01 Odontólogo
Trabalhadores de nível médio da ESF	05 Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa, Milagres – CE, 2016.

Foram excluídos da amostra 04 integrantes: a enfermeira da equipe, que é a pesquisadora, a técnica de enfermagem e dois usuários que não puderam participar por estarem em outras atividades no momento da coleta.

A composição final da amostra se definiu pela saturação teórica e temática, ou seja, pela convergência comum de assuntos, pela recorrência, expressividade e relevância das unidades de sentido que permitiram a compreensão e interpretação final do objeto de estudo da pesquisa (FONTANELLA et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2018).

Os sujeitos compuseram os grupos focais e suas narrativas, foram identificados de acordo com a ordenação da realização da coleta e descritos por sua representatividade amostral, de modo a diferenciá-los. Desse modo, as narrativas dos participantes do primeiro Grupo Focal composto por trabalhadores de saúde, foram codificadas por “Grupo Focal 1 – Trabalhador de Saúde 01 até Trabalhador de Saúde 06” (Quadro - 02); para o segundo Grupo Focal, composto por Usuários, “Grupo Focal 2 – Usuário 01 até Usuário 11” (Quadro - 03); e, finalmente, o terceiro Grupo Focal também com Usuários, “Grupo Focal 3 – Usuário 01 até Usuário 05” (Quadro - 04).

Quadro 02 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Trabalhadores de Saúde (Grupo Focal 1 - GF1). Milagres, CE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Função / Ocupação	Tempo de Atuação na ESF	Formação
1	M	35 a	Odontólogo	08 anos	Graduação em Odontologia
2	F	32 a	ACS	06 anos	Ensino Médio
3	F	42 a	ACS	17 anos	Ensino Médio
	F	44 a	ACS	14 anos	Técnico em Enfermagem/Graduação em Saúde Pública/Graduanda em Serviço Social
4	M	32 a	ACS	6 anos	Ensino Médio
5	M	65 a	ACS	25 anos	Ensino Médio

Fonte: Dados da Pesquisa. Milagres – CE, 2016.

Quadro 03 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Usuários de Saúde (Grupo Focal 2 - GF12). Milagres, CE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tempo na Residência	Atuação Comunitária
1	M	65 a	Ensino Fundamental	Aposentado	07 anos	Agricultor
2	M	37 a	Ensino Médio	Agricultor	30 anos	Associação de Agricultores/Movimento na Igreja
3	F	33 a	Ensino Médio	Autônomo	33 anos	Movimento na Igreja
4	F	34 a	Ensino Médio	Do Lar	24 anos	Movimento Igreja
5	F	39 a	Ensino Médio	Do Lar	39 anos	Movimento Igreja
6	M	61 a	Ensino Médio	Comerciante	61 anos	Associação dos Agricultores
7	F	48 a	Ensino Médio	Artesã	25 anos	Liderança Religiosa
8	F	31 a	Ensino Médio	Artesã	15 anos	Delegada Sindical dos Trabalhadores Rurais
9	F	23 a	Graduada	Professora	23 anos	Grupo de Jovens
10	F	23 a	Ensino Médio	Do Lar	15 anos	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
11	F	35 a	Ensino Médio	Do Lar	17 anos	Sindicato dos Trabalhadores Rurais

Fonte: Dados da Pesquisa. Milagres – CE, 2016.

Quadro 04 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa – Usuários de Saúde (Grupo Focal 2 - GF12). Milagres, CE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tempo de residência	Atuação Comunitária
1	F	27 a	Ensino Médio	Do Lar	15 anos	Movimento de Igreja
2	M	29 a	Graduação em Pedagogia	Conselheiro Tutelar	29 anos	Conselheiro Tutelar Movimento de Igreja
3	F	50 a	Ensino Fundamental	Do Lar	30 anos	Movimento de Igreja
4	F	33 a	Ensino Médio	Do Lar	33 anos	Voluntária em ONG
5	F	27 a	Ensino Médio	Comerciante	27 anos	Movimento de Igreja

Fonte: Dados da Pesquisa. Milagres – CE, 2016.

Relações entre os sujeitos, contexto e objeto de estudo

Segundo as Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), os usuários são os sujeitos que recebem a atenção em saúde pelos trabalhadores através dos serviços ofertados pelo SUS. No momento da configuração atual da APS, são também protagonistas quando exercem participação ativa no processo de produção de saúde, desempenhando papel de corresponsabilidade (GRISOTTI et al., 2010).

Os trabalhadores da ESE, de nível superior e médio, estão envolvidos com o processo de trabalho na APS. Os trabalhadores de saúde são sujeitos que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções respectivo ao setor (BRASIL, 2009).

As relações entre trabalhadores e usuários no território em estudo são de aproximação cotidiana. No processo relacional há escuta, compartilhamento de decisões e envolvimento dos sujeitos na condução das práticas do cuidado em saúde, em nível local. Essa dimensão que conduz esses processos reflete o modo de planejamento da equipe, que se operacionaliza com o coletivo.

Há na prática uma significação diferenciada sobre o planejamento entre os trabalhadores da mesma equipe. Historicamente, o planejamento e a condução da equipe vêm sendo atribuído ao profissional enfermeiro que, ao longo do tempo, vem se imbuindo desse processo e operando uma lógica de trabalho diferente das demais classes. Cotidianamente, o enfermeiro desenvolve ações de condução de reuniões de equipe, fomenta atividades de escuta, apropria-se do contato maior com usuários e demais membros da equipe, que repercutem em sua relação mais próxima com o processo de planejamento participativo.

A coleta de dados, propriamente dita, ocorreu no período de fevereiro a julho de 2016. Foram utilizadas para coleta dos dados as seguintes técnicas: *observação sistemática*, *levantamento documental* e *grupo focal*. O planejamento e a organização dessas técnicas nortearam a condução da pesquisa de campo.

As técnicas de coleta de dados descritas abordam a temática com múltiplas possibilidades de participação dos sujeitos do estudo. A observação e o levantamento documental tiveram como instrumentos os roteiros com questões norteadoras para a sistematização do que se objetivou investigar (APÊNDICES A e B). O grupo focal teve como instrumento o temário pertinente ao objeto de estudo (APÊNDICES C e D).

A *observação sistemática* é um instrumento que pode ser utilizado na abordagem qualitativa e requer um roteiro para organizar e enfatizar o que se pretende investigar, sendo necessário um diário de campo que sirva de ferramenta para o registro das impressões e informações do pesquisador (FLICK, 2009).

A observação foi realizada no cotidiano das reuniões do CLS e de planejamento mensal da equipe de saúde, seguindo um roteiro norteador com as temáticas elucidadas pela pesquisa, utilizando um diário de campo para anotações e impressões da pesquisadora, que acompanhou o cotidiano do movimento do CLS, frequentando dez reuniões e participando dos eventos promovidos.

O uso do levantamento documental em pesquisa possibilita ampliar o conhecimento sobre objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. O levantamento e a análise documental em pesquisa permitem acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, favorece a observação do processo de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

O *levantamento documental* foi necessário, pois como a investigação analisou equipamentos sociais como o Conselho local de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, onde observou-se registros de documentos referentes à sua implantação, organização e funcionamento. Para acesso ao material em questão, foi solicitada permissão através do termo fiel depositário.

Desta forma, o levantamento prévio dos documentos, enquanto fonte secundária, selecionou o documento 1. O levantamento foi realizado com base na análise dos conteúdos registrados nas atas das reu-

niões ordinárias e extraordinárias, correspondentes ao período de funcionamento entre outubro de 2013 a junho de 2016 (MILAGRES, 2016).

Quadro 05 – Levantamento documental, Milagres - CE, 2016.

Documento identificado e analisado
Documento 1: Livro Ata do Conselho Local de Saúde do Rosário – 2013 a 2016 do Município de Milagres – CE, 2016.

Fonte: Milagres (2016).

A análise documental das atas serviu de base para o conhecimento dos assuntos abordados nas reuniões, demonstrando a participação dos conselheiros e suas contribuições ao longo desse período.

Conceitualmente, o *grupo focal* se caracteriza num tipo de entrevista coletiva ou conversa em pequenos grupos com perfil homogêneo, visando obter informações, aprofundar a temática pesquisada, promovendo a interação entre os participantes, com temário e roteiros próprios que deve ser facilitado por um coordenador que seja capaz de promover a participação de cada um. Por proporcionar espaço de discussão e de troca de experiências em torno de determinada temática, esta técnica de coleta vem sendo muito utilizada em pesquisas qualitativas (MINAYO, 2014).

Por opção desse estudo, a técnica do grupo focal permite a formação, expressão de opiniões e atitudes através do diálogo e interação com os sujeitos durante sua aplicação, além de sua eficiência em aprofundar questões subjetivas e de processos relacionais e sociais. A discussão em grupo, promovida pela dinâmica desta técnica, pode fomentar a comparação e a complementariedade dos dados obtidos pela observação e levantamento documental (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

O grupo focal foi aplicado em três sessões, sendo uma com trabalhadores de saúde e duas com usuários, permitindo uma interação mais intensa no campo empírico junto a esses sujeitos que fazem parte do CLS e permeiam o objeto de investigação:

A primeira sessão realizada com seis trabalhadores deu-se na sede da Unidade Básica de Saúde- ESF I Rosário;

A segunda sessão foi realizada em uma sede de uma associação de agricultores no sítio Gameleira, microárea do território de abrangência da equipe, da qual participaram onze usuários do conselho que residem nessa localidade, que por homogeneidade foram reunidos e compuseram o segundo grupo focal;

A terceira sessão foi realizada também na sede da Unidade Básica de Saúde- ESF I Rosário, com a participação de usuários do distrito do Rosário e do sítio Limoeiro, que têm menor representação e assim foram agrupados, constituindo cinco participantes.

A duração média das sessões foi de 45 minutos a uma hora e a discussão foi orientada pelo temário. Utilizou-se gravação das narrativas, armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE). Durante a realização, um observador realizou as anotações sobre a dinâmica dos participantes no grupo.

Nesta pesquisa, a técnica do grupo focal permitiu o aprofundamento da compreensão do envolvimento desses sujeitos e os processos relacionais com o objeto de estudo. As vivências, os relatos, os anseios e o sentimento de pertencimento expresso pelo grupo, confirmaram o adequar da técnica à dinamicidade da pesquisa. Os sujeitos responderam atenciosamente à solicitação para participação nos grupos focais, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo, suas intenções e riscos.

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (CEP/URCA), respaldada por métodos científicos pertinentes e pela aprovação sob parecer Nº. 953.830, condizente com os preceitos éticos envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os sujeitos do estudo tiveram acesso prévio ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo aos princípios Éticos. Após sua leitura, os sujeitos assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE) da pesquisa.

Análise dos dados qualitativos: hermenêutica e dialética

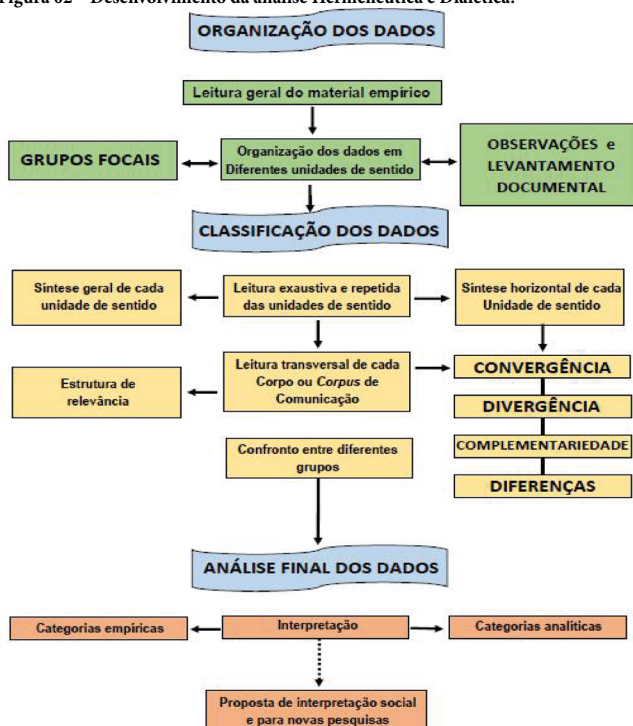
A análise de dados tem como base os pressupostos da hermenêutica e dialética dissertados por Minayo (2014). Nesse processo interpretativo, possibilitou-se a construção teórico-metodológica de base documental e empírica. Para compreensão das narrativas, expressaram-se saberes partilhados e aproximação do objeto em suas questões de pesquisa, produzindo o confronto entre a abordagem teórica levantada e o que a investigação de campo apresentou como contribuição.

Concomitantemente, a dialética estabelece uma relação de análise crítica, estabelecendo sínteses a partir de teses e antíteses, confrontadas pelos sujeitos em suas narrativas e experiências de vida cotidiana. Na associação hermenêutica e dialética, é possível estabelecer uma interpretação compreensiva e crítica da realidade social. Considera-se as especificidades históricas, as complicitades com o tempo e contextos, as singularidades e suas diferenciações, contribuições à vida, ao conhecimento e às transformações sociais (MINAYO, 2014).

A hermenêutica e dialética são, portanto, caminhos para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível valorizar não somente as convergências, mas as divergências e suas complementaridades, bem como, suas diferenças. A linguagem emerge nas relações pelas práticas, atitudes e historicidades dos sujeitos. Desse modo, o observador se parcializa na intersubjetividade e aproximação com o campo empírico. Em síntese, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo; a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica (ASSIS; JORGE, 2010; MINAYO, 2014).

A análise do material empírico advindo das narrativas dos grupos focais fundamentou-se na técnica hermenêutica e dialética. Os documentos e observações complementaram a compreensão do objeto de estudo. Operacionalmente, o processo analítico se constituiu nas seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final, ilustrado na Figura 02, a seguir:

Figura 02 – Desenvolvimento da análise Hermenêutica e Dialética.



Fonte: Adaptação de (ASSIS; JORGE, 2010; ALENCAR et al., 2012).

I - Ordenação dos dados

A etapa de ordenação dos dados tem o objetivo de estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Para tanto, todas as entrevistas são transcritas e, em seguida, faz-se a leitura preliminar do material que possibilita, juntamente com os dados das observações e dos documentos, a visualização de um mapa horizontal dos achados em campo (MINAYO, 2014).

O primeiro contato com o material empírico coletado envolveu a transcrição das entrevistas na íntegra, como foram faladas nas gravações. Procedeu-se com a escuta sistemática às narrativas dos sujeitos da pesquisa, paralelamente às transcrições. As narrativas foram ouvidas e lidas várias vezes, objetivando empreender a totalidade das informações, evitando a perda de dados, visto a importância de todo o processo, e visando facilitar a compreensão da lógica e dos sentidos.

Em seguida, à leitura geral do material transcrito, foram organizados os dados contemplados nas narrativas dos grupos focais em blocos semânticos. As observações e fragmentos dos documentos também foram agrupados, em sentido complementar, tais como os discursos transcritos.

II- Classificação dos dados

Momento de relação entre os dados empíricos e os objetivos da pesquisa, em que se dá a complexidade do processo de construção do conhecimento. A classificação do material se subdivide em duas etapas: a primeira é a leitura horizontal e exaustiva do material com o intuito de visualizar e identificar as ideias centrais para formulação das unidades de sentido. A segunda se dá com o entrecruzamento entre os significados e corpus de comunicações e a consequente formulação das categoriais temáticas empíricas do estudo (MINAYO, 2014).

Etapas I

Durante as leituras horizontal e exaustivas, iniciou-se o processo predominantemente hermenêutico, reconhecendo temas recorrentes e que estivessem ligados ao objeto de estudo. O reconhecimento e identificação das unidades de sentido expressadas nas narrativas foram pautados pela relevância na compreensão do objeto.

Quadro 06 - Identificação das Unidades de Sentido. Milagres, Ceará, 2016.

NARRATIVAS	UNIDADES DE SENTIDO
GRUPO FOCAL 01	
1GFT1: Inclusão de pessoas de diferentes estilos (...)	INCLUSÃO
1GFTn: Aqui a gente cuida das pessoas (...)	CUIDADO
GRUPO FOCAL 02	
2GFU1: Inclusão de pessoas de diferentes estilos (...)	INCLUSÃO
2GFUn: Aqui a gente cuida das pessoas (...)	CUIDADO
GRUPO FOCAL 03	
3GFU1: Inclusão de pessoas de diferentes estilos (...)	INCLUSÃO
3GFUn: Aqui a gente cuida das pessoas (...)	CUIDADO

Fonte: Dados da pesquisa. Milagres – CE, 2016. Observação: Narrativas para exemplificação metodológica.

Das unidades de sentido identificadas e caracterizadas, passou-se a um processo interpretativo para categorização das mesmas, a classificação propriamente dita. A operacionalização da análise a partir da hermenêutica dialética requer a apreensão de todos os sentidos, todas as manifestações expressas em campo são importantes no processo subjetivo de conexões entre semelhanças e diferenças na investigação posta pelo pesquisador.

Nesse momento, torna-se necessário que o pesquisador tenha uma atenção especial ao tratar o material escrito com uma leitura atenta e cuidadosa a fim de apreender as estruturas de relevância dos sujeitos do estudo, suas ideias centrais e atitudes em relação ao objeto em investigação (MINAYO, 2014).

As narrativas foram classificadas a partir de categorias analíticas, definida preliminarmente pelos objetivos propostos. Entretanto, algumas unidades de sentido emergiram do campo empírico e, também, compuseram a construção e estruturação das categorias.

Para o objeto de estudo investigado, foram identificadas as seguintes unidades de sentido: Demandas da Comunidade; Benefícios para a Comunidade; Parceria; Construção incentivada pela Conferência Municipal de Saúde; Construção incentivada pelo Programa de Melhoria e Acesso de Qualidade (PMAQ); Convocação pela Equipe de Saúde; Representação de Usuários; Reuniões; Fortalecimento com

a Renovação do Conselho; Dificuldades no processo de construção; Mobilização; Participação da Comunidade; Planejamento; Valor do Conselho Local; Empoderamento; Atitude; União; Fortalecimento-Aquisição da cadeira de rodas; Ação Usuário Centrada; Governabilidade; Resolutividade; Envolvimento; Responsabilização; Melhoria no Processo de Trabalho; Integração; e Solidariedade.

Após a identificação das unidades de sentido, os fragmentos das narrativas relacionados a cada unidade de sentido foram recortados das transcrições e agrupados pela pesquisadora em envelopes diferenciados por cores, metaforicamente representando “gavetas” como demonstrado na figura 03, à luz de Minayo (2014).

Figura 03 – Imagens dos envelopes para agrupamento das Unidades de Sentido



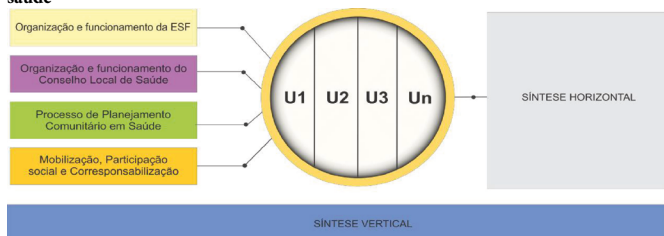
Fonte: Dados da pesquisa, Milagres – CE, 2016.

Em um segundo momento, os envelopes foram revisitados realizando um refinamento das classificações, agrupando em um menor número de unidades de sentido. Escolheu-se, apenas, os temas mais relevantes e significativos para o objeto de estudo. Nesse momento, estabelecem-se as categorias analíticas em seus movimentos de convergência e divergência: Organização e funcionamento da ESF; Organização e funcionamento do Conselho Local de Saúde; Processo de planejamento comunitário em saúde; Mobilização, Participação social e Corresponsabilização.

Etapa II

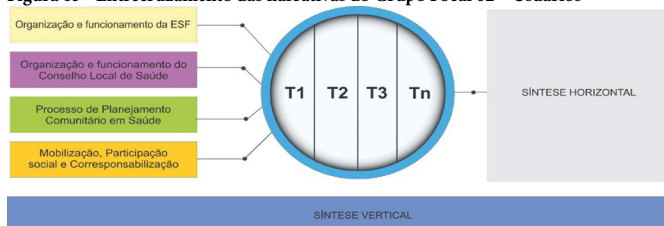
Para o entrecruzamento das categorias analíticas entre todos os grupos, apresentam-se diagramas ilustrativos do processo de formulação das sínteses:

Figura 04 - Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 1 – Trabalhadores de saúde



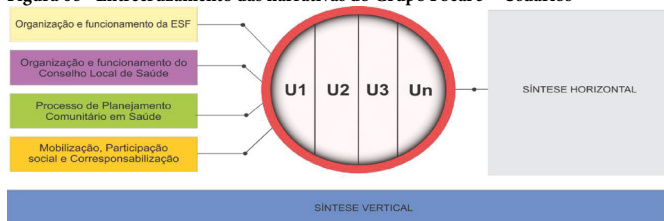
Fonte: Dados da pesquisa, Milagres – CE, 2016.

Figura 05 - Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 02 – Usuários



Fonte: Dados da pesquisa, Milagres – CE, 2016.

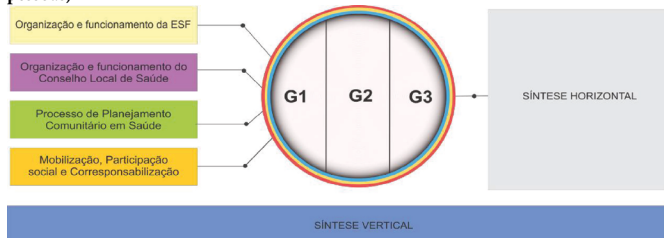
Figura 06 - Entrecruzamento das narrativas do Grupo Focal 3 – Usuários



Fonte: Dados da pesquisa, Milagres – CE, 2016.

Posteriormente foi realizado o entrecruzamento da síntese de cada unidade entre os diferentes grupos, conforme descrito na Figura 07.

Figura 07 - Entrecruzamento das Unidades Analíticas entre os Grupos I, II e III – (22 pessoas)



Fonte: Dados da Pesquisa. Milagres – CE, 2016.

Complementa-se na classificação e interpretação, os sentidos também atribuídos pelos sujeitos em relação ao documento e observação sistemática, transcrita pela pesquisadora.

Na prática, a leitura transversal para composição crítica e analítica ocorre com a abertura dos envelopes, considerados como “gavetas” e a discussão contextualizada pelos sujeitos em suas narrativas e a vivência da pesquisadora. Considera-se a participação de colaboradores com expertise, vivência cotidiana no objeto de estudo e implicação temática para formulação categorial da análise hermenêutica e dialética.

Operacionalmente, foram realizadas quatro oficinas com os colaboradores nas datas 06 e 27 de maio, 20 de junho e 04 de julho. O objeto de estudo e os objetivos da pesquisa foram apresentados ini-

cialmente. Em seguida, foram realizadas amplas discussões conduzidas pela pesquisadora, gerando reflexões no grupo e a colaboração dos participantes nesse constructo.

Os dados empíricos após entrecruzados na leitura transversal, possibilitaram a construção de sínteses horizontais entre os grupos representativos. Desse modo, foi possível identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das narrativas. Indica-se que a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado e compõe um entendimento sobre suas relações cotidianas e subjetivas, na contextualização.

III- Análise final dos dados

A etapa da análise final de dados consistiu no desvendar do conteúdo das narrativas, dos documentos e observações, com a contribuição de material referencial disponível, para o processo de discussão e análise das convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Neste momento, além das técnicas, utiliza-se a contribuição de autores, bem como as experiências dos pesquisadores e seus conhecimentos como sujeitos da pesquisa e de suas vivências.

As contribuições significativas do uso do método hermenêutico dialético para o estudo permitiram a interação entre a realidade desvelada e as impressões do pesquisador. Favoreceu a produção de resultados e considerações que outros métodos de análise qualitativos não possibilitam.

A análise a partir da hermenêutica dialética permite o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social (ASSIS; JORGE, 2010). Dada vista ao caráter social do objeto em estudo, este método permitiu uma maior compreensão crítica das relações produzidas e vivenciadas durante a pesquisa.

Como método de apresentação e discussão dos resultados, optou-se pela construção de categorias e subcategorias, com base na análise e semelhança dos temas. Sendo assim, esse processo possibilitou a construção das seguintes *categorias* e *sub-categorias* empíricas:

Quadro 08 – Categorias e sub-categorias empíricas do estudo. Milagres, Ceará, 2016.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Conselho Local de Saúde como espaço e participação e expressão das demandas comunitárias	
Conselho Local de Saúde como dispositivo de relações solidárias entre trabalhador de saúde e usuários para melhorias na comunidade	
Contexto histórico e social da construção e organização do Conselho Local de Saúde	A Conferência Municipal de Saúde como propulsora da CLS; Contribuição do PMAQ para a equipe no processo de abertura à participação comunitária; Formação do CLS a partir da tomada de decisão da equipe frente às necessidades de saúde da comunidade; A representatividade e a participação dos sujeitos na formação do CLS; O fortalecimento do CLS e da participação comunitária com renovação dos conselheiros; Dificuldades enfrentadas no processo de organização do CLS;
Sentidos, valores e empoderamento comunitário no Conselho Local de Saúde	Motivações para mobilização e participação social; Participação comunitária e envolvimento; Valores ético e simbólico no processo de planejamento local em saúde; Atitude, união e empoderamento comunitário; Um caso especial: a aquisição de uma cadeira de rodas como conquista da mobilização comunitária;
Resultados do Planejamento Local em Saúde: interrogações, limites e desafios.	É possível construir a governabilidade na participação comunitária? É possível resolver as demandas da comunidade pelo planejamento local em saúde? É possível envolver o usuário do SUS no planejamento em saúde? É possível incluir o planejamento em saúde no processo de trabalho da ESF? É possível ressignificar a solidariedade na participação comunitária das ações de saúde?

Fonte: Dados da Pesquisa. Milagres – CE, 2016.

Para ilustração das categorias e subcategorias, foram representadas em figuras artísticas elaboradas a partir das sínteses analíticas, como no exemplo:

Figura 08 – Sentidos, valores e empoderamento comunitário no Conselho Local de Saúde.

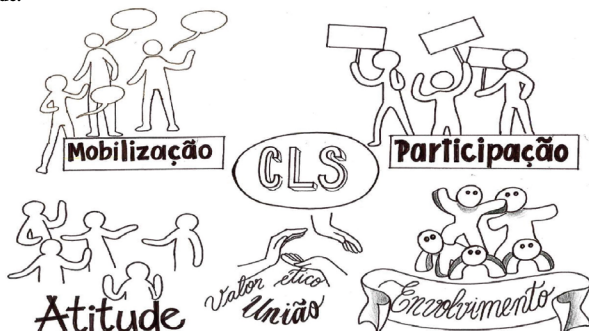


Ilustração: Ana Ivyina (2016).

Enfim, a compreensão

O estudo abordou uma compreensão crítica do processo participativo do Conselho Local de Saúde no território da Estratégia Saúde da Família. As interações sócio-comunitárias na produção do cuidado, os atos solidários entre conselheiros e trabalhadores da equipe de saúde conduzem a um planejamento local em saúde como objeto de transformação social.

Estabeleceram-se como categorias analíticas, em seus movimentos de convergência e divergência, para a condução e compreensão da investigação: Organização e funcionamento da ESF; Organização e funcionamento do Conselho Local de Saúde; Processo de planejamento comunitário em saúde; Mobilização, participação social e corresponsabilização.

Em conformidade com a proposta metodológica da pesquisa, e dada vista ao caráter social do objeto em estudo, o uso do método

hermenêutico-dialético permitiu uma maior compreensão crítica das relações produzidas e vivenciadas durante a pesquisa. A identificação de convergências, divergências, complementaridades e diferenças, possibilitaram a construção das evidências qualitativas do estudo através das categorias empíricas.

O planejamento em saúde conduz a lógica da organização do sistema de saúde e pode produzir uma operacionalidade prática das ações ofertadas nos serviços. O planejamento local potencializa a integralidade das ações em saúde, por que, aproxima o que se teoriza em planos, ao território, de onde emergem as demandas e necessidades locais da população assistida.

Em caráter complementar foi observado que a percepção de limitações vem sendo estimulada pelo próprio processo de pesquisa, modificando algumas ações do conselho. A pesquisa opera nesse sentido, contribuindo com as práticas e aqui expressa seu caráter social e de retorno ao território, possivelmente transformando sujeitos e espaços.

Referências

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência Farmacêutica. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, abr./jun., 2012. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2236>>.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (orgs). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade Social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana**; 2010. p. 139-59. Disponível em: <<https://30porcento.com.br/livro/9788599799161-Pesquisa:-m%C3%A9todos-e-t%C3%A9cnicas-de-conhecimento-da-realidade-social>>.

BRASIL, C. C. P et al. Reflexões sobre a pesquisa qualitativa na saúde. In: SILVA, R. M et al (Orgs). **Estudos qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações**. Sobral. Editora UVA, 2018. Pág. 21-26.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução nº 466/12, nº 112, Seção 1, pág. 59). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2013a. Disponível em: <[http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?ceara\[milagres|infograficos:-dados-gerais-do-municipio\]](http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?ceara[milagres|infograficos:-dados-gerais-do-municipio])> Acesso em: 02/maio de 2015.

BRASIL. **Departamento da Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 02/maio 2015.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

FERREIRA, C. A. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, v. 8, n. 2, p. 173-182, jul./dez. 2015.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 24/out. 2015.

GOHN, M. G. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 85, p. 63-81, Jan./Abr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792019000100063>. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, May 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300026>.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, June 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>.

LIMA, F. A.; GALIMBERTTI, P. A. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral - CE. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 157-175, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000100157&script=sci_abstract&tlng=pt>.

MILAGRES. DOCUMENTO 1: **Livro Ata do Conselho Local de Saúde do Rosário** – 2013 a 2016 do Município de Milagres – CE, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, GOMES, F. D. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24/Out. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed.- São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, C. B.; SILVA, L. F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 71, n. 1, p. 228-3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

OLIVEIRA, A. T. C.; MORAIS, N. A. Resiliência Comunitária: Um estudo de Revisão Integrativa da Literatura. **Trends Psychol.** vol.26 no.4 Ribeirão Preto Oct./Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000401731>.

SIDI, P. M; CONTE, E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v.12, n.4 , p. 1942-1954, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9270>>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

1. Organização do planejamento local

Quais ações de planejamento são realizadas na Estratégia Saúde da Família?

De que modo o Conselho Local de Saúde participa do planejamento da equipe

2. Integração equipe – comunidade

Como se dá as relações dos conselheiros usuários com a equipe de saúde da família.

3. Incentivo à responsabilização

Atividades realizadas pelo Conselho Local de Saúde

4. Incentivo a participação social

Atividades de participação da comunidade no conselho local para resolução dos problemas de saúde

APÊNDICE B - Formulário para Levantamento Documental

Documentos oficiais:

1. Ata oficial do conselho local de saúde Aspectos a serem levantados:

- a) A implantação do Conselho;
- b) Composição oficial do Conselho;
- c) A sua funcionalidade;
- d) A representatividade dos conselheiros;
- e) Ações de participação social realizadas pelo Conselho Local de Saúde junto a Estratégia Saúde da Família;
- f) Ações referentes à mobilização e participação social;

APÊNDICE C – Temário para Grupo Focal com Usuários

Instruções para organização do grupo focal

- Local: Unidade Básica de Saúde;
- Participantes: Usuários conselheiros de saúde;
- Quantidade: 11 (Participaram onze usuários do conselho que residem numa mesma localidade, que por homogeneidade foram reunidos e compuseram o segundo grupo focal);
- Quantidade: 05 (Participaram os usuários do distrito do Rosário e de um sítio próximo, que foram agrupados, constituindo cinco participantes);
- Procedimento:

Temário gerador para o grupo focal;

Grupo Focal com usuários;

Atividades:

1) Momento de reflexão: Utilização de imagem disparadora para iniciar a discussão.



2) Conselho Local de Saúde:

Como foi o processo de construção do Conselho?

O que o conselho representa para vocês?

Como o conselho planeja?

De que modo os usuários participam?

Impacto e resultados do conselho: estamos conseguindo resolver?

APÊNDICE D – Temário para Grupo Focal com Trabalhadores de Saúde

Instruções para organização do grupo focal

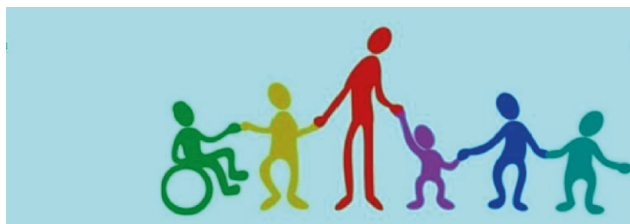
- Local: Unidade Básica de Saúde.
- Participantes: Trabalhadores de saúde
- Quantidade: 06
- Procedimento:

Temas e perguntas geradoras para o grupo focal

Grupo Focal com trabalhadores de saúde

Atividades:

3) Momento de reflexão: Utilização de imagem disparadora para iniciar a discussão



4) Conselho Local de Saúde:

Como foi o processo de construção do Conselho?

O que o conselho representa para vocês?

Como o conselho planeja?

De que modo os usuários participam?

Impacto e resultados do conselho: estamos conseguindo resolver?

Parte III - Experiências

Capítulo 6

O campo da saúde coletiva na formação inicial do professor de Educação Física

*Diogo Queiroz Allen Palácio
Bruna Queiroz Allen Palácio
Heraldo Simões Ferreira
Antonio Germane Alves Pinto*

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza, atualmente, a condição de saúde, como um estado de bem-estar físico e mental, sendo essa condição dependente de múltiplos fatores. Portanto, o processo de viver com ou sem a condição de saúde, não se faz menção apenas a uma evidência orgânica, natural e objetiva. Mas sim, a um conjunto de características que se relacionam a cada contexto socio-cultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao processo de viver (BUDÓ et al., 2014).

Incorporando o conceito e a dimensão no que se compreende a condição de saúde, a Saúde Coletiva (SC) não se restringe ao estudo da saúde na coletividade, mas a compreensão da coletividade como um sistema social, para o entendimento do que é saúde, como estado e objeto de estudo (LOYOLA, 2012).

Entende-se a SC como um campo de práticas teóricas que proporcionam intervenções concretas na realidade, possuindo como objetos centrais de estudo os processos de saúde e doença nas coletividades. Portanto, a visão sobre a condição de saúde construída a partir da SC é bastante ampla, considerando não somente as dimensões biológicas, mas também, os componentes sociais, psíquicos e ecológicos relacionando-os com as faces individuais e coletivas que circundam o processo saúde-doença. Dessa forma, tem-se um olhar sobre a saúde, a partir de uma Medicina Social que por sua vez busca a compreensão

dos agravos sobre a saúde em suas várias dimensões, formas e conteúdos presentes na sociedade (CAMPOS, p. 32, 2012).

Encaminhando a discussão para o âmbito escolar, atribui-se relevância ao papel das aulas de Educação Física (EF), onde os aspectos relacionados à saúde devem ser constantemente fonte de debate entre os alunos escolares e universitários, assim como, entre professores de EF (ensino básico) e docentes do ensino superior (SILVA; MARTINS; SILVA, p. 15, 2013).

No entanto, observa-se em tempos atuais, uma EF seguindo o modelo biomédico, incorporando o paradigma cartesiano em sua diretriz. Em parte, professores de EF ainda desprezam o posicionamento crítico e ético sobre a saúde do indivíduo, aplicando atividades físicas, almejando a transformação dos corpos em um ideal atlético aclamado pela mídia ou voltada à exclusiva eficiência em reprodução de gestos motores presentes nas práticas esportivas (FERREIRA; CATUNDA; SAMPAIO, p. 36, 2011).

A partir da dificuldade ou fragilidade, em se contemplar nas aulas o tema saúde, considera-se o campo da SC como referencial teórico. Esta por sua vez, pode embasar os saberes e práticas relacionadas à saúde no âmbito escolar, oferecendo grandes contribuições por envolver nas discussões sobre o tema saúde o contexto socioeconômico da região, assim como os aspectos históricos e culturais, entre outros elementos que impactam sobre a saúde dos sujeitos (BARROS, p. 18, 2012).

No que se refere à prática docente do professor de EF, não se torna suficiente este apenas perceber a necessidade de desenvolver o tema saúde em sala de aula, e acabar por municiar os alunos com informações aleatórias sobre o tema, sem ação-reflexiva, contextualizada, ou ao menos induzi-los a pesquisar sobre o assunto como uma forma deles se apropriarem de novos esclarecimentos sobre o mesmo saber.

Refletindo acerca do exposto, emergiu a necessidade de realizar um estudo que proporcionasse uma análise sobre a inserção do campo da SC em um curso de graduação na modalidade Licenciatura em EF de uma universidade pública do município de Fortaleza-CE, de

modo a proporcionar um entendimento sobre o atual cenário que se encontra a proposta pedagógica do curso.

A aproximação do pesquisador com o presente estudo se deu por diversas vivências. No período de formação escolar, durante as aulas de EF, observava-se pelo pesquisador uma abordagem distante ao que foi exposto como “modelo ideal”. A educação desenvolvida pelos professores de EF continha um sentido exclusivamente biológico e higienista, inibindo o domínio e o encorajamento de atitudes favoráveis à própria saúde do aluno. Além de práticas estritamente recreacionistas, sem delimitação de conteúdo, não se percebia uma abordagem que favorecesse a assimilação de algum tipo de pensamento crítico sobre as escolhas dos hábitos a serem aderidos pelos alunos no presente e durante sua fase adulta.

Adiante, durante o período de formação como professor de EF na graduação, e posteriormente ao cursar uma especialização em Fisiologia do Exercício Físico, diagnosticava-se uma escassez de conteúdos que favorecessem o entendimento do discente sobre as concepções existentes sobre a condição de saúde.

Tal abordagem impossibilitava que em uma intervenção futura, no âmbito escolar os professores aplicassem ou desenvolvesse em seus alunos a produção de conhecimentos que fossem incorporados de forma integrada e duradoura em direção à autonomia dos alunos, no que se refere ao seu cuidado individual e coletivo sobre a comunidade que o cerca, com raciocínio crítico sobre o tema saúde compreendendo sua abrangência.

Atualmente exercendo atividade como professor de EF na Educação Básica do estado do Ceará, observa-se a dificuldade que os colegas de profissão ainda possuem em como abordar o tema saúde em suas aulas. Demonstrando não conhecer a abrangência sobre saúde defendida pela SC e preconizada mundialmente.

Retratando-se, especificamente, ao curso de EF como foco desse estudo, considera-se, por intermédio da vivência empírica do autor, sendo esse egresso do curso, a carência que este ainda possui no que

se refere à presença de disciplinas e professores que incorporem os saberes da SC durante a formação dos acadêmicos, influenciando no futuro exercício profissional destes alunos.

Desta feita, formulou-se a seguinte questão da atividade investigativa: Como se dá a inserção do campo da SC no curso de EF de uma universidade pública de Fortaleza?

Para um desempenho satisfatório sobre as práticas de educação para a saúde no âmbito escolar, o professor de EF necessita de uma formação ampliada, que contemple nas discussões sobre o tema saúde a perspectiva da SC. Percebe-se que, ainda se encontram cursos de graduação em EF, focados no aperfeiçoamento da aptidão física priorizando a aprendizagem de gestos motores, negligenciando o estímulo a reflexão. A relação restrita com o campo biomédico, sendo valorizado o quadro epistemológico de disciplinas como fisiologia e anatomia, os estabelecimentos de relações com as práticas ligadas ao treinamento e adestramento dos corpos, apontam para a visão reducionista da EF na atualidade, onde é implementado a saúde individual e a defesa do esporte (FERREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, p. 27, 2013).

Pasquim (2010, p.42) declara em sua obra que os referenciais teóricos relacionados à SC são pouco explorados nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em EF. Relata ainda a necessidade de mudança no perfil dos docentes do ensino superior para que ocorram alterações no ensino na área da saúde. Muitos fatores são apontados para explicar a fragilidade da formação em saúde, dentre eles destacamos a gestão burocrática das instituições de ensino assim como a relevância atribuída, atualmente, sobre as especializações na formação profissional.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo realizar uma análise sobre a inserção do campo da SC em um curso de graduação em EF na modalidade Licenciatura de uma universidade pública do município de Fortaleza-CE, de modo a proporcionar o entendimento sobre a atual condição que se encontra a proposta pedagógica do curso.

2. Metodologia

Diante do objetivo da investigação, a pesquisa caracteriza-se como de abordagem qualitativa, sendo um estudo de caso, no qual se realizou uma pesquisa documental.

Para Silva (2009, p. 28), a pesquisa documental é considerada como uma das técnicas mais utilizadas nas ciências sociais e humanas. Adicionalmente, este ainda relata a importância da pesquisa documental para estudos com abordagem qualitativa, priorizando não somente a quantificação dos dados encontrados, mais a riqueza das informações que podem se obter a partir de uma interpretação minuciosa e crítica dos documentos analisados.

Para o estudo de caso, amparou-se como referencial nas discussões trazidas por Yin (2001, p. 32), o estudo de caso único, que vai definir o estudo de caso como sendo “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Ressalta-se ainda que, utilizou-se o estudo de caso único (YIN, p. 22, 2001), pois o estudo focalizou-se apenas em uma única instituição, visto que o cenário do estudo compreendeu em ser o curso de licenciatura em Educação Física da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Este foi o primeiro curso de EF no estado do Ceará de uma instituição pública de ensino, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), ou seja, reconhecido pela instituição como um curso relacionado à grande área da saúde, justificando a motivação e merecimento de ser estudado (FERREIRA; QUEIROZ, p. 41, 2010).

Na coleta de dados, o pesquisador solicitou mediante a coordenação acadêmica o Projeto Pedagógico do Curso (PPC). O PPC do curso foi analisado no que se refere à presença de disciplinas, ementas, objetivos e referências bibliográficas relacionadas ao campo da SC.

Para a realização do estudo, o pesquisador solicitou a autorização institucional com os temas de anuência e fiel depositário junto ao coordenador do referido curso. Ressalta-se que o estudo dependeu da

prévia apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, e só se iniciou após sua aprovação, parecer N° 2.209.309.

3. Resultados e Discussão

Para analisar a presença de disciplinas relacionadas ao campo da SC, apresenta-se abaixo uma organização didático-pedagógica do total de disciplinas do curso por dimensões de conhecimento: Relação ser humano e sociedade; Biologia do corpo humano; Produção de conhecimento científico e tecnológico; Culturais do movimento humano; Técnico instrumental e Didático-pedagógico, sendo essas obrigatórias e optativas respectivamente:

Quadro I - Disciplinas obrigatórias do curso.

Dimensões de conhecimento	Desdobramento em disciplinas
a) Relação ser humano e sociedade	1- Psicologia evolutiva. 2- Fundamentos filosóficos e sociológicos da educação física. 3- Antropologia das práticas corporais. 4- Psicologia da Educação.
b) Biologia do corpo humano	1- Introdução à biologia humana. 2- Anatomia humana. 3- Fisiologia humana. 4- Cinesilogia. 5- Biomecânica do movimento humano. 6- Fisiologia do exercício I. 7- Prevenção de acidentes e primeiros socorros. 8- Treinamento esportivo I. 9- Nutrição e desenvolvimento humano.
c) Produção de conhecimento científico e tecnológico	1- Métodos e técnicas de pesquisa. 2- Monografia I. 3- Monografia II.
d) Culturais do movimento humano	1- Folclore e cultura popular. 2- Motricidade Humana. 3- Rítmica e movimento.

Dimensões de conhecimento	Desdobramento em disciplinas
e) Técnico instrumental	1- Recreação, jogos e lazer. 2- Ensino do Atletismo. 3- Ensino da Dança. 4- Esportes Coletivos I. 5- Ginásticas esportivas. 6- Ensino da natação. 7- Organização e legislação esportiva. 8- Modalidades esportivas alternativas I. 9- Esportes coletivos II. 10- Esportes aquáticos. 11- Modalidades esportivas alternativas II. 12- Ensino das lutas. 13- Educação Física adaptada. 14- Modalidades esportivas alternativas III. 15- Libras.
f) Didático-pedagógico	1- História, métodos e sistemas de educação física. 2- Metodologia do ensino da educação física. 3- Didática em Educação Física. 4- Estrutura e funcionamento do ensino fundamental e médio. 5- Estágio supervisionado I (Educação infantil). 6- Estágio supervisionado II (Ensino fundamental). 7- Educação Física escolar. 8- Avaliação em Educação Física escolar. 9- Estágio supervisionado III (Ensino fundamental). 10- Estágio supervisionado IV (Ensino médio). 11- Políticas públicas e gestão da educação e do esporte escolar.

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro II - Disciplinas optativas do curso.

Dimensões de conhecimento	Desdobramento em disciplinas
a) Relação ser humano e sociedade	1. Psicologia do esporte de alto rendimento.
b) Biologia do corpo humano	1- Bioquímica da atividade motora. 2- Bioquímica geral. 3- Cineantropometria. 4- Farmacologia. 5- Fisiologia do exercício II. 6- Histologia/Hematologia. 7- Nutrição e exercício físico.

Dimensões de conhecimento	Desdobramento em disciplinas
c) Produção de conhecimento científico e tecnológico	1- Bioestatística. 2- Informática instrumental. 3- Inglês instrumental. 4- Produção textual.
d) Culturais do movimento humano	-----
e) Técnico instrumental	1- Basquetebol. 2- Exercícios físicos para grupos especiais. 3- Futebol. 4- Futsal. 5- Ginástica de academia. 6- Handball. 7- Marketing esportivo. 8- Musculação. 9- Treinamento esportivo II. 10- Voleibol. 11- Yoga.
f) Didático-pedagógico	1- Educação ambiental. 2- Planejamento e políticas de saúde. 3- Seminário.

Fonte: Elaboração dos autores.

Ao se observar todas as disciplinas propostas e exigidas pelo curso nos quadros 1 e 2 acima, não se identifica nenhuma disciplina intitulada “Saúde Coletiva”. No entanto, ao se considerar a abrangência do campo da SC integrando áreas do saber, estas podem se encontrar de forma transversal nas demais disciplinas da estrutura curricular do curso. O que não descarta em primeira instância a inserção da SC na estrutura curricular em análise.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde apontam para a necessidade de formação de profissionais humanistas, críticos e reflexivos sobre a condição de saúde. Nessa perspectiva, os currículos devem ser integrados, construídos coletivamente, objetivando a seleção de conteúdos que atendam às necessidades sociais (BRASIL, p. 58, 2000a).

Salienta-se, ainda, que os PCNs defendem os fenômenos sociais como fator decisivo na compreensão sobre saúde (BRASIL, p. 47, 2000b). Na organização didática-pedagógica do currículo apre-

sentada nos quadros I e II, é perceptível a prevalência das disciplinas relacionadas às dimensões de conteúdo “Biologia do corpo humano” e “técnico-instrumental”, formando a base da formação dos professores de EF e, certamente, influenciando no perfil e futura prática profissional destes, divergindo do preconizado pelos PCNs e DCN.

Para Nascimento (2016, p. 33), as construções formativas tradicionais na área da saúde são conteudistas, fragmentadas, biologicistas, valorizam a instrução técnica e mecanicista, o que historicamente vem favorecendo a construção de conhecimento compartimentalizado, condicionando os profissionais a analisarem o ser humano de forma segmentada. Esse pensamento corrobora com a disposição das disciplinas do curso, a qual se perpetua o estudo ou valorização do corpo em seu componente biológico e dissociado dos componentes externos (determinantes sociais). O autor considera ainda que o pensamento crítico sobre a formação na área da saúde vem se desenvolvendo nas últimas décadas. Fundamentada na SC, a graduação em EF direciona sua proposta de formação no sentido de uma prática cuidadora, objetivando a atenção integral sobre os sujeitos e coletividades, rompendo a barreira do componente meramente biológico. Dessa forma, relaciona-se a um pensamento que amplia o conceito de saúde, incluindo aspectos sociais, históricos, afetivos, subjetivos e culturais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Apesar dos avanços nas discussões sobre formação na saúde, Santiago (2016, p. 18) em sua pesquisa recentemente desenvolvida, mostra uma realidade semelhante. A partir da análise documental do PPC do curso de EF da Universidade Federal do Piauí e das DCNs da área da saúde, apoiando-se em uma abordagem qualitativa e utilizando as técnicas de leitura analítica e interpretativa apresentou os seguintes achados: Não se identificou nenhuma disciplina na estrutura curricular do curso relacionada à discussão da SC, o que é descrito como condição mínima no modelo de formação apresentado pelo próprio curso, ao almejar um enfoque ampliado sobre saúde, estando em consonância com as DCNs por defenderem a ideia de uma forma-

ção que contemple as necessidades sociais da população. Os achados recém-relatados corroboram com o do presente estudo, os quais, no curso de EF da UECE, a disciplina de SC é desprivilegiada na formação inicial dos professores de EF.

3.1 Objetivos e ementas

Para o presente estudo, elenca-se aqui como áreas de conhecimento do campo da SC: a) Epidemiologia e as Ciências Humanas e Sociais em Saúde; b) Administração, Política, Planejamento e Gestão, considerando Paim (2006, p. 25).

Desta forma, foram selecionadas as disciplinas do curso de EF da UECE que se aproximavam das áreas citadas no parágrafo anterior, são elas: Psicologia evolutiva; Fundamentos filosóficos e sociológicos da Educação Física; Antropologia das práticas corporais; Psicologia da Educação; Políticas públicas e gestão da educação e do esporte escolar e Planejamento e políticas de saúde.

Quadro III - Disciplinas da matriz curricular do PPC do curso de EF da UECE relacionadas aos saberes do campo da Saúde Coletiva

Disciplinas	Relação com as áreas de conhecimento do campo da SC	Conteúdos	Carga horária	Semestre
Psicologia evolutiva	Epidemiologia e as Ciências Humanas e Sociais em Saúde	Relação ser humano sociedade	68 h/aula	1º
Fundamentos filosóficos e sociológicos da Educação Física	Epidemiologia e as Ciências Humanas e Sociais em Saúde	Relação ser humano sociedade	68 h/aula	1º
Antropologia das práticas corporais	Epidemiologia e as Ciências Humanas e Sociais em Saúde	Relação ser humano sociedade	34 h/aula	2º
Psicologia da Educação	Epidemiologia e as Ciências Humanas e Sociais em Saúde	Relação ser humano sociedade	68 h/aula	5º

Disciplinas	Relação com as áreas de conhecimento do campo da SC	Conteúdos	Carga horária	Semestre
Políticas públicas e gestão da educação e do esporte escolar	Administração, Política, Planejamento e Gestão	Didático-pedagógico	34 h/aula	7º
Planejamento e políticas de saúde	Administração, Política, Planejamento e Gestão	Didático-pedagógico	68 h/aula	Disciplina optativa

Fonte: Elaboração dos autores.

Na disciplina de Psicologia evolutiva destacam-se os seguintes trechos dos objetivos e ementa respectivamente:

“Analisar a psicologia e a sua relação com o desenvolvimento humano”.

“Ênfase nos aspectos do desenvolvimento da linguagem, afetivo-emocional, cognitivo, psicomotor, psicossocial, sociocultural”.

A descrição do objetivo da disciplina apresenta um texto generalista, abrangente, não definindo precisamente o que se pretende atingir ou desenvolver nos discentes do curso. Na ementa, os aspectos sociais e culturais são exaltados como pontos relevantes a serem estudados, mas não se percebe relação destes com a condição de saúde.

Segundo Cortez (2017, p.34), os aspectos psicológicos e biológicos estão estreitamente relacionados ao contexto social dos sujeitos. A SC, por possuir raízes em movimentos de busca por saúde mental e extensões na área das Ciências Sociais, ao ser incorporado como conteúdo transversal na disciplina, poderia estabelecer relações sobre saúde e os aspectos recém-relatados.

A disciplina de Psicologia da Educação faz também relação ao desenvolvimento humano, contudo, o direcionamento é sobre as contribuições da psicologia para a formação docente. Como objetivo descreve-se:

“Compreender o desenvolvimento humano, caracterizando as diversas fases”.

“Identificar as contribuições da psicologia na formação do educador”.

Em seu ementário, a disciplina contempla discussões que favorecem a compreensão de como os contextos sociais podem impactar nas condutas do ser humano. Entretanto, não existe associação do contexto social sobre a saúde dos sujeitos, nem estímulos a práticas de educação para saúde a partir da compreensão de saúde como algo passível de influência de determinantes sociais. Destacamos o seguinte trecho da ementa:

“Estudo da psicologia científica e sistemas psicológicos, como bases para a compreensão e reflexão do comportamento humano para a aplicação em contextos educacionais”.

A saúde deve ser compreendida como algo indissociável das relações da sociedade, sendo resultado de fatores como contexto político, econômico e cultural. Tal entendimento, favorecem articulações e intervenções intersetoriais com participação das coletividades (OLIVEIRA, p.19, 2015).

Para Silva (2016, p.17), a percepção dos sujeitos sobre sua própria condição de saúde e qualidade de vida, está estreitamente associada ao desenvolvimento de sua autonomia. Relevando-se a necessidade do estímulo, a reflexão do indivíduo sobre seu entendimento de saúde e a complexidade e abrangência que esta possui.

Na disciplina de Antropologia das práticas corporais, destacam-se os seguintes trechos dos objetivos e ementa respectivamente:

“Observar a construção cultural do corpo”.
“Análise de práticas de atividades motoras específicas da Educação Física presentes em nossa cultura, relacionadas com seu significado antropológico, considerando os aspectos de etnia, religião e mitos, arte, simbologia e linguagem”.

Nessa disciplina, a partir de sua descrição, é evidente que as discussões são direcionadas as origens, evolução e desenvolvimento físico, material e cultural. Assim, apesar da Antropologia ser considerada uma ciência de natureza social, não se percebe nos trechos relação com a condição de saúde.

A antropologia vem oferecendo contribuições relevantes para se inovar a abordagem das questões relativas a saúde. A saúde, a partir da aplicação das ciências sociais, favorece o pensar da atenção integral aos cuidados de saúde sobre os sujeitos, com a conjugação dos conhecimentos de natureza biológica, sociológica e culturais para a compreensão do processo saúde-doença (MELLO; OLIVEIRA, p. 34, 2013).

Assim, torna-se natural recorrer aos estudos das dimensões socioculturais, enquanto área de conhecimento para se debater questões relativas à saúde em regiões com ampla variedade cultural, crenças e valores religiosos disseminados na população (PEREIRA, p. 25, 2015).

No texto de descrição da disciplina de Fundamentos Filosóficos e Sociológicos da Educação física, percebem-se alguns fatores que podem representar relação com a condição de saúde. Destacam-se os seguintes trechos do objetivo e ementa respetivamente:

“Promover estudos dos conceitos e do conhecimento da filosofia e sociologia na formação do profissional de Educação Física”.

“Dimensões filosóficas e sociológicas da Educação Física diante de questões relacionadas com valores estéticos, processo saúde-doença, educação, performance, qualidade de vida, ética profissional e relações sócio-políticas e culturais entre os indivíduos”.

Minayo (2013, p. 22) defende o pensamento de qualidade de vida como uma noção eminentemente humana, subjetiva e polissêmica que se refere ao bem estar da população nos vínculos familiares, sociais e ambientais. A compreensão do professor de EF da qualidade de vida como um padrão que uma sociedade se mobiliza para alcançar através de políticas públicas e sociais orientadas para o desenvolvimento humano, assim como, mudanças positivas no estilo de vida e condições sociais, favoreceria os debates sobre saúde no âmbito escolar e transformações no contexto educacional ao qual o docente esteja inserido.

Os valores estéticos mencionados na ementa da disciplina possuem implicações sobre a saúde da população. A busca por adequação aos padrões sociais, construídos e potencializados pelos meios de comunicação, tem se preterido a própria condição de saúde. Os limites

do corpo são desconsiderados em detrimento do esforço imitativo de modelos ou padrões de beleza socialmente instituídos. A SC nesse contexto age sobre a perspectiva do imaginário social existente sobre o corpo e a construção das distinções sociais nele baseadas como componente de influência sobre a saúde (LEAL, p. 14, 2010).

No que se refere à influência das dimensões filosóficas sobre o processo saúde-doença, traz-se o referencial de Pinheiro (2004, p. 16), que compreende a doença como um tipo de necessidade de ajuda subjetiva, podendo ser de natureza clínica ou social em indivíduos que apresentam desequilíbrio físico, psíquico ou psicofísico. Assim, entende-se a doença como um estado interno que reduz uma determinada capacidade funcional.

A disciplina de Políticas Públicas e gestão da educação e do esporte escolar possui um enfoque na descrição da legislação que regem a educação básica e o esporte na escola. Apesar dos termos “Políticas públicas” e “gestão” no título da disciplina a mesma não formula relação destes com a condição de saúde. Relevam-se os seguintes trechos do objetivo e ementa respectivamente:

“Análise e aplicação de conceitos, funções e fundamentos da educação e do desporto escolar nacional e suas implicações no desenvolvimento da sociedade brasileira”.
“Estudo da lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e Legislação complementar. Currículo, organização e gestão escolar. Organização e Gestão do Esporte Escolar Brasileiro”.

A administração e gestão sanitária no âmbito escolar possui relevância não somente por seu papel na promoção de saúde, prevenção e resolução de problemas diagnosticados, mas também, por sua contribuição na formulação de condições ambientais e de relação na escola, favorecedoras de bem-estar dos inseridos nesse contexto (ROCHA, p. 22, 2013).

Na disciplina de Planejamento e Políticas de Saúde, encontra-se a presença de uma das áreas da SC. Nos objetivos e ementas destacamos os seguintes trechos respectivamente:

“Discutir os principais conceitos sobre planejamento e políticas públicas em saúde”.

“A disciplina oferece subsídios para o estudante para pensar e agir de modo reflexível e crítico sobre as políticas de saúde e o planejamento em saúde no Brasil”.

Planejamento pode significar preparar para uma ação, a qual, por meio de análise do ambiente de uma organização, das necessidades e possibilidades, delimita-se ações que resultem em mudanças. Na saúde, o planejamento torna-se necessário para se alcançar medidas de intervenção com impacto social no sentido de desenvolvimento da qualidade de vida populacional (MINAYO, p. 34, 2013). Na escola, quando se fala em promoção de saúde, salienta-se o papel do professor de EF, planejando ações em direção ao melhor estado de saúde dos estudantes, agindo como agente sanitário no âmbito escolar. A capacidade de planejar e articular ações devem ser estimuladas na formação inicial dos professores na expectativa que tal prática se estenda ao seu futuro exercício docente.

Campos (2015, p. 33) uma referência notória no campo da SC, atenta para a necessidade de articulações na área de políticas públicas para garantir o direito à saúde à população. Considera-se ainda, problemas no Sistema Único de Saúde (SUS) de inadequada política pessoal para a saúde, desde a formação até a existência da carreira pública. Apesar dos avanços na formação em SC, incluindo cursos de graduação, especialização, residência e pós-graduação acadêmica, ainda se considera o que melhorar quando se pensa saúde dentro das instituições de ensino.

Ao se referir a promoção de saúde sobre o entendimento de estratégias de produção social de saúde, esta deve articular e permear as políticas públicas que impactam sobre o futuro da qualidade de vida urbana. Para tanto, deve-se considerar arranjos intersetoriais na gestão pública, empoderamento da população, no que se refere à capacitação, o acesso à informação e o estímulo a cidadania ativa para que se possam alcançar políticas públicas saudáveis (MORRETTI, p. 26, 2009). Essa capacitação para o estímulo a cidadania ativa, deve ser

estimulada pelo professor de EF no âmbito escolar, como práticas de educação para a saúde, no sentido de favorecer a construção de uma sociedade consciente de seus direitos e responsabilidades no que tange a saúde populacional.

A proposta da disciplina é compatível com o que o professor de EF deve desenvolver dentro da escola, um ensino para a saúde crítico e reflexivo, com estímulo a compreensão sobre o contexto de saúde que circunda a população local, estimulando uma sociedade mais ativa e articuladora na promoção de saúde, agindo sobre a perspectiva do campo da SC. É válido salientar que, apesar da disciplina possuir sólidas associações com o campo da SC, esta possui caráter optativo dentro da estrutura curricular, não ocupando local de relevância na formação inicial dos discentes.

3.2 Referências Bibliográficas

Nesse tópico nos deteremos a analisar as indicações das referências bibliográficas das disciplinas que podem possuir relação com o campo da SC já selecionadas no tópico anterior. As referências são organizadas e apresentadas no quadro a seguir:

Quadro IV - Referências bibliográficas básicas das disciplinas com associação ao campo da Saúde Coletiva.

Disciplina	Referências Bibliográficas básicas
Psicologia evolutiva	1- GOLEMAN, D. Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. 84. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995. 2- PAPALIA, D.; OLDS, S. W. O mundo da criança, da infância à adolescência. São Paulo: McGraw-Hill, 1998. 3- PIAGET, J. Seis estudos de psicologia. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 4- SUGAR, M. Adolescência atípica e sexualidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 5- VYGOTSKY, L. S. Pensamento e linguagem. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. Série Psicologia e Pedagogia. 6- WALLON, H. A evolução psicológica da criança. Lisboa: Edições 70, 1998.
Psicologia da Educação	1- ARIES, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. 2- BEE, H. L. A criança em desenvolvimento. São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1984. 3- CÓRIA, S. M. A. A psicologia do desenvolvimento. São Paulo: Ática, 1993. 4- DANIEL, G. Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995. 5- PIAGET, J. Seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1975. 6- PIKUNAS, J. Desenvolvimento humano: uma ciência emergente. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1986. 7- VYGOTSKY, L. O desenvolvimento Psicológico na infância. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 8- WALLON, H. Psicologia e educação da criança. Lisboa: oficinas gráficas da rádio renascença, 1979.
Antropologia das práticas corporais	1- ACZONA, J. Antropologia. Petrópolis: Vozes, 1993. 2- BOLTANKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 3- GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. 1989. 4- LEAL, O. F. Corpo e significado. Porto Alegre: Universitária, 1995. 5- SILVA, I. A. Corpo e sentido. São Paulo: Unesp, 1996.

Fundamentos filosóficos e sociológicos da Educação Física	1- FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. S. (orgs.). Sociologia e sociedade . Rio de Janeiro: LTC, 2002. 2- FOULCAULT, M. Microfísica do poder . Rio de Janeiro: Graal, 1992. 3- GILES, T. R. Filosofia da educação . São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1983. 4- PERRENOUD, P. A pedagogia da escola das diferenças: fragmentos de uma sociologia do fracasso . Porto Alegre: Artmed, 2001. 5- RODRIGUES, A. Sociologia da educação . Rio de Janeiro: Graal, 2003.
Políticas públicas e gestão da educação e do esporte escolar	1- COBRA, M.; BRAGA, R. Marketing educacional: ferramentas de gestão para instituições de ensino . São Paulo: Cobra, 2004. 2- COLOMBO, S. S. Gestão educacional: uma nova visão . Porto Alegre: Artmed, 2004. 3- PARIS, R. F. A gestão desportiva . 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 4- SOUZA, P. N.; BRITO, E. R. Como entender e aplicar a nova LDB . São Paulo: Pioneira Thompson, 2002. 5- VALERIAN, J.; DIAS, J. A. Gestão da escola fundamental . 6. ed. São Paulo: Cortez: UNESCO: Ministério da Educação e Cultura, 2000.
Planejamento e Políticas de Saúde	1- SILVEIRA, M. M. Política nacional de saúde pública: a trindade desvelada . Rio de Janeiro: Revan, 2005. 2- KLEBA, M. E. Descentralização do sistema de saúde no Brasil . Chapecó: Argos, 2005. 3- WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS . São Paulo: EDUSP: s.d.

Fonte: Elaboração dos autores.

Os achados na análise das referências bibliográficas apresentados no Quadro IV anunciam que somente a disciplina de Planejamento e Políticas de Saúde possui referências relacionadas ao campo da SC. Estas podem favorecer ou despertar no professor de EF em formação, um olhar ampliado sobre os fatores que circundam a condição de saúde. Se associadas à escola, tais referências fundamentariam, em parte, as discussões e práticas de educação para saúde do professor de EF para com seus discentes.

Santiago (2014, p. 38) alerta para a necessidade de inclusão na formação do professor de EF, de referências bibliográficas da área de Ciências Sociais. O educador deve se manter atualizado sobre o conceito ampliado de saúde, uma vez que, munido dessa instrumentação teórica, seja capaz de discutir e abranger a relação de compromisso da EF para além da esfera da aptidão física. Considera-se a necessidade de associar a atividade física com aspectos biopsicossociais, e fundamentados na área de Ciências Sociais, propor outros modos de intervenção no âmbito escolar.

Dentre as disciplinas analisadas da matriz curricular do curso de EF da UECE, não se identificou nenhuma referência bibliográfica que apresentasse conteúdos que estabelecessem relação entre as Ciências Sociais e a condição de saúde. Dessa forma, entende-se uma formação que limita as discussões sobre saúde somente a aspectos orgânicos.

Segundo Silva (2016, p. 35), os debates sobre promoção de saúde, almejam romper com o discurso hegemônico ao buscar reconhecer o papel da escola na construção de saberes e conhecimentos. Portanto, a promoção da saúde constrói discursos e referenciais teóricos sobre o processo de inter-relação entre saúde e educação. Nesse sentido, as referências bibliográficas que favoreçam as práticas de promoção de saúde na escola devem ser inseridas na formação inicial do professor de EF, ao considerar as futuras atribuições deste enquanto agente promotor de saúde na escola.

As leituras específicas ao campo da SC proporcionam apropriação teórica para o professor de EF sobre os diversos fatores que afetam o processo saúde-doença em dimensões individuais e coletivas (LOYOLA, p. 40, 2012). No curso em análise, essas referências bibliográficas não foram encontradas entre as disciplinas obrigatórias, o que resulta em prejuízos e aponta para uma fragilidade na formação inicial dos discentes do curso sobre o entendimento da temática saúde.

4. Considerações Finais

Diante do exposto, conclui-se que a formação em EF oferecida pela instituição de ensino em análise, não prepara adequadamente os professores para promover saúde no âmbito escolar. Para agir como agente sanitaria de saúde na escola, com práticas de educação em saúde, o professor de EF precisa de um olhar ampliado, compreendendo saúde como uma condição resultante de muitos fatores, sendo esses internos e externos ao corpo humano. Os preceitos da SC não são considerados no PPC, limitando os debates sobre saúde a componentes restritamente biológicos.

Sugere-se uma reflexão movida pelas Ciências Humanas e Sociais para uma reorientação do que a EF reconhece como saúde. Precisa-se pensar o homem como um todo não o fragmentando ou neutralizando de dimensões subjetivas fundamentais sobre o estilo de vida, o corpo e suas relações com o movimento.

Propõe-se uma formação ampliada para os professores de EF, com inclusão na matriz curricular de uma ou mais disciplinas, que contemple os saberes e práticas da SC. Adicionalmente, os pilares de compreensão da SC devem se perpassar pelas demais disciplinas do curso, garantindo ao longo da formação dos professores, discussões que ultrapassem as barreiras dos modelos lineares de ensino e restritamente biológicos.

Referências

- BARROS, J. V. S. Saúde Coletiva na Educação Física Escolar: Ampliando as possibilidades de tratar a saúde dentro da escola. In: SEMANA DE EDUCAÇÃO FÍSICA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, 9., 2012, Sergipe, **Anais...** Sergipe: [s.n.], 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais: temas transversais: meio ambiente e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A., 2000.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC, 2000b.
- BUDÓ, M. D. L. D. et al. Concepções de saúde de usuários e profissionais de uma estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 439–449, 2014.

CAMPOS, G. W. D. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: [s.n], 2012.

CAMPOS, G. W. S. Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 338-339, 2015.

CORTEZ, P. A. et al. A saúde docente no trabalho: apontamentos a partir da literatura recente. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 113-122, 2017.

FERREIRA, H. S.; CATUNDA, F. N.; SAMPAIO, J. J. C. Educação Física Escolar e Saúde: Recortes Conceituais. **Fiep Bulletin**, [S.l.], v. 81, 2011.

FERREIRA, H. S.; OLIVEIRA, B. N. DE; SAMPAIO, J. J. C. Análise da Percepção dos Professores de Educação Física acerca da interface entre a Saúde e a Educação Física Escolar: Conceitos e Metodologias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 673-685, 2013.

FERREIRA, H. S.; QUEIROZ, A. P. C. **O Curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará**. Fortaleza: Universidade estadual do Ceará, 2010.

LEAL, M. C. L. V, et al. O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 77-86, 2010.

LOYOLA, M. A. O Lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 9-14, 2012.

MELLO, M. L; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013.

MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 7, 2013.

MORRETTI, A. C. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

NASCIMENTO, P. M. M; OLIVEIRA, M. R. R. Perspectivas e possibilidades para a renovação da formação profissional em educação física no campo da saúde. **Pensar a prática**, Goiânia, v. 19, n. 1, 2016.

OLIVEIRA, A. E. F. **Geografia da saúde e o espaço urbano de São Luís/MA**. **Saúde e Sociedade**, São Luís, v. 5, n. 2, p. 19-21, 2015.

PAIM, J. S. **Desafios da Saúde Coletiva no Século XXI**, Salvador: EDUFBA, 2006.

PASQUIM, H. M. A Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 193-200, 2010.

PEREIRA, P. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: Um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. **Revista de Antropologia Experimental**, [S.l.], v. 3, n. 15, p. 23-46, 2015.

PINHEIRO, J. N. P.; CHAVES, M. C.; JORGE, M. S. B. A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 93-100, 2004.

ROCHA, A. et all. Evolução da saúde escolar em portugal: revisão da legislação no âmbito da saúde. **Milenium**, [S.l.], n.45, p. 193-210, 2013.

SANTIAGO, M. L. E. et al. A abordagem da saúde no curso de educação física da Universidade Federal do Piauí. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 3, n. 2, 2014.

SANTIAGO, M. L. E.; PEDROSA, J. I. S.; FERRAZ, A. S. M. A formação em saúde à luz do projeto pedagógico e das diretrizes curriculares da educação física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 443-458, 2016.

SILVA, L. R. C. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9. 2009, Curitiba, **Anais...** Curitiba: EDUCERE, 2009.

SILVA, M. N. A, O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. **Revista de Biodireito e Direitos dos Animais**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 70-85, 2016.

SILVA, S. E.; MARTINS, E. DA C.; SILVA, F. M. A saúde na educação física : uma revisão sobre a prática escolar. **Periódico Científico Projeção e Docência**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 29-35, 2013.

YIN, R. **Estudo de caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001. 2ª edição.

Capítulo 7

Formação de fisioterapeutas para o Sistema Único de Saúde: integração teoria e prática no nordeste brasileiro

Maria Udete Facundo Barbosa

Jessica Lima de Oliveira

Ana Patrícia Pereira Morais

Cleide Carneiro

Maria do Socorro de Sousa

Antonio Germane Alves Pinto

1 Introdução

A origem e evolução da fisioterapia, bem como de outros atores da saúde, derivam-se historicamente de uma subdivisão da medicina em suas especialidades e necessidades. O seu surgimento caracterizou-se pela atuação na recuperação e reabilitação física de sobreviventes das grandes guerras mundiais e das epidemias de poliomielite (SOUZA et al., 2014).

No Brasil, a partir da primeira metade do século XX, houve a implantação do primeiro curso para técnicos em fisioterapia em São Paulo atuando, inicialmente, como auxiliar médico, somente sendo regulamentada enquanto profissão em 1969 durante a Ditadura Militar (GERMANO; SANDRINI; SANTOS, 2018). A criação da primeira Escola de Reabilitação se deu no Rio de Janeiro, por meio da Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR). Após isso, deu-se início à formação superior em fisioterapia, a qual se estendeu por todo o país sem que houvesse contestações sobre sua real necessidade (CAVALCANTE et al., 2011).

A formação profissional em saúde tem se tornado palco de discussões desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, quando em meio às questões trabalhadas pela Reforma Sanitária, foi levantada questão relativa à “...inadequada formação de recursos humanos tanto no nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social...” para a atenção à saúde (STEDILE et al., 2015). Dessa

forma, a CNS já apontava para a urgente necessidade de se repensar o modelo de ensino na saúde, a fim de reformular as práticas destes profissionais frente às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Em consequência aos avanços conquistados pelo movimento da Reforma Sanitária, ficou estabelecido na Constituição Federal que seria atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. E, na Lei Orgânica da Saúde, no título relativo aos recursos humanos, a determinação que a política para trabalhadores da saúde tem que ter por objetivo a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento pessoal (BRASIL, 2006).

Para o paradigma biomédico, necessárias rupturas precisam ser feitas, traduzido pelo modelo médico-centrado que ainda sustentam as práticas em saúde e parte dos currículos da área de saúde no Brasil, bem como da concepção de saúde como ausência de doença, o que leva a compreensão do processo saúde-doença, orientada pela produção do cuidado em saúde. Assim, buscando para a rede de serviço de saúde, articular ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, demarcando a pluralidade de saberes pelo trabalho em equipe interdisciplinar e integrado. (FERTONANI et al., 2015).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN e as Diretrizes do SUS conferem referências para a formulação dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), em que a implementação do SUS serviu como modelo para a organização, reorientação dos currículos e práticas de ensino para a produção de conhecimento e para as relações estabelecidas entre a escola e o sistema de saúde local necessário ao processo de formação (MOREIRA; DIAS, 2015).

No que tange a reorganização dos currículos dos cursos superiores da área da saúde, é necessário considerar além das diretrizes curriculares da profissão, as necessidades e realidades do SUS em relação às diversidades epidemiológica, demográfica, cultural, social e econômica, com a finalidade de promover a todas as camadas da so-

cidade ações integrais de saúde em todos os níveis de complexidade, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades (MOREIRA; DIAS, 2015).

Entretanto, ao se fazer uma análise do perfil dos profissionais formados, constata-se que ainda apresenta déficit na interdisciplinaridade. Entende-se, portanto, que o ensino da saúde no Brasil ainda não se encontra voltado para a integralidade, oferecendo um cuidado fragmentado, com currículos dicotomizados em ciclo básico e ciclo profissionalizante. E, ainda, o cenário hospitalar apresenta-se como prioritário das práticas, o que permanece a dissociar o ensino das realidades dos serviços de saúde e das necessidades reais da população (UCHÔA-FIGUEIREDO; RODRIGUES; DIAS, 2016).

Assim, buscou-se investigar a maneira como a graduação em Fisioterapia, de acordo com as DCN, atendem as reais necessidades do sistema de saúde. De modo que o fisioterapeuta, numa equipe multiprofissional, deve engajar-se na luta pela concretização dos princípios preconizados pelo SUS. Nesse sentido, mostra-se necessário uma formação integrada a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, em qualquer área de atuação, desenvolvendo a análise crítica de contextos, além dos processos de educação permanente no desenvolvimento das especificidades.

Nas práticas realizadas na Atenção Básica em Saúde nota-se, muitas vezes, a resistência dos acadêmicos do curso de Fisioterapia em participar de ações desenvolvidas pelo serviço, por julgarem desnecessário para a profissão deles. Não obstante, ainda se encontra acadêmicos do curso, baseando-se no modelo assistencial médico-centrado, em que não há formação crítica e reflexiva.

Portanto, percebe-se a dificuldade que esses estudantes enfrentam na consolidação de uma visão holística sobre o processo saúde-doença. Mostrando assim, um desequilíbrio entre a aprendizagem técnico-científica e a crítico-reflexiva. Com isso, formam-se fisioterapeutas numa perspectiva individualista e centralizada, interferindo no poder de gerenciamento, autonomia, trabalho em equipe, humanização, produção do conhecimento e subjetividade.

Além disso, nota-se que existem poucos estudos nas bases de dados acerca da formação em Fisioterapia para o SUS, encontrando trabalhos mais direcionados a elaboração do Projeto Pedagógico de curso e as políticas e propostas curriculares. Isso mostra que apesar da importância do tema para a formação de todos os profissionais da saúde, ainda não é visto com tamanha relevância.

Formação em saúde e integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS): políticas, limites e desafios

Nota-se a habilidade dos profissionais de saúde na assistência aos agravos, minimizando o sofrimento durante todo o processo em busca da cura. No entanto, o cuidado mostra-se fragilizado ao que se refere à promoção e prevenção da saúde. Podendo-se observar que os trabalhadores da saúde não são preparados efetivamente para a prevenção de agravos à população, mesmo essa sendo uma responsabilidade inerente ao serviço de saúde o qual ele está vinculado (NORMAN; TESSER, 2015).

O modelo de saúde no Brasil que antecedeu ao SUS foi marcado pela centralização e autoritarismo, também pelos interesses do mercado e a não participação popular nos processos de gestão. Esse modelo de saúde ainda é muito presente na mentalidade de usuários e profissionais. Ainda prevalece no Brasil de hoje um modelo de prestação de serviços governado por forças de mercado fundamentado na tecnologia médica e não em relações sociais mais humanas e solidárias (GUIMARÃES, 2017).

Formar generalistas é um desafio porque passa pela necessidade de desenvolver novas formas de conceber o processo saúde-doença, novas concepções educacionais e de compreensão do ser humano e da sociedade, além de novas práticas de saúde estabelecidas de forma mais horizontalizadas e centradas nos processos de trabalho em saúde (CHIESA et al., 2007).

Surgiram nos anos de 1960, as primeiras discussões sobre a integralidade, época em que muitas críticas e questionamentos emergiram a respeito da prática e ensino médico nos Estados Unidos. Este movimento, conhecido como “medicina integral”, criticava principalmente a formação pautada no modelo médico-centrado, caracterizado por fragmentar o corpo humano e seu funcionamento em aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, que transformados em especialidades médicas acabavam por reduzir o ser humano em sua dimensão biológica, desconsiderando os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo e do processo de adoecimento (GUIMARÃES, 2017).

A integralidade é a síntese que se pode dar a conhecer à educação na área da saúde visto que o ensino-aprendizagem correspondente à formação técnico-científica é um dos aspectos necessários à boa formação do profissional de saúde, mas não o único e nem tão pouco o principal. A noção de integralidade chama a formação para aspectos como a produção da subjetividade, de pensamento e de habilidades técnicas e apropriado conhecimento do SUS. A atenção integral à saúde leva os profissionais a reconhecerem as limitações de uma ação uni profissional em vistas às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (MATTOS, 2004).

É atribuída ao Sistema Único de Saúde o encargo de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde, conforme o art. 200, inciso III da Constituição Brasileira (BRASIL, 1998). A fim de atender a essa atribuição o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), desenvolve e apoia diversas ações para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, entende-se a busca da integração a partir de uma experiência de cuidado e prestação de serviços interdisciplinar.

A interação entre as disciplinas assume seu grau mais elevado na interdisciplinaridade. Para ele, esta relação interdisciplinar, não se alicerça numa verticalização entre elas, mas na necessidade de se com-

partilhar a construção do trabalho numa relação interprofissional. Dessa forma, a interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade com que os especialistas estabelecem uma relação de troca e pelo grau de integração que as diferentes disciplinas abraçam um mesmo projeto refletindo também nas ações (OLIVEIRA et al., 2011).

As diferentes profissões comportam saberes e técnicas específicas, que são compartilhadas à medida que se estabelece uma relação de troca. Assim, entende-se que o estudo das DCNT é um objeto comum aos cursos da saúde. Além disso, a formação e o perfil dos profissionais da área são influenciados pela forma de organização dos serviços de saúde, bem como pelos valores sociais vigentes e ao modelo econômico e político, tendo a formação profissional estreita relação com o mundo laboral. Portanto, as necessidades do mercado de trabalho influenciam na vida profissional e estas podem variar de acordo com o atendimento às exigências na atualidade (AMORIN; GRATTÁS, 2007).

É percebida a formação em fisioterapia fragmentada e, portanto, descontextualizada em relação aos princípios do SUS, bem como dos novos modelos de atenção, pois ainda predomina o modelo tecnicista na maior parte das instituições, com trabalhos voltados para a cura de doenças e reabilitação de sequelas (SILVA; DA ROS, 2007).

Contudo, médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas ou outros profissionais da área, devem desenvolver ações seguindo o modelo de atenção integral à saúde proposto pelo SUS, participando desta forma, de sua construção. No entanto, percebe-se que, desde a formação acadêmica, essa prática não vem sendo contemplada, proporcionando aos profissionais o trabalho voltado para atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a prática do modelo apresentado pelo sistema (modelo biomédico) (MOREIRA; DIAS, 2015).

Após uma ampla discussão por meio de fóruns de ensino em fisioterapia e encontros de docentes e coordenadores de curso de fisioterapia, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN/

FISIO) que surgiram em um contexto de renovação do ensino superior no Brasil. Além do mais esta ampla discussão foi influenciada pela nova política de saúde adotada a partir de 1990. Tendo como base o rigor científico e intelectual, o profissional fisioterapeuta, conforme o artigo 3º das DCN/FISIO, o qual descreve que o fisioterapeuta deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde (BISPO JUNIOR, 2009).

O profissional deve ter a capacidade analítica sobre os problemas da sociedade, levando em consideração que a responsabilidade em ter a devida atenção à saúde não termina com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde. Assim, este deve reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida do ser humano, comprometendo-se com ele, exercendo sua profissão vinculada ao contexto social em que vive o indivíduo, considerando as circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais, biológicas e culturais (BISPO JUNIOR, 2009).

A formação generalista tem por finalidade, profissionais que incorporem em sua formação, tanto os conhecimentos técnicos como os da epidemiologia, da educação em saúde, do trabalho multidisciplinar. Bem como, executar durante este processo de formação projetos que envolvam ações de prevenção e promoção da saúde tanto individual quanto coletivamente. Para tanto, é necessário um conhecimento mais global e menos específico (SANTOS, 2006).

As DCN reafirmam que além de ser necessário, é dever das Instituições de Ensino Superior (IES) formar profissionais de saúde voltados para o SUS, adequando o ensino às necessidades de saúde da população brasileira. Para tanto, iniciou-se uma investigação das DCN dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia onde se encontrou a descrição de competências e habilidades comum aos cursos da saúde (COSTA et al., 2018).

Atenção à saúde: exige que o profissional seja capaz de agir de maneira integrada e continuada com as demais áreas a fim de oferecer

ao indivíduo e à coletividade ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura assegurando a resolução do problema, realizando seu serviço com a maior qualidade possível e dentro das exigências da ética/bioética, levando em consideração que o ato técnico isolado de outras atitudes não encerra a atenção à saúde (COSTA et al., 2018).

Tomada de decisão: ao profissional são exigidas competências e habilidades que lhe permita tomar decisões tendo por base sua capacidade de avaliar, sistematizar e decidir sobre as condutas, baseadas em evidências científicas, que se apresentam como as mais adequadas (COSTA et al., 2018).

Comunicação: o profissional de saúde deve ser acessível e discreto e manter sigilo sobre as informações que lhe são confiadas por parte de outros profissionais de saúde ou por parte do público em geral. A comunicação envolve diversas formas de interação com o outro, como a comunicação verbal e não-verbal, escrita e leitura, incluindo o domínio de uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação (COSTA et al., 2018).

Liderança: o profissional de saúde deve estar apto a assumir dentro de uma equipe multiprofissional o papel de liderança que envolve algumas características como compromisso, empatia, habilidade de tomar decisões entre outras, mas tendo sempre em vista o bem da comunidade (COSTA et al., 2018).

Administração e gerenciamento: é necessário que o profissional de saúde seja capaz de assumir responsabilidades que dizem respeito ao gerenciamento e administração dos recursos físicos, materiais e de informação, bem como da força de trabalho (COSTA et al., 2018).

Educação permanente: os profissionais devem “aprender a aprender” sendo capazes de aprender continuamente tanto na formação quanto na prática e ter, ainda, uma responsabilidade com a aprendizagem das futuras gerações profissionais (COSTA et al., 2018).

Dessa forma, as DCN devem estar em qualquer Projeto Pedagógico de Curso e a IES deve buscar os meios de colocá-las em prática.

Esse pode ser o caminho para que uma real mudança aconteça no perfil dos profissionais da saúde, tendo em vista que as estratégias estão voltadas para o campo da formação, sendo este o momento propício exatamente porque é a hora da “gestação” destes profissionais. Por esta nova perspectiva, os profissionais serão gestados em meio a um conceito de saúde ampliado, bem como sobre os princípios e diretrizes do sistema público de saúde, além de passarem por uma formação inovadora, trazendo ideias como, por exemplo, o trabalho multiprofissional e transdisciplinar, ensino e serviço integrados, atenção aperfeiçoada e a utilização de metodologias ativas (LOPES NETO, 2007).

Ao almejar-se a aprendizagem significativa, o ato de ensinar não se resume a uma exposição de conteúdos por parte do professor, ainda mais se é uma exposição não dialogada e autoritária, pois não existem garantias de que ao falar o conteúdo os alunos o aprendam (ANASTASIOU; ALVES, 2015).

Uma metodologia de ensino baseada unicamente em exposição de conteúdo, além de não garantir o aprendizado também pode ser frágil para o desenvolvimento das competências e habilidades gerais comuns aos cursos da saúde. Assim, o aluno deve ter um papel ativo, a fim de alcançar todos os seus objetivos de aprendizagem. Para isso, percebe-se o trabalho em grupo como uma possibilidade de alcançar a autonomia intelectual, sendo uma metodologia coerente (ROSA, 2004).

A educação é realizada para a responsabilidade, permitindo a seletividade, dando ao indivíduo a capacidade de fazer escolhas. Sendo isto possível, por meio do pressuposto da liberdade e da autonomia, constatando-se que a educação desta maneira cumpre sua missão à medida que se é mais livre, autônomo e, conseqüentemente, adquirindo a responsabilidade (ROSA, 2004).

Para Ceccin, Armani e Rocha (2002), a formação dos profissionais de saúde deveria estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde, conforme o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada pelos autores como um marco para a introdução do SUS na Constituição Federal.

Contudo, torna-se necessário uma reflexão sobre os modelos de formação a que estão condicionados os profissionais da área. Bem como, quanto aos instrumentos que estes dispõem para as suas práticas de ensino-aprendizagem para que desenvolvam as competências necessárias às demandas atuais da população e do próprio sistema. Portanto, visando não apenas uma formação pessoal tecnicamente, mas que seja vivencial e tenha refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na atenção à saúde. Dessa forma, o Ministério da Educação propõe adequações nos currículos das instituições formadoras incluindo prioridade para ações na atenção básica (SILVA; DA ROS, 2007).

Houveram significativos avanços desde a regulamentação do SUS aos dias atuais, contudo, alguns segmentos demonstram clara necessidade de progresso. Em relação à política de recursos humanos (RH) do SUS: “é presente a precarização das relações de trabalho, tornando mais difícil a manutenção de um quadro funcional estável, motivado e comprometido com as questões de trabalho em saúde” (PAIM et al., 2018).

Tendo o SUS se consolidado, este por sua vez, tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, visando, também, a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. No entanto, para a consecução de um SUS democrático, com qualidade e eficiência, é de suma importância o desenvolvimento de Recurso Humano (RH) (GIL, 2008).

Entende-se por qualificação dos RH na saúde a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS (BRASIL, 2004).

Assim, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que traz uma proposta de ação estratégica visando colaborar na transformação e qualificação das práticas de saúde, da organização das ações e dos serviços, bem como dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalha-

dores de saúde, implicando em um trabalho intersetorial que possibilite o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2018).

Desta maneira, a Educação Permanente em Saúde tem a finalidade de buscar a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social, estimulando a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde em qualquer situação tendo uma postura crítica (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O ensino de graduação no Brasil, durante um considerável tempo, foi marcado pela aquisição de conhecimentos técnicos-científicos, a partir de disciplinas desarticuladas e sem integração entre teoria e prática, sendo, portanto, um modelo de ensino incapacitado de proporcionar formação do profissional com o perfil necessário para atuar na perspectiva da atenção integral à saúde, incluindo as ações de prevenção, proteção, promoção, atenção precoce, cura e reabilitação (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Portanto, a formação de profissionais de saúde coerente com o SUS visa passar pela mudança no paradigma biomédico ainda vigente, pela conscientização dos trabalhadores de saúde, pelo maior suporte da administração universitária às atividades no ambiente comunitário, bem como pela superação do preconceito dos estudantes quanto a atuação nos serviços públicos, tornando a extensão universitária uma alternativa rigorosa quanto ao ensino universitário, sendo, portanto, um espaço notável na construção de propostas pedagógicas inovadoras (SARRETA, 2009).

Tendo esta premissa como ponto de partida, bem como considerando que o SUS é um grande empregador dos trabalhadores em saúde, é importante que se destaque a preocupação com a formação dos profissionais da Fisioterapia, buscando uma formação que estimule o pensamento crítico e produtivo, baseando-se nos problemas da população assistida e valorizando o conhecimento produzido com cons-

tância nas unidades de saúde, bem como articulando-o com o que é criado na universidade. Nota-se, portanto, a importância de profissionais formados desta forma, ou seja, que conheçam o sistema de saúde brasileiro e as políticas de saúde, para que adquiram uma postura de compromisso com esse sistema, possibilitando um efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

3 Percurso Metodológico

Este capítulo é um recorte empírico da Dissertação de Mestrado intitulada “Desafios na formação de fisioterapeutas para o Sistema Único de Saúde” do Curso de Mestrado Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) (BARBOSA, 2016). Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2015 em uma Universidade localizada no município de Quixadá no estado do Ceará, que tem uma população de 80.604 habitantes, distribuídos em uma área de 2.020 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Essa cidade é conhecida como um polo universitário do sertão central, contando com três grandes IES. Além disso, o município destaca-se pelo tipo de formação rochosa que é única no mundo. Há um famoso monólito que tem o formato de uma galinha, o qual tornou-se o cartão postal dessa cidade onde nasceu a famosa escritora Rachel de Queiroz. A região ainda possui o Açude do Cedro, referência mais antiga da cidade, onde foi construído um santuário dedicado a Nossa Senhora Rainha do Sertão.

Participaram do estudo docentes de disciplinas básicas, aplicadas e específicas de saúde pública, discentes do 3º e 10º semestres e egressos inseridos no SUS. A amostra contou com 16 participantes que foram divididos em três grupos, em que o grupo I era composto por quatro docentes do curso, escolhidos pela disciplina a qual ministravam e a participação na elaboração do PPC.

Compuseram o segundo grupo oito acadêmicos que estavam devidamente matriculados, cursando o terceiro e décimo semestre, inclusos na pesquisa a partir do terceiro semestre devido ser o período em que iniciavam as disciplinas de saúde pública, e o último semestre pela percepção formada acerca da graduação. Por fim, o grupo três foi composto por quatro egressos da IES que estavam, obrigatoriamente, inseridos em algum setor do sistema de saúde único de saúde. A partir disso, realizou-se uma investigação do Projeto Pedagógico do Curso – PPC de Fisioterapia da instituição estudada, analisando o perfil do egresso, os diferenciais competitivos, as diretrizes curriculares e a estrutura curricular do curso.

O estudo respeitou as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e os princípios de autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 2013). Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Católica de Quixadá com Parecer 1.276.296 em 13 de outubro de 2015. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

O Projeto Pedagógico do Curso é um instrumento que expressa claramente à intenção da instituição de ensino, com indicadores que apontam sua direção e compromisso. Assim, buscou-se conhecer o PPC¹⁰ por meio do perfil do egresso, diferenciais competitivos do curso, diretrizes curriculares e estrutura curricular.

10 Os capítulos do PPC da IES pesquisada são: I Perfil do egresso do Curso, II Diferenciais competitivos do curso, III Diretrizes curriculares, e IV Estrutura curricular do curso, todavia como citado, a presente pesquisa deteve-se nos quatros capítulos, para atender aos objetivos previstos na pesquisa documental.

Perfil do Egresso

O Curso para atingir a construção do perfil profissional desejado, segue as orientações da Resolução CNE/CES nº 4/2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacional do Curso de Fisioterapia (UNICATÓLICA, 2015).

Dos egressos da Faculdade Católica Rainha do Sertão, espera-se, como agentes de mudanças, a prática sustentada por visão crítica e ampliada das condições de vida e de saúde das populações com as quais estejam envolvidas. Para o alcance dessa meta deverá o egresso ser hábil para:

Figura 1 – Síntese Competências do egresso do Curso de Fisioterapia.



Fonte: Adaptado de UNICATÓLICA (2015).

Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com rigor científico e intelectual, visão ampla e global, considerando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade; Conhecer o ser humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades biopsicossociais; Ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais; Elaborar diagnósticos físicos e funcionais, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos, com capacidade para atuar de forma terapêutica e preventiva e compreender seu papel na equipe de saúde; Atuar, integrado às demais profissões da saúde, nas áreas de Fisioterapia em Clínica, Hospitalar, Ambulatório, Consultórios, Centros de Reabilitação e Comunidades; Desenvolver e executar projetos que contribuam para a produção do conhecimento, socializando o saber científico produzido.

Diferenciais Competitivos do Curso

A partir da execução de metodologias e tecnologias de abordagem da pessoa e de grupos, o curso por sua vez, estimula, abrange e valoriza todo o potencial criativo do aluno. A Fisioterapia tem na sua formação as diretrizes curriculares cujo critério é formar o profissional voltado à realidade social, sendo esta ainda uma profissão de nível superior reconhecida e habilitada à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (UNICATÓLICA, 2015).

Desta forma, destaca-se a Saúde Coletiva, ofertada como disciplina (Políticas Públicas, Estrutura e Organização do SUS, Epidemiologia, Saúde Coletiva I, II e III, Fisioterapia na Atenção Básica e Práticas Fisioterapêuticas Supervisionadas Comunitária I e II) nos Cursos da área, possuindo, dentre outras tarefas, o vínculo da saúde com outras áreas de conhecimento, como as Ciências Sociais, ampliando o debate sobre essa problemática (UNICATÓLICA, 2015).

Para tanto, o curso proporciona uma formação generalista, responsável e cristã, utilizando ações pedagógicas éticas e humanas em competências profissionais no campo da saúde. Além do mais, valoriza o potencial científico, filosófico, cultural e ético do discente, desenvolvendo lideranças e habilidades para atuação nos diferentes cenários da saúde e o pensamento crítico-reflexivo (UNICATÓLICA, 2015).

Através da participação real em projetos da própria Instituição do Curso, bem como na atenção a projetos desenvolvidos por empresas, órgãos governamentais e ONG'S parceiras, por sua vez, a extensão universitária passa a ser uma prática constante (UNICATÓLICA, 2015).

Contudo, por acreditar que determinados recursos são primordiais para a formação do Fisioterapeuta, a interdisciplinaridade é realizada por meio de planejamento participativo e coletivo, passando a valorizar habilidades, lideranças, criatividade, competências, pro-atividade e trabalho em equipe.

Entretanto, a prática acadêmica na Saúde Coletiva é o grande diferencial do Curso de Fisioterapia da “Católica de Quixadá”. Nas disciplinas de Saúde Coletiva (I, II e III), os alunos têm contato com

a saúde pública, desenvolvida através de diversas atividades, como a apresentação do Sistema Único de Saúde/SUS, a partir dos níveis de atenção à saúde, com foco na abordagem à família, à educação popular em saúde, à humanização, à educação permanente e ao exercício da cidadania, através da observação prática de atividades desenvolvidas por profissionais de saúde (UNICATÓLICA, 2015).

As discussões dos conteúdos (relatórios e/ou mesa redonda) são realizadas relacionando-os com as vivências da prática observada e da gestão dos serviços de saúde de responsabilidade e execução municipal e regional.

Vinculada aos fóruns de discussão no âmbito do setor saúde (Comissão Intergestora Bipartite, Conselhos Locais e Municipais de Saúde), a gestão tem a participação social nestes, trazendo noções práticas da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de legislação em saúde, normas operacionais, vivência dos princípios do SUS no cotidiano das práticas. Para tanto, busca a atuação multiprofissional e diagnóstico das condições de saúde para planejamento e tomada de decisão na gestão dos serviços (UNICATÓLICA, 2015).

Estrutura Curricular

Os conteúdos fundamentais para o curso têm a relação com os conhecimentos anátomo-fisiopatológicos bem como os conhecimentos sociais e antropológicos em consonância as DCN's para assegurar a formação de um profissional capacitado criticamente, habilitado tecnicamente e ciente de suas obrigações éticas, visando o bem-estar e a saúde dos pacientes (UNICATÓLICA, 2015).

Levando em consideração a formação global da pessoa e do profissional, tanto no aspecto técnico-científico, quanto atitudinal-humanístico, as áreas do conhecimento propostas são desenvolvidas considerando premissas que ressaltam os padrões de desenvolvimento da pessoa e a construção de valores humanos. Desta forma, procura interagir com uma visão articulada dos componentes curriculares e

da interação da pessoa com o meio ambiente, estruturado de acordo com a Matriz Curricular (UNICATÓLICA, 2015).

No curso, a metodologia adotada está consolidada numa concepção de professor como sujeito profissional, cultural e político, bem como requerendo do currículo do curso uma articulação consistente, coerente e orgânica entre conhecimentos científicos, competências cognitivas e motivações. Desta forma, a metodologia adotada pretende ir muito além do que apenas apresentar conteúdo das disciplinas educacionais, mas levar o aluno a aprender a conhecer, a fazer e a ser (UNICATÓLICA, 2015).

Diretrizes Curriculares

Contudo, as áreas do conhecimento propostas levam como referência a formação global da pessoa e do profissional, tanto no aspecto técnico-científico, quanto atitudinal-humanístico. Além de tudo, são desenvolvidas considerando premissas que destacam os padrões de desenvolvimento da pessoa e a construção de valores humanos. Desta maneira, busca agregar uma visão articulada dos componentes curriculares e da interação da pessoa com o meio ambiente, composto de acordo com o quadro a seguir (UNICATÓLICA, 2015).

Quadro 1 – Matriz curricular do Curso de Fisioterapia
Demonstrativo de cumprimento das DCN – Resolução CNE/CES Nº 04/2002

	Conteúdos Básicos	Disciplinas		CH	
		Anatomia Humana		60	
	Incluem-se os conteúdos	Anatomia Cardiovascular e Respiratória	60		
		Biofísica		60	
	(teóricos e práticos) de base				
I – Núcleo de		Bioquímica Básica		60	
	moleculares e celulares dos				
Ciências		Fisiologia Humana		60	
	processos normais e				
Biológicas e da		Fisiologia do Exercício		60	
	alterados, da estrutura e				
Saúde	função dos tecidos, órgãos,	Histologia e Embriologia Humana	60		
	sistemas e a aparelhos;	Microbiologia e Imunologia Básica	60		
		Patologia Humana		60	
		Farmacologia		60	
			Subtotal	600	
	Abrange o estudo do	Estudos Socioantropológicos	60		
	homem e de suas relações	Ética e Legislação Aplicada a Fisioterapia	60		
	sociais, do processo saúde-	Epidemiologia		60	
	doença nas suas múltiplas	Fundamentos Teológicos		60	
	determinações,	Gestão de Carreira e Empreendedorismo	60		
II – Núcleo de	contemplando a integração	Metodologia do Trabalho Científico		60	
Ciências Sociais e	dos aspectos psico-sociais,	Psicologia Aplicada		60	
Humanas	culturais, filosóficos,	Políticas	Públicas,	Estrutura e	60
	antropológicos e	Organização do SUS			
	epidemiológicos norteados	Raciocínio Lógico e Estatística		60	
	pelos princípios éticos.	Responsabilidade	Social e	60	
	Também deverão	Desenvolvimento Local			
	contemplar conhecimentos	Saúde Coletiva I		60	

Demonstrativo de cumprimento das DCN – Resolução CNE/CES Nº 04/2002				
	relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração;	Saúde Coletiva II Saúde Coletiva III Tópicos Teológicos	60 60 60	
			Subtotal	840
	Abrangem conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações que			
III – Núcleos de				
Conhecimentos			Eletrotermofototerapia e Mecanoterapia	120
	permitam incorporar as inovações tecnológicas			
Biotecnológicos				
	inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica;			
			Subtotal	120
	Compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação		Bases Técnicas, Biossegurança e Ergonomia	60
	específica da Fisioterapia: a		Cinesiologia e Biomecânica	60
	fundamentação, a história, a ética e os aspectos		Fundamentos de Fisioterapia	60
			Cinesioterapia e Reeducação Funcional	120
			Clinica em Cardiovascular e Respiratória	60
	filosóficos e metodológicos		Clinica em TOR	60
	da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção.		Clinica em Neurologia	60
			Fisioterapia em Neurologia	60
IV – Núcleos de			Fisioterapia na Saúde da Mulher	60
	Conhecimentos da função e			
Conhecimentos			Fisioterapia em Neonatologia	60
	disfunção do movimento humano, estudo da		Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória	60
Fisioterapêuticos			Fisioterapia em TOR	60
	cinesiologia, da			

			Fisioterapia em Pediatria	60
	cinesioterapia e da			
			Fisioterapia em Dermatofuncional	60
	cinesioterapia, inseridas			
			Fisioterapia na Atenção Básica	60
	numa abordagem			
			Hidroterapia	60
	sistêmica. Os			
			Métodos e Técnicas de Avaliação	120
	conhecimentos dos			
			Prótese e Órtese	60
	recursos semiológicos,			
	diagnósticos, preventivos e		Recursos Terapêuticos Manuais	
	terapêuticos que			60

Demonstrativo de cumprimento das DCN – Resolução CNE/CES N° 04/2002

			instrumentalizam a ação						
			fisioterapêutica nas						
			diferentes áreas de atuação						
			e nos diferentes níveis de						
			atenção. Conhecimento da						
			intervenção fisioterapêutica						
			nos diferentes órgãos e						
			sistemas biológicos em						
			todas as etapas do						
			desenvolvimento humano.						
							Subtotal	1260	
V - Traba-				Trabalho de Con-		60			
lho de				clusão de Curso					
				- TCC I					
				Trabalho de Con-	60				
				clusão de Curso					
				- TCC II					
Curso									
							Subtotal	120	
VI -	Optativa				Optativa			60	
							Subtotal	60	
			Estágio				Estágio Prático	CH	
					Pfs	Traumatológica,	Ortopédica	e	90
					Reumatológica I				
					Pfs em Neuro-		90		
					logia Adulta I				
					Pfs	em Cardiovascular,	Respiratória	e	90
					Hospitalar e				
					Ambulatorial I				
VII -									
Estágio									

				Pfs em Comuni- tária I			60		
Supervisionado -									
		Estágio Curricular		Pfs em Neurológica Infantil I		90			
Mínimo de 20% da									
		Supervisionado							
Carga Horária				Pfs	Traumatológica,	Ortopédica	e	90	
				Reumatológica II					
Total									
					Pfs em Neurologia Adulta II		90		
					Pfs	em Cardiovascular,	Respiratória	e	90
					Hospitalar e Ambulatorial II				
					Pfs em Comunitária II			60	
					Pfs em Neurológica Infantil II		60		
							Subtotal	810	
			Atividades						
Atividades		Complementares			Atividades dentro e fora da IES		CH		
complementares		Estudos e práticas							
		independentes presenciais		Atividades Complementares		190			
			e/ou a distância, a saber:						

Demonstrativo de cumprimento das DCN – Resolução CNE/CES Nº 04/2002

monitorias e estágios;	
programas de iniciação	
científica; programas de	
extensão; estudos	
complementares e cursos	
realizados em outras áreas afins	
Subtotal	190

Fonte: PPC – Projeto Pedagógico do Curso

Observou-se que o curso de Fisioterapia realmente possui uma matriz curricular com enfoque na formação do aluno para a saúde pública, no entanto, foi possível perceber, através das falas dos participantes do estudo, a fragilidade na integração entre teoria e prática.

As diretrizes pedagógicas do curso da Instituição se fundamentam em princípios dinâmicos e flexíveis, valorizando a conexão entre saberes e técnicas, integrando pensamentos, sentimentos e ações. Além disso, enfatizam um desenvolvimento curricular gerador de projetos relacionados, de diferentes disciplinas e conhecimentos que tornam possíveis a aprendizagem significativa.

Notou-se a necessidade do PPC do curso em formar profissionais com perfil generalista, que sejam capazes de interpelar o indivíduo e as coletividades, contemplando todas as suas necessidades, físicas, psíquicas e sociais. Portanto, é fundamental que as IES na formulação de seus PPC, considerem a Atenção Básica como primordial para a vivência dos estágios, possibilitando o contato entre estudantes e diversas realidades.

Pois, a formação em saúde, no uso de suas atribuições para o diagnóstico e tratamento das doenças, precisa ir além do conhecimento científico-tecnológico. Para isso, é necessário que o estudante, por meio de sua inclusão em contextos reais, desenvolva suas habilidades no atendimento às necessidades da comunidade. Sendo assim, a realização das práticas desde o início do curso nos serviços de saúde, tendo as comunidades como espaço de aprendizagem, podem propiciar a articulação ensino-serviço e fortalecer a formação do profissional que irá atuar no SUS.

Recomenda-se, então, que durante a graduação, seja feito um maior aprofundamento sobre as políticas públicas de saúde com o intuito de alcançar uma melhoria no processo de formação dos fisioterapeutas, bem como assegurar o desenvolvimento das competências profissionais preconizadas pelas DCN, assegurando aos estudantes o conhecimento da realidade sanitária brasileira, e contribuindo para uma maior interação entre os saberes, possibilitando também uma ampliação na visão de mundo pelos egressos (FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

Apesar do avanço da atuação da fisioterapia na atenção básica e em todos os níveis de saúde, o fisioterapeuta ainda é visto como tendo um papel, exclusivamente, reabilitador. Observa-se que haja a superação dessa perspectiva poderia ser a substituição do termo reabilitação pelo de saúde funcional, especialmente quando relacionado à ação dos fisioterapeutas (SOUZA et al., 2014).

Considerações finais

Ao analisar o PPC do curso de Fisioterapia, observou-se que este se fundamenta de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Saúde para a formação de Fisioterapeutas para o SUS. Com isso, comprovou-se que a graduação é direcionada a preparar o profissional para atender às necessidades de promoção, prevenção e reabilitação do paciente. Dessa forma, contribui de forma teórica e prática com a descoberta de novas e melhores soluções para os problemas reais ou potenciais da saúde pública.

Além disso, observou-se que o desenvolvimento das competências gerais e o favorecimento do perfil generalista não afetaria a inclusão dos futuros egressos no mercado de trabalho, pois as especificidades e áreas de atuação da fisioterapia não são negadas, pelo contrário, são ampliadas em uma visão para além da reabilitação no contexto da saúde coletiva e da promoção da saúde.

Concluindo, é possível ressaltar que mudanças ocorrem no ensino da fisioterapia, bem como na atitude destes profissionais, à medida que há uma reorganização dos currículos, pensando nas abordagens didático-pedagógicas, além de uma maior apropriação das orientações das DCNF pelo PPC e buscando o fortalecimento das parcerias ensino-serviço. Pois, o curso apresenta suas potencialidades quando mostra uma matriz curricular fortalecida com as disciplinas de saúde pública e suas fragilidades quando o curso apresenta muita teoria e pouca prática.

Assim, o presente estudo sugere novas pesquisas acerca do tema, reforçando a ideia de que o Fisioterapeuta exerce um papel fundamental na saúde pública.

Referências

- AMORIN, D. S.; GATTÁS, M. B. Modelo de prática interdisciplinar em saúde. **Medicina**, v. 40, n. 1, p. 82-84, 2007.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de Ensino em Saúde**. 10ª Ed. Joinville, SC: Univille. 2015.
- ARAÚJO D.; MIRANDA M. C. G; BRASIL S. L. Formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 31, n. 1, p. 20-31, jun. 2007.
- BARBOSA, Maria Udete Facundo. **Desafios na formação de Fisioterapeutas para o Sistema Único de Saúde**. Dissertação (mestrado profissional). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde. Fortaleza, 2016.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, jul.-set. 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. v. 2, Brasília,DF: Fiocruz, 2004.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, jun, 2013.
- CAVALCANTE, C. C. L.; RODRIGUES, A. R. S.; DADALTO, T. V.; da SILVA, E. B. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 513-522, jul./set, 2011.
- CECCIM, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p.1400-10, 2004.
- CECCIN, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n. 2, p. 373-383. 2002.
- CHIESA, A. M. et. al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfer**, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr/jun. 2007.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface**. v. 22, n. 67, p. 1183-95, 2018.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.20, n. 6, jun. 2015.

FORMIGA, N. F. B., RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: Uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6º Ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2008.

GERMANO, J. M.; SANDRINI, P. F.; SANTOS, A. R. J. Formação profissional em saúde: abordagem curricular de um curso de fisioterapia. **Revista Práxis**, v. 10, n. 20, dez., 2018.

GUIMARÃES, R. M. et. al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017.

IBGE- – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012. In: ENCICLOPÉDIA dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE, 1959. v. 16. p. 449-455. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv27295_16.pdf . Acesso em: jun. 2019.

LOPES NETO, D. et. at. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-63, nov./dez. 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**. V. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 13, n. 4, p.28-3, 2011.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

ROSA, J. L. (Org.) **Psicologia e Educação: o significado do aprender**. Porto Alegre: EDIPUCRS. 8 ed. 2004.

SANTOS, N. E. **Multirreferencial, Transpessoalidade e Projeto Político Pedagógico**: aspectos organizados, práticos e formativos. Jornada Latina Americana e II Colóquio Brasileiro de Pluralidade Latino-Americana. Brasília, 2006.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e SUS: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12. n. 6, 2007.

SOUZA, M. C. et. al. Formação acadêmica do fisioterapeuta para atenção básica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 23, 2014.

STEDILE, N. R. L. et. al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.2957-2971, 2015.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. A. V. **Percursos Interprofissionais**: Formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. 1ªEd. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

UNICATÓLICA. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharel em Fisioterapia**. 2015.

Capítulo 8

Residência Integrada como dispositivo para formação multidisciplinar em saúde

Ana Maria Araújo Salomão

Bruna Pereira de Andrade

Cleide Carneiro

Ana Paula Soares Gondim

José Adelmo da Silva Filho

Antonio Germane Alves Pinto

Introdução

O presente capítulo busca discutir acerca da formação em saúde, apresentando a Residência Multiprofissional em Saúde como dispositivo para uma formação multidisciplinar em saúde, com foco de atuação no Sistema Único de Saúde- SUS.

As residências em saúde apresentam-se como uma modalidade de ensino em serviço que, favorece o saber fazer, o saber ser, possibilitando habilidades e competências no processo de ensino-aprendizagem do profissional de saúde.

A necessidade de formar profissionais preocupados com a realidade e com o social é mais premente devido ao perfil dos profissionais da área da saúde que estão sendo formados para uma atenção especializada e individualizada, centrada apenas na doença e na cura, tampouco com nenhum envolvimento com o sistema público de saúde.

Apresentam-se historicidades, conquistas e análises ao processo de formação em saúde com ênfase na formação em serviço, resultante da Dissertação desenvolvida no Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará, intitulada “Processo de formação multidisciplinar da Residência Integrada em Saúde no cotidiano hospitalar.”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, sob processo No. 2.051.486 (SALOMÃO, 2017).

Formação em Saúde

Nos últimos anos, a formação profissional no campo da saúde tem sido muito discutida, apresentando um panorama de discussão e articulação sobre a diversidade dos processos formativos com o mundo do trabalho, voltando atenção aos novos modos de ensinar a ser profissional.

O sistema educacional brasileiro apresenta uma variedade de desenhos curriculares e práticas pedagógicas que se mantêm desarticulados dos cenários de prática e desconectados de outras disciplinas. A orientação dada à formação do profissional de saúde retrata uma tradição de fragmentação de saberes, valorizando-se os conhecimentos técnicos de cada profissão, isto propicia que estes profissionais não pratiquem uma formação crítica e ampliada sobre outros saberes, a não ser os de seus conhecimentos específicos (SANTOS et al., 2015).

É um desafio trabalhar questões que envolvem a nova perspectiva para formação de um profissional de saúde frente às demandas de um mundo pós-moderno, bem como as demandas do processo ensino-aprendizagem na atual conformação dos currículos dos cursos da área de saúde no Brasil. Uma das questões que se associa a este aspecto é a inter-relação direta entre o SUS e a formação do estudante da área de saúde (BULGARELLI et al., 2014).

Dentro da estrutura organizacional do SUS, voltada para a atenção universal e compreensão de que saúde é um processo que se constrói socialmente dentro de uma rede de prestação de serviços de saúde humanizados, oferece espaços de aprendizagem para estudantes por meio de vivências cotidianas em diferentes cenários. Uma formação mais generalista, humanística, crítica reflexiva projeta os cursos da área de saúde para uma maior qualidade (BULGARELLI et al., 2014).

Para que a formação aconteça com qualidade e voltada para compreensão social e integral do cuidado, é necessária a oportunidade de vivências do estudante para além da sala de aula. A vivência do estudante junto ao SUS, fortalece a integração do ensino-serviço, podendo possibilitar na formação de futuros profissionais mais humanos e sensíveis (EMMI; SILVA; BARROSO, 2018).

De acordo com Emmi, Silva e Barroso (2018), os profissionais de saúde em sua formação relegaram-se a um plano secundário voltado para a prática flexneriana, que prioriza o tecnicismo, individualismo, mecanicismo e a formação voltada para a doença, através do desenvolvimento e cumprimento de suas habilidades técnicas, específicas da sua área de formação. Com isso, os estudantes chegam ao local de prática de trabalho sem saber, claramente a forma de operacionalizar, na prática, o SUS.

O marco inicial para a reestruturação deste desenho foi o chamado relatório Flexner, ou Flexner Report, elaborado por Abraham Flexner em 1910. Este estudo avaliou o ensino médico realizado nos Estados Unidos da América e no Canadá e é responsável pela mudança nos currículos das escolas médicas nestes países. O objetivo deste estudo é expandir o ensino clínico, valorizando o ambiente hospitalar como espaço para ensino prático, com ênfase na pesquisa biológica e estímulo a especialização. Desta forma, os aspectos sociais e o processo saúde-doença ficavam de fora do ensino médico. Esta reorientação curricular mostrou-se forte ao longo do século XX, até os dias de hoje (ALMEIDA FILHO, 2010).

Iglésias e Bollella (2015, p. 266) descrevem esse desenho curricular da seguinte forma: “Na prática, isto estimula o imobilismo entre professores e disciplinas, levando a que muitas vezes a integração curricular ser discutida e implementada de forma autoritária, desencadeando mais incompreensão, descontentamento e resistência”.

Por meio das discussões da Conferência de Alma Ata, realizada na década de 1970, o conceito de saúde e a visão do processo saúde-doença sofreram transformações que possibilitaram outro modelo de atenção em saúde, integral, que pressupõe um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a singularidade dos sujeitos. Na Constituição Federal de 1988, por meio do artigo 200, coube ao SUS, a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos na área da saúde (AUTONOMO et al., 2015).

O Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Pôde-se observar então um rearranjo nas relações sociais, principalmente em questões que tangem à saúde e o adoecimento da população (AUTONOMO et al., 2015).

É fundamental que exista uma coerência entre a formação, a atuação profissional esperada e a necessidade da sociedade aos direitos à educação e à saúde, mas a qualidade da formação não pode responder apenas ao aprendizado, ao saber fazer, e saber a conviver. Deve, sobretudo, estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde (VENDRUSCOLO et al., 2018).

O SUS, configura-se como meio de aprendizado para a formação de profissionais da saúde e, assim, mostra-se fundamental para a formação de residentes com boas habilidades técnicas e clínicas, com autonomia para o enfrentamento das dificuldades da profissão. A vivência no SUS traz como significado o reflexo da importância e do reconhecimento dados pelo estudante à parceria entre ensino e serviço, que não era prioritária antes da reestruturação curricular (BULGARELLI et al., 2014).

Educação permanente em saúde

A Educação Permanente torna-se o conceito pedagógico e metodológico para experimentação das relações entre ensino-aprendizagem, considerando como peça primordial para esse aprendizado a “reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva”. Assim, com os novos desafios assumidos, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase, pelo processo da Educação Permanente em Saúde-EPS, sinalizando ser necessária a criação de novas formas de entender e produzir saúde (LEMOS, 2016).

A partir da preocupação com o serviço, o ensino, principalmente, com a interação destes para dar conta das mudanças que se faziam e, ainda, se fazem necessárias, levou o Ministério da Saúde, em

novembro de 1997, a implantar os chamados, nesse período, Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. O Ministério da Saúde ordenou que funcionassem polos como parte do Sistema Único de Saúde, que seriam responsáveis pela mudança tanto das práticas de saúde quanto das ações de educação na saúde (CARDOSO et al., 2017).

O objetivo primordial dos polos era aproximar a capacitação ofertada das necessidades da equipe para o trabalho em saúde, estimular os diálogos entre os Ministérios e Secretarias de Educação e da Saúde e inserir os estudantes no cotidiano de trabalho. Contudo, era preciso reforços no sentido de reorientar a formação em saúde integrando os conteúdos da Atenção Básica e da Saúde da Família nos cursos de graduação e pós-graduação. Todas essas medidas, mesmo havendo aproximação com esses atores, não conseguiu impactar de modo positivo e significativo nos processos formativos e nas práticas de serviço (CARDOSO et al., 2017).

Como resultado da criação dos Polos, em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde-PNEPS (Portaria GM/MS nº. 198) cuja finalidade se mostra ser uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, posteriormente, a PNEPS foi editada para a portaria GM/MS 1.196 em 2007, que dispõe sobre as diretrizes da educação permanente, que se encontra em vigor atualmente.

A PNEPS tem a intencionalidade de promover mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde e empreender um trabalho articulado entre o quadrilátero da EPS, representado pela gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social, como meio de transformar as práticas educativas e fomentar possibilidades de inovação e mudanças de concepções e práticas de saúde dentro das organizações (SILVA; DUARTE, 2015)

A Educação Permanente passa a ser considerada como a aprendizagem no trabalho, “onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Na sua política pedagógica,

encontra-se aparato na capacidade resolutive de problemas a partir dos significados para os sujeitos ao responder suas indignações, fazendo com que o mesmo reflita e busque soluções para os processos de trabalho (CARDOSO et al., 2017).

Nessa perspectiva de transformação, discutida por estudiosos da educação, vislumbra-se como possibilidade que a educação permanente dê conta da complexidade da realidade, que supere a dicotomia teoria/prática.

Que essa transformação seja ampliada e esteja preocupada em desenvolver a formação permanente do profissional para a competência técnica respaldada pelos conhecimentos e habilidades necessárias à execução do trabalho. A competência e aprendizagem ao longo da vida devem ser significativas, associadas à capacidade de resolver problemas, visão crítica e aprendendo a conhecer e a ser profissional (SILVA; DUARTE, 2015).

Por fim, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços. Assim, o estudante deve ter a compreensão do que aprendeu e saber dar sentido ao que está aprendendo (CARRIL; NATÁRIO; ZOCCAL, 2017).

Neste contexto, a educação permanente é considerada como estratégia fundamental de formação e o desenvolvimento profissional que toma em conta o ensino, a gestão do SUS, a atenção e o controle social, usada para estimular e desencadear novos perfis de trabalhadores no SUS.

Residência como dispositivo para formação em saúde

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde-RMS contribui para a formação de profissionais para o SUS. Na atual conjuntura da saúde, a inserção e a vivência propiciada pelos programas

de residência nos serviços do SUS tanto no campo da formação quanto do trabalho, vêm sendo discutidas e reconhecidas, diante da necessidade de formar profissionais com competências necessárias para o cuidado integral da saúde do sujeito (RODRIGUES, 2016).

A RMS é uma modalidade de treinamento em serviço que tem como base a aprendizagem pela prática cotidiana. Essa prática é caracterizada pela diferenciação no aprender, tendo em vista as atividades desenvolvidas pelo residente que experimenta a prática de diferentes cenários, gerando uma progressão dos conhecimentos e das aptidões técnicas do residente. Permite, dessa forma, que o residente tenha uma visão ampla do contexto e dos determinantes em saúde, melhorando sua visão de promoção, prevenção e reabilitação (CHRISTOFOLETTI et al., 2015).

De maneira adicional, a RMS tem como diferencial o trabalho em equipe. A proposta de operacionalização da RMS visa à formação coletiva inserida no mesmo campo de trabalho, sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes e fazeres de cada profissão (CHRISTOFOLETTI et al., 2015).

Nas Residências, as atividades de formação têm por objetivo desenvolver habilidades e competências para profissionais atuarem em determinadas situações locais e regionais de saúde. Compreende-se que os residentes são profissionais em desenvolvimento de aprendizagem, logo a responsabilidade por sua supervisão técnica e orientação teórica é da instituição de ensino. No entanto, ao mesmo tempo em que estão em formação, os residentes também são profissionais licenciados e respondem ética e legalmente pelo exercício da prática e pelas atividades desenvolvidas nos serviços.

Estabeleceu-se que a Residência Multiprofissional em Saúde deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS.

Segundo Rodrigues (2016, p. 74):

A formação como processo presente nos Programas de Residência oportuniza análises inicialmente voltadas aos projetos pedagógicos e a dimensão teórico-política articulada às intencionalidades. Destaca-se que as propostas devem estar vinculadas aos interesses e necessidades do SUS e pressupostos presentes na Política Nacional de Saúde (Lei N.º 8.080/1990).

Esse panorama reforça que o trabalho em equipe nas Residências Multiprofissionais é um importante artifício de mudanças nas práticas que permeiam os processos de produção de saúde, a exemplo, das relações de poder entre as profissões e fragmentação do cuidado. Esta mudança se forma a partir da interação dos profissionais e as ações por eles desenvolvidas (OLIVEIRA, 2014).

Histórico da Residência em saúde

Os serviços públicos de saúde no Brasil, atualmente, assumem importante papel para a formação de profissionais na lógica da integração docente-assistencial. A expansão da lógica da formação em serviço foi vital para a expansão dos programas de residência multiprofissional, que passam a ocupar as instituições e serviços como dispositivo de constituição de práticas baseadas na integralidade.

Tentando alternativas de formação e desenvolvimento de trabalhadores no Brasil, foi legalizada a Política de Educação Permanente em Saúde, que reforça a concepção político-pedagógica orientadora do processo educativo em saúde, interrogando e analisando as necessidades do cotidiano do trabalho. As residências em saúde como modalidade de formação é uma estratégia formulada para o apoio da política. Estão diretamente inseridas na rede de serviços e tem como foco de ensino o trabalho em saúde a partir da integralidade e interseção serviço/ensino. As residências em saúde, tornam-se necessariamente uma estratégia da EPS, ou melhor, elas aplicam o dispositivo da EPS nos processos de ensino-aprendizagem.

As residências multiprofissionais adquiriram expressão no início dos anos 2000, paradoxalmente, sob os auspícios do Banco Mundial, como proposta do Ministério da Saúde e com a participação de várias entidades relacionadas ao campo da formação profissional. Aparecem vinculadas à Estratégia de Saúde da Família-PSF, sendo em 2002 a criação de 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. Nesse campo, travava-se, desde a década anterior, uma forte disputa pela orientação do programa, expresso pelas siglas ESF – Estratégia de Saúde da Família versus PSF – Programa de Saúde da Família. Também, nesse momento, já eram notórias as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde.

Dados do Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS), apontam que existem no país 212 programas de residência multiprofissional e 296 de residência em área profissional, com financiamento do Ministério da Educação e Cultura - MEC. Ainda existem 371 financiados por outros órgãos e instituições, como, por exemplo, o Ministério da Saúde. O investimento, em 2011, totaliza R\$ 235,5 milhões no pagamento de bolsas para programas de residência, com aumento global de 23% no número de benefícios mensais pagos em relação ao ano anterior (MIOTO et al., 2012; BRASIL, 2012).

Historicamente, as residências surgem no Brasil a partir da década de 70, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Este período foi marcado pela forte expansão do ensino pós-graduação em razão da ampliação do mercado de trabalho em saúde no país (SILVA et al., 2016).

Desse modo, o sucesso dos Programas de Residência Médica, provavelmente, influenciou a criação da Residência em Enfermagem, da mesma forma que na medicina, entre outras características comuns, na área da Enfermagem, a Residência surgiu nos EUA e foi disseminada pelo restante do mundo. No Brasil, a Residência em Enfermagem surgiu na década de 1960, sem legalização para sua existência. A primeira Residência em Enfermagem do Brasil foi implementada

no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, em 1961, “seguindo um regime semelhante ao da Residência para médicos, existente nesse hospital desde 1960” (SHIKASHO, 2013).

Já no ano de 1976, em Porto Alegre (RS), foi criada a primeira residência em medicina comunitária, que tinha como objetivo formar profissionais com uma visão crítica reflexiva e integral do cuidado. Em 1978, a residência em medicina comunitária passa a ser multiprofissional, incluindo os profissionais de Enfermagem, Medicina Veterinária, e Serviço Social. Com essa composição, passa a ser chamada de Residência Integrada em Saúde (RIS) (PAZDZIORA, 2014).

No entanto, somente em 1999, esta modalidade de ensino em serviço foi regularizada e passou a ser regulamentada pela portaria nº16, de 1º de outubro, com a criação na Escola de Saúde Pública, do Rio Grande do Sul, do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/RS), resgatando seu caráter profissional.

É importante destacar que no cenário nacional o Ministério da Saúde vem apoiando financeiramente, desde 2002, a criação das residências multiprofissionais em todo o país, com o objetivo de disseminar a integração entre todas as profissões da área de saúde (PAZDZIORA, 2014).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES, e também o Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES. O objetivo desses órgãos é de organizar a formação de trabalhadores para a saúde, tendo como estratégia tornar a RMS um projeto nacional, como um espaço para o desenvolvimento das ações de EPS, com tendo o foco no usuário, nas suas necessidades, considerando os trabalhadores como sujeitos no processo de transformação (SILVA et al., 2016).

Em fevereiro de 2005 foi publicada a Medida Provisória nº 238/2005, uma etapa para garantir a regulamentação da Residência em Área da Saúde para as demais profissões da saúde, independente da categoria médica. Em junho do mesmo ano, essa Medida Provisória foi convertida na Lei nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de

pós-graduação *lato sensu*, destinada, em seu artigo 13, às outras categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando-se a médica (SHIKASHO, 2013).

Legitimado pela lei nº 2.117 de novembro de 2005, que institui nos âmbitos da saúde e educação a Residência Multiprofissional em Saúde, esse formato de educação dos profissionais trata-se de uma modalidade de ensino de pós-graduação com uma estrutura organizativa desenvolvida através da formação em serviço, pela inserção em equipe, oferecendo supervisão nos espaços de trabalho e aulas teóricas com foco nos núcleos específicos e campo coletivo (SILVA et al., 2016)

Os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde se expandiram, gradativamente, pelo país e conquistaram um aparato legal, com incentivo financeiro, em decorrência da política de educação permanente em saúde. A integração do ensino-serviço se fortaleceu e, assim, necessitou-se de estrutura nos cenários de prática para os preceptores do serviço receberem os residentes. (CARDOSO et al., 2017)

As residências integradas como processo educacional fundado na integralidade destacam-se por constituir diferentes categorias profissionais e, também, pela valorização da interdisciplinaridade no trabalho em equipe para o desenvolvimento de práticas, implicadas com a transformação do agir em saúde.

Foi nesse cenário que se criou, em 2004, a RIS do Grupo Hospitalar Conceição-GHC do Rio Grande do Sul. “A RIS foi criada através do aperfeiçoamento especializado das outras profissões da saúde, com a Residência Médica já existente na instituição” e, a partir de 2005, constituiu-se como um programa de residência multiprofissional e interdisciplinar independente (RODRIGUES, 2016).

Os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde são fomentados pelo Ministério da Educação e Cultura - MEC e Ministério da Saúde - MS para estimular a formação em serviço. Tem duração de dois anos, e o objetivo de favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente, em áreas fundamentalmente orientadas pelos princípios do SUS (RODRIGUES, 2016).

A proposta das Residências em Saúde como multiprofissionais e como integradas ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde.

Essas trocas entre diferentes saberes geram uma nova configuração interna, que, se ouvida e entendida, cria a possibilidade de atitudes interdisciplinares. Isso quer dizer que a atitude inter não se dá porque duas ou mais profissões vão habitar o mesmo espaço, mas porque se produz um ambiente no qual os profissionais interagem, se comunicam, trocam e unem informações e conhecimentos.

Para Rodrigues (2016), os programas de residência devem estimular os profissionais a interrogarem a si mesmos, numa visão crítica que problematizem seu modo de trabalhar de maneira especializada, o que resultará nas transformações de suas práticas. A pedagogia da problematização preconizada pela EPS constitui-se como o grande desafio: possibilitar que os profissionais de saúde sejam protagonistas no modo de produzir um saber sobre seus problemas, necessidades, demandas e recursos.

Dentro desse cenário, a Residência Multiprofissional, busca promover a transformação dos serviços de saúde onde estiver inserida, trazendo uma visão crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade.

O que confere caráter inovador aos programas de residência multiprofissional em saúde é a característica da interdisciplinaridade, sendo demonstrada, principalmente, por meio da inclusão das catorze categorias profissionais da saúde (Resolução CNS nº 287/ 1998). Este modo de operar a formação ‘intercategorias’ visa à formação coletiva inserida no mesmo ‘campo’ de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar as expertises específicas e saberes de cada profissão (SILVA et al., 2015).

Projeto pedagógico da residência: caso da RIS/CE

A instituição proponente da Residência Integrada em Saúde no Ceará é a Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE, que teve sua fundação em 1993 e que desde essa época vem desenvolvendo atividades de capacitação e educação continuada de gestores para o Sistema de Saúde do Estado. A ESP tem como propósito promover a formação e educação permanente, pesquisa, extensão, inovação e produção tecnológica na área da saúde, a partir das necessidades do SUS.

Uma das estratégias de gestão da ESP firma-se como base na educação permanente, na gestão participativa, na colaboração interseccional e interprofissional das categorias que atuam na rede de atenção à saúde. O propósito é promover e garantir educação permanente para os trabalhadores em saúde do Estado do Ceará. A ESP surgiu como uma autarquia ligada a Secretaria da Saúde do Estado-SESA, para operacionalizar a política de desenvolvimento de pessoas para o SUS.

O programa de Residência Multiprofissional em Cuidado Cardiopulmonar do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM) é sustentado, primordialmente, no conceito ampliado de saúde que desafia e exige dos profissionais, produções de novos enfoques teóricos e tecnologias no campo da saúde, tornando-se imprescindível o comprometimento do ensino com o modelo assistencial.

Várias políticas dão sustentabilidade ao programa, tais como: Política Nacional e Estadual de Educação Permanente, a Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Transplante de Órgãos.

O HM submeteu como parte do processo de formação, a proposta que a residência deveria ser no cuidado cardiopulmonar, a ESP prontamente assumiu o compromisso e papel da instituição formadora do programa. O HM, como executor do programa, manifesta o interesse pela residência, apoiando a participação dos trabalhadores da rede no processo, disponibiliza também preceptores de campo e núcleo, sendo estes cedidos ou contratados para a função. Disponibiliza um coordenador local para o programa com pelo menos 40 horas de atuação, para organizar e viabilizar questões logísticas inerentes ao programa.

As categorias inseridas neste programa são: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, cada categoria com duas vagas, totalizando 18 vagas. Os cenários das atividades de aprendizagem teóricos-conceituais são as aulas teóricas, apresentando vários conteúdos que envolvem o cenário e a temática da residência.

Os cenários de práticas do programa são todos da Rede Assistencial do Sistema Único de Saúde Estadual e Municipal, podendo no decorrer da residência surgir outros espaços de práticas a serem negociados pelo HM e ESP-CE.

Pautada nos princípios e diretrizes do SUS e orientada pelas “[...] necessidades das realidades locais e regionais [...]” (ESPCE, 2013, p.1), sua primeira turma teve início em março de 2013, contando com cerca de 220 residentes, ingressos por seleção ou transferidos de outros Programas de Residência, principalmente de Fortaleza. Tem por objetivo a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde, qualificando os profissionais para a consolidação da carreira em saúde pública e fortalecimento das redes do SUS (ESPCE, 2013).

No desenvolvimento das atividades no eixo transversal ao programa são divididas em atividades comuns a todas as categorias, como prática no campo, onde o residente tem por objetivo a compreensão do SUS e de seus serviços, na perspectiva da integralidade. E atividades individuais, teórica ou prática, existindo esse momento para o residente aprofundar e sistematizar seu conhecimento de forma individual, por meio de leituras de textos, e outros.

No eixo transversal a área de concentração, a atuação é voltada na linha de cuidado, sendo uma atividade prática, caracterizada por uma atividade que propicia a “vivência de ser profissional responsável pelo território/serviço”, enquanto equipe de saúde no cuidado cardiopulmonar.

A metodologia usada para a atividade teórica se mostra através de métodos dialógicos e participativos, como as rodas de campo e as rodas de núcleo.

Concepções para a compreensão da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade no campo da saúde

Na contemporaneidade, a discussão sobre a especificidade paradigmática do campo da Saúde Coletiva, acerca da fusão de conhecimentos das diversas áreas que a compõe, se faz cada vez mais necessária como forma de se lidar com a complexidade inerente a esse campo. As experiências multidisciplinares e interdisciplinares apresentam como principal característica comum a aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos, como é o caso da saúde coletiva.

Uma das questões que se coloca para discussão é a das diferenças de fundo entre os conceitos de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. É preciso identificar, conceitualmente, as diferenças entre eles. A ideia de integração e de totalidade que aparentemente perpassa estes conceitos tem referenciais teórico-filosóficos diferentes e inconciliáveis.

Assim, a integralidade propicia um sentido mais amplo de estabelecimento de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersetorial, buscando qualidade de vida.

Conforme Silva, Miranda e Andrade (2017) a integralidade é assumida como uma prática que organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, viabilizando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais englobante e completa.

Nesta perspectiva, surge a abordagem interdisciplinar em saúde que, por sua vez, caracteriza-se por distintos saberes articulados em um projeto comum, onde cada indivíduo envolvido em suas práticas profissionais possa buscar estratégias para que seja possível uma atuação integralizada, que contemple as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para as transformações que se impõem nesse campo.

A interdisciplinaridade visa garantir a construção de um conhecimento globalizante, rompendo com as fronteiras das disciplinas. Para Avila et al. (2017), a interdisciplinaridade pode ser concebida por uma necessidade de integrar as disciplinas e contextualizá-las entre gestores e demais profissionais no contexto do trabalho.

Afirma Mozena e Ostermann (2014) citando que a interdisciplinaridade mostra ser o principal foco das demandas para a educação brasileira, pois existe o fato de que os profissionais não foram educados sob o paradigma interdisciplinar, ademais não foram preparados para esse trabalho.

Entretanto, é difícil interpretar o que é interdisciplinaridade; “nem as pessoas que a praticam, nem as que a teorizam, nem aquelas que a procuram definir”. Para compreender este termo, assim como para evitar utilização equivocada, seria uma alternativa iniciar pela tentativa de delimitação do uso do termo disciplina (SILVA et al., 2015).

Na década de 1970, houve um movimento de reorganização disciplinar, apoiada por novas teorias pedagógicas como: Piaget, Vigotsky, Claparépe e outras, que reforçavam a complexidade do mundo e cultura e a busca por reunificação do saber. Tal movimento aconteceu em três níveis: o nível de reordenamento disciplinar, isto é, novas práticas explorando as fronteiras dos campos disciplinares constituídos; o nível de novas práticas de investigação no âmbito da produção científica; e o nível do esforço de teorização dessas experiências que vão além das fronteiras disciplinares. Os cruzamentos interdisciplinares são esforços para correlacionar disciplinas, buscando unir cada vez mais o que foi dissociado pela mente humana (AVILA et al., 2017).

Considerando que as disciplinas constituem representações da realidade, Bombassaro (2014, p. 40) acrescenta que a “formação interdisciplinar constitui atualmente um dos indicadores mais significativos e um dos maiores desafios pedagógicos para o desenvolvimento da investigação científica e da educação superior”. Nesse contexto, o autor considera a interdisciplinaridade como uma ferramenta para a representação da realidade referida a uma situação concreta, que presuppõe a constituição de um espaço de trocas interdisciplinares.

A interdisciplinaridade é definida, no sentido amplo, como uma integração entre duas disciplinas, reforçando a simples comunicação de ideias até a intensa troca de saberes de forma mútua, trabalhando de forma compartilhada (BOMBARRO, 2014). Para haver interdisciplinaridade é necessário mudar a atitude em relação ao conhecimento e a forma fragmentada de pensar em um espaço onde os profissionais interagem (PAIXÃO et al., 2017).

Neste sentido, a interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade das trocas entre especialistas e pela integração das disciplinas num projeto comum, havendo uma relação de reciprocidade, de mutualidade, onde irá possibilitar o diálogo entre os interessados. Ao discutir ideias, ações e reflexões, cada participante é, ao mesmo tempo, “autor” e “ator” do processo, fazendo com que cada participante saiba aprender a aprender (PAIXÃO et al., 2017). O significado da interdisciplinaridade, torna-se clara quando agregamos os mais diversos tipos de conhecimento em prol de uma atenção compartilhada.

Assumindo que, o termo interdisciplinar é caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, há uma certa reciprocidade entre os diálogos, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. O autor menciona que estamos diante de um trabalho interdisciplinar, todas as vezes que conseguirmos incorporar os resultados de várias especialidades, que tomarmos para o nosso conhecimento outras disciplinas, certos instrumentos e técnicas metodológicas. Usando da interdisciplinaridade, abrangem-se os diversos ramos do saber, a fim de colocar-se como integrantes do processo de aprender (ROQUETE et al., 2012).

No campo da saúde, a interdisciplinaridade acena com a possibilidade da compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença. Os conceitos de núcleo de saber e campo de saber mostram a relação entre o que é específico de cada área profissional e o que se constrói a partir da interação entre as áreas. Núcleo de saber refere-se

ao conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade, marcados por elementos que definem cada profissional ou especialista, ou seja, conhecimentos e competências característicos de cada profissão. Campo de saber, por sua vez, são as “competências e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades”. O campo de saber, no trabalho em equipe tende a se ampliar, possibilitando novas práticas, geradas no exercício de troca entre os saberes e da busca de resoluções das práticas do cotidiano (ROQUETE et al., 2012).

Quando cada profissional se desvencilhar de suas certezas e de seus conhecimentos específicos, nem que seja por instantes, para fazer uma análise da experiência de compartilhar com outros profissionais de diferentes categorias, não para incorporar as do outro, mas para fazer desse encontro um aprendizado. Este é o maior desafio do trabalho interdisciplinar.

Para a prática da interdisciplinaridade, vale refletir sobre o conceito de “integralidade”, esta que é uma das diretrizes do SUS, instituído pela Constituição de 1988. O SUS está organizado em torno de três diretrizes: a descentralização; o atendimento integral; e a participação da comunidade. Na perspectiva do Ensino na Saúde/SUS, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação do profissional desta área deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, reafirmando a prática de orientação ao SUS. E a universidade, nesta perspectiva do Ensino na Saúde, passa a ser responsável por formar profissionais que estabeleçam uma relação de reciprocidade com a sociedade (MARQUES; OLIVEIRA, 2016).

No entendimento do processo saúde-doença-cuidado, não é permitido que um problema de saúde fosse solucionado de acordo com a visão de um único profissional de saúde, sendo necessária a troca de saberes provenientes de diversas áreas. O trabalho interdisciplinar é destacado como um excelente recurso para reorganização do processo de trabalho, ao utilizar práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando uma abordagem mais integral e resolutiva.

Segundo Japiassu (1997, p.97):

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa [...] através de relação de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações.

Neste contexto, o trabalho interdisciplinar não presume abolir as especificidades das profissões de saúde, pois as diferenças técnicas possibilitam a contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados.

É preciso integrar diferentes saberes e práticas para que cada um contribua para o cuidado do indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocial e não como um ser fragmentado em especialidades. É mais do que a simples comunicação, podendo ser vislumbrada quando a comunicação ou o diálogo sobre e, entre saberes e práticas, geram uma integração mútua, constituindo novas saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema de acordo com a realidade social (REIS et al., 2014).

Na saúde, a interdisciplinaridade implica, também, no desenvolvimento de habilidades e atitudes importantes para sua prática, não é uma simples comunicação entre indivíduos, mas uma integração mútua, que deve ser estabelecida com respeito, tolerância, flexibilidade, compromisso, ética e comunicação horizontal. Nesta interação, identificam-se as dificuldades e com o diálogo e interação superam-se os desafios, gerando crescimento interno ao grupo. Um cenário democrático e com estrutura adequada é fundamental para que garanta o surgimento e desenvolvimento dos espaços de integração entre os membros da equipe que favoreçam práticas pautadas na cooperação entre saberes e práticas (FERNANDES; VILELA, 2014).

No cenário de prática, a ação interdisciplinar pode favorecer mudanças na formação/atuação dos profissionais de saúde. A transformação das visões, concepções, maneiras de pensar e fazer saúde dos membros da equipe possibilita a maior resolutividade das ações, otimização

da participação da equipe na tomada de decisões e potencialização do respeito entre os membros das equipes. O resultado da ação interdisciplinar é a melhora da coordenação da atenção à saúde e a capacidade de identificar as reais necessidades da população para o desenvolvimento de ações de acordo com as demandas de saúde (REIS et al., 2014).

Por fim, o trabalho em equipe interdisciplinar, atualmente, é considerado o mais adequado para atender as demandas da atenção à saúde de forma mais integral e resolutiva no SUS. A formação do profissional de saúde deve ser voltada em estratégias didáticas pedagógicas contextualizadas na realidade social, em metodologias problematizadoras e vivências que busquem uma maior participação do aluno com a realidade e que o mesmo produza conhecimento. Contudo, faz-se necessário ressaltar que também existem dificuldades ao se propor um trabalho verdadeiramente interdisciplinar. Surgem dúvidas, ansiedade e descrença no trabalho multiprofissional (MOZENA; OSTERMMAN, 2014).

Na multidisciplinaridade, não há síntese metodológica, e sim uma somatória de métodos. De modo diferente, a interdisciplinaridade é muito mais do que a compatibilização de métodos e técnicas de ensino, é, compartilhar as metodologias gerando uma nova disciplina. Já na perspectiva da transdisciplinaridade, as metodologias unificadoras são compartilhadas, porém, construídas mediante a articulação de métodos oriundos de diversas áreas do conhecimento, podendo gerar novas disciplinas ou permanecer como zonas livres (ROQUETE et al., 2012).

A multidisciplinaridade surge com a intenção de avançar na construção de um modelo de conhecimento menos fragmentado frente à hiperespecialização, método adotado para dar respostas às necessidades de uma sociedade capitalista arraigada e dominadora do século XIX, no que tange à formação de profissionais de saúde e à produção de conhecimentos. Na multidisciplinaridade, a questão é pautada pela escolha de um tema comum a várias disciplinas, que é visto de maneira isolada, sem nenhuma relação entre si (MOZENA; OSTERMMAN, 2014).

Na multidisciplinaridade, recorre-se a informações de várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si. Neste caso, cada matéria contribui com suas informações pertinentes ao seu campo de conhecimento, sem que haja uma real integração entre elas. Trata-se de uma forma menos eficaz para a transferência de conhecimentos para os alunos (ODERICH; AVELINO; QUEIROZ, 2016).

Advinda como uma proposta para minimizar a hiperespecialização, a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que estimulem e garantam o trânsito entre elas. A interdisciplinaridade tem despertado o interesse no cenário acadêmico, enquanto questão teórica relacionada ao conhecimento humano e suas implicações no cotidiano (LIMA; ANDRADE; OLIVEIRA, 2016)

Segundo o mesmo autor, Multidisciplinaridade seria entendida como o conjunto de disciplinas em que os profissionais envolvidos não estabelecem níveis de relação técnicos ou científico, e não há cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares que se encontram em um único nível. Pluridisciplinaridade seria entendida como diferentes disciplinas que congregam um mesmo tema (único nível), desenvolvendo relações técnico-científicas entre si (ODERICH; AVELINO; QUEIROZ, 2016).

Metadisciplinaridade compreende as disciplinas que se relacionam através de uma metadisciplina situada em um nível mais superior, não se impõe como coordenadora, como integrando os campos disciplinares. Interdisciplinaridade assegura a interação das disciplinas que comporão dois níveis e no nível superior estará a disciplina integradora e coordenadora. Transdisciplinaridade - promove a integração das disciplinas de um campo particular, no qual as mesmas trabalham de forma em relação de poder (CARDOSO et al., 2007).

Considerando que a formação dos profissionais ainda está centrada no fazer biomédico, isso apresenta dificuldades para promover o trabalho em equipe e aproximar as práticas comunicativas entre os envolvidos, destacando que o trabalho em equipe consiste na relação recíproca entre as múltiplas intervenções e a mediação da linguagem simbólica nas ações multiprofissionais (MARQUES; OLIVEIRA, 2016).

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária-análise das publicações brasileiras. **Rev. bras. educ. méd**, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.

AVILA, L. A.B. et al., A interdisciplinaridade na escola: dificuldades e desafios no ensino de ciências e matemática. **Revista Signos**, Lajeado, v. 38, n. 1, p. 9-23. 2017.

BOMBASSARO, L. C. **A dimensão ética da interdisciplinaridade**. Roteiro, Joaçaba, edição especial, p. 39- 48. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Prestação de Contas Ordinárias Anual. **Relatório de Gestão do Exercício de 2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, v. 18, n. 49, p. 362-362, abr./jun. 2014.

CARDOSO, M. L. M. et al., A política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500. 2017.

CARDOSO, J. P. et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **Rev Bras Prom Saude**, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CARRIL, M. G. P; NATÁRIO, E. G; ZOCCAL, S. I. Considerações sobre aprendizagem significativa, a partir da visão de Freire e Ausubel – uma reflexão teórica. **Revista multidisciplinar de ensino, pesquisa, extensão e cultura**, RJ, v. 6, n. 13, p. 68-78 , dez. 2017.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. Residência multiprofissional em saúde: inserção de atores no sistema único de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 3, p. 1274-1280, jul./set. 2015.

EMMI, D. T; SILVA, D. M. C; BARROSO, R. F. F. Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia. **Comunicação saúde educação**, v. 22, n. 64, p. 223-236. 2018.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ – ESPCE. **Informações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde**. Sítio eletrônico. 2013. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/> Acesso em Julho de 2016.

FERNANDES, R. Z. S; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4457-4466. 2014.

IGLÉSIAS, A. G; BOLLELA, V. R. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 265- 272. 2015.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922. 2016.

LIMA, G. G; ANDRADE, A. K. E; OLIVEIRA, A. P. Desdobramentos epistemológicos e pedagógicos da interdisciplinaridade enquanto princípio articulador do ensino e da aprendizagem. **Revista Profissão Docente**. Uberaba, v. 16, n. 35, p. 78-83, ago-dez. 2016.

MARQUES, A. A. D. V.; OLIVEIRA, R. W. Possíveis contribuições da psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 39-58, 2016.

MIOTO, R. C. T.; ALVES, F. L.; CAETANO, P. S.; DAL PRÁ, K. R. As Residências Multiprofissionais em Saúde: A Experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc.& Saúde**, Campinas, SP v. 11, n. 2 (14) p. 185-208 jul./ dez. 2012.

MOZENA, E. R; OSTERMANN, F. Uma revisão bibliográfica sobre a interdisciplinaridade no ensino das ciências da natureza. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte, v. 16, n. 02, p. 185-206 | maio-ago. 2014.

ODERICH, C.; AVELINO, L. P. R. S.; QUEIROZ, M. S. F. Visão sistêmica interdisciplinar em grupo multiprofissional: estudo de caso em Foz do Iguaçu. **Revista Eletrônica Científica do CRA-PR-RECC**, v. 2, n. 2, p. 31-47, 2016.

OLIVEIRA, D. F. P. **Experiência de formação em residência multiprofissional como dispositivo de ampliação da clínica num hospital universitário**. 2014. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

PAIXÃO, M. V. S. et al. As TIC'S na construção de práxis reflexivas e interdisciplinares. **Cadernos da Pedagogia**. São Carlos, v. 10, n. 20, p. 29-41, jan- jun. 2017.

PAZDZIORA, R. I. Z. et al. A residência multiprofissional em saúde: desafios e possibilidades. **Salão do Conhecimento**, v. 2, n. 1, 2014.

REIS, F. L. T. et al. A interdisciplinaridade no grupo tutorial primeiro de maio: Pet-Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 595-610, 2014.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v. 15, n. 21, p. 71- 82, jan- jun. 2016.

ROQUETE, F. F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.**, v. 2, n. 3, p. 463-474, 2012.

SALOMÃO, Ana Maria Araújo. **Processo de formação multidisciplinar da residência integrada em saúde no cotidiano hospitalar**. Dissertação (mestrado profissional). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde. Fortaleza, 2017.

SANTOS, C. G. et al. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, p. 985-993, 2015.

SILVA, C. T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. 1-9. 2016.

SILVA, M. V. S; MIRANDA, G. B. N; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Comunicação saúde educação**, v. 21, n. 62, p. 589-99. 2017.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 2, p. 132-138. 2015.

SILVA, D. S. J. R; DUARTE, L. R. Educação permanente em saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 17, n. 2, p. 104 – 105. 2015.

SHIKASHO, L. **Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo da micropolítica do trabalho e da formação em saúde**. 2013. 211 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. **Escola Anna Nery**, v. 22 n. 4, p. 1-8. 2018.

Capítulo 9

Educação permanente em saúde na Atenção Primária em Saúde: planejamento participativo com enfermeiros de Ocara-CE

Maria Rejane Barbosa de Araújo

Itamácia Oliveira de Melo

Ana Patrícia Pereira Moraes

Cleide Carneiro

Antonio Germane Alves Pinto

Heraldo Simões Ferreira

Introdução

Historicamente, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988, configurado pelo movimento de Reforma Sanitária (1970) e pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), para proporcionar o cuidado em saúde de maneira integral, como direito de todos e dever do Estado; é um exemplo de Política Pública por ser um sistema que não exclui e que para além de suas adversidades e problemas, luta para efetivar seus princípios e diretrizes.

O movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, durante os anos de 1970 e 1980, teve o protagonismo da luta em defesa do direito à saúde; saúde conceituada não como ausência de doenças, mas como algo que vai além do biológico, expressando um conjunto de condições saudáveis colada ao modo de andar a vida das pessoas, das quais não se poderia abrir mão (BRASIL, 2009; CECCIM; FERLA, 2009; SARRETA, 2009).

A percepção da fragilidade dos processos formativos profissionais para a compreensão e atuação neste novo contexto, precisa ser reconhecida como um importante obstáculo para o avanço do sistema, o que se observa é que o Setor Saúde avançou para a modernidade instituindo um modelo de saúde universal, público, equânime,

integral, democrático, enquanto o Setor Educação caminha a passos lentos, sem fazer as profundas alterações no perfil ético, técnico e institucional do pessoal de saúde que nele atuarão (CECCIM; FERLA, 2009; BRICK, 2012; BRASIL, 2015).

O reordenamento do modelo de atenção para impactar no novo perfil de morbimortalidade da população brasileira exige o aprimoramento de gestores e trabalhadores para conduzirem essas mudanças. Muito embora a formação em saúde, ao longo de sua trajetória histórico pedagógica, venha passando por profundas mudanças para acompanhar, em termos de corrente de pensamento, as concepções que norteiam a formação de um profissional crítico-reflexivo, capaz de transformar a realidade social pela forma como desenvolve seu trabalho, o aprender no trabalho tem sido enfatizado como uma estratégia para promover transformação destes profissionais em ação real na rede de serviço do SUS (CAPRA, 2011; VIVOT, 2014).

Dentro desta perspectiva, desde 2004, quando foi instituída, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) vem buscando sua efetivação, sendo eixo transversal de projetos e programas que objetivam a melhoria do acesso e da qualidade da assistência do SUS. Recentemente a Portaria nº 3.164, de 28 de novembro de 2017, dispôs sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO - EPS - SUS) com o objetivo de fortalecer a qualificação profissional para a transformação das práticas de saúde (BRASIL, 2017).

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia contra-hegemônica, propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local, tem a finalidade de problematizar, priorizar e construir coletivamente soluções de enfrentamento que impactem na mudança de práticas das instituições e da própria organização do trabalho, é uma ferramenta dinamizadora de transformação institucional, constitui-se um dispositivo potente em favor de novos arranjos gerenciais e novos modos de desenvolver o trabalho em saúde (MENDONÇA, 2007; CECCIM, 2011; VIVOT, 2014).

A Educação Permanente em Saúde se apoia no conceito de ensino problematizador quando questiona a realidade instigando a reflexão, e da aprendizagem significativa onde não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe é a troca de saberes. Estes pressupostos favorecem a autonomia e autoria das pessoas, e o desejo de dialogar, mudar ou incorporar novos elementos a sua prática no concreto o trabalho (CECCIM; FERLA, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o alicerce do SUS, se nela algo não vai bem, acaba por afetar os demais serviços e ações de saúde desenvolvidos nas Redes de Assistência (RAS), é a porta preferencial de entrada no SUS onde estão vinculados programas e ações a serem desenvolvidos pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família (e -ESF) na área adscrita da Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a coordenação do profissional enfermeiro.

O protagonismo da Atenção Primária e o seu fortalecimento são reconhecidos no debate nacional como estratégia prioritária para enfrentar as dificuldades complexas do sistema de saúde, que aponta para novos referenciais e caminhos que sejam capazes de superar a crise do modelo médico-hegemônico e aposta em novos arranjos gerenciais menos reducionista, para a reconfiguração das práticas de cuidado (CECCIM, 2011).

A democratização da gestão é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores, fortalecer os sujeitos, a fim de construir uma democracia institucional onde faz parte da estratégia metodológica elaborada por Gastão Wagner de Sousa Campos (1998), que baseada em matrizes conceituais da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da psicanálise aposta na potência do apoiador institucional para facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexão e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

O processo de Educação Permanente em Saúde tem potencialidade para desenvolver competência nos trabalhadores de saúde da gestão e do cuidado para lidar com os desconfortos do cotidiano dos

serviços. Ao estabelecer como prioritário para sua condução, um espaço de escuta e diálogo, constitui-se em uma estratégia político-pedagógica de pessoas reais, em busca de soluções reais para problemas reais, não devendo ser poupados esforços para o seu fortalecimento.

Nesse sentido, objetiva-se descrever as fragilidades e potencialidades para a Educação Permanente em Saúde na gestão dos coletivos de trabalho da assistência entre enfermeiros da Atenção Primária em Saúde do município de Ocara-Ceará.

Percurso Metodológico

A presente pesquisa se caracterizou de acordo com seus objetivos, como um estudo de abordagem qualitativa do tipo Pesquisa ação, cujo delineamento se ajustou aos objetivos da pesquisa de aprimorar uma prática existente. Difere significativamente de outros tipos de pesquisa quando se associa uma ação para a resolução problemas coletivos reais, para os quais os procedimentos convencionais têm pouco contribuído (ENGEL, 2000; THIOLENT, 2011).

A pesquisa ação é uma forma de investigação-ação que utiliza as técnicas de pesquisa qualitativa, que favorecem uma estrutura coletiva, participativa e ativa a nível de captação das informações, às quais se recorrem para compreender as situações, planeja-se o aprimoramento delas, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança, aprendendo no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP, 2005).

O ciclo básico de toda investigação-ação envolve quatro fases: Planejar-Agir-Descrever-Avaliar, cada uma destas grandes etapas, podem ser subdividida em outras mais específicas, dando origem a uma diversidade de métodos e esquemas, cujas representações visuais das etapas, com a definição da ação, seus agentes, seus objetivos práticos e de conhecimento, seu objeto de investigação no caso a situação social e problema(s) aí encontrado(s), favorecem o caminhar do pesquisador de uma etapa à outra (THIOLENT, 2011).

A pesquisa aconteceu na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS no município de Ocara/CE, pertencente a 1ª Macro Região de Saúde - Fortaleza, e a 22ª Coordenadoria Regional de Saúde - Cascavel (22ª CRES).

O grupo de participantes da pesquisa foi constituído por 09 dos 11 enfermeiros coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do município, atuantes na função de coordenador de unidades há mais de seis meses. Dos dois que não participaram, um não atendeu aos critérios de inclusão de estar na função de coordenador de unidade a mais de seis meses, e outro não respondeu ao convite enviado. Destes, um era do sexo masculino e oito eram do sexo feminino, dois se encontravam na faixa etária entre 22 a 30 anos e sete entre 31 a 62 anos.

Foram realizados dois ciclos em formato de oficina, uma estratégia da metodologia ativa, que promove uma aproximação entre teoria e prática, cujo formato favorece a formação de consensos, corroborando com o estilo participativo e deliberativo da Pesquisa ação, especialmente no momento prático.

Foi empregado para fazer a mediação entre os marcos teóricos e a realidade empírica a ser investigada neste trabalho: a pesquisa documental, as entrevistas semiestruturadas individuais e em grupo focal (GF), combinadas com as observações registradas em diário de campo (DC).

Foi utilizado, também, o aplicativo virtual *WhatsApp*, como suporte para conectar a pesquisadora com os enfermeiros coordenadores, com o objetivo expresso de que as postagens *on-line* não seriam utilizadas para coletar dados e sim para facilitar a comunicação coletiva de agendamentos, dúvidas, sugestões, opiniões, e compartilhamento de vídeos e artigos sobre o tema pesquisado.

A coleta de dados teve início em dezembro de 2017, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob processo No 2.402.272 e a aceitação dos participantes ao convite que lhes foi feito por escrito impresso e reforçado pelo aplicativo *WhatsApp*, discorrendo sobre os motivos, e os objetivos da pesquisa, bem como a garantia de sigilo, ressaltando o va-

lor da importância de sua contribuição. Tudo foi fortalecido pessoalmente com a mediação e anuência da Secretária da Saúde do Município. Todas as etapas foram gravadas em arquivos de áudio, transcritas para análise e tiveram o pesquisador como facilitador e moderador.

Resultados e Discussão

Como já mencionado, a aplicação desta pesquisa foi dividida em dois ciclos. O 1º ciclo compreendeu uma pesquisa qualitativa, com os objetivos de conhecer as opiniões e percepções dos pesquisados sobre Educação Permanente em Saúde, bem como descrever as fragilidades e potencialidades dos sujeitos da pesquisa, na condução desta estratégia na gestão dos coletivos de trabalho da assistência à saúde. O resultado e discussão da análise dos dados coletados no 1º ciclo serviram de base de sustentação para o 2º ciclo que corresponde a fase da Ação na proposta da pesquisa-ação, com o objetivo de elaborar o processo de planejamento das ações de educação permanente com os enfermeiros coordenadores de Unidades Básicas de Saúde do SUS do Município de Ocara-CE.

1º Ciclo: Fase exploratória da pesquisa

Este ciclo iniciou-se com uma entrevista a fim de obter a caracterização dos participantes da pesquisa e o reconhecimento de processos de trabalho e gestão.

Após a leitura exaustiva do material coletado, buscando retirar do texto o que era relacionado especificamente ao tema, emergiram as seguintes categorias e, em função das quais o conteúdo das falas foram organizados: 1. *Percepções* – sobre EPS dos enfermeiros da APS; 2. *Opiniões* – sobre EPS dos enfermeiros da APS; 3. *Fragilidades* – para EPS na gestão de coletivos de trabalho na APS; 4. *Potencialidades* – para EPS na gestão de coletivos de trabalho na APS.

Percepções e opiniões – sobre EPS dos enfermeiros da APS

Nesta categoria, os participantes ao serem interpelados sobre sua compreensão sobre o tema, tiveram suas respostas agrupadas em torno dos seguintes conceitos: Educação continuada, Aprendizagem em serviço e Educação em saúde.

Ao Roteiro de Entrevista proposto inicialmente, frente à dificuldade dos pesquisados de conceituar Educação Permanente, foi acrescentado a descrição de um exemplo do tema, a partir do qual foi possível dar seguimento às questões condutoras, e obter os dados necessário para compor a análise.

As opiniões dos pesquisados sobre o tema giraram em torno do fator tempo, motivação dos trabalhadores, categoria profissional mais envolvida no processo de EPS, temas recorrentes, sentimentos positivos e EPS como ferramenta de gestão.

As falas abaixo destacadas se relacionam diretamente com o conceito de Educação Continuada:

De juntar à equipe, de juntar os Técnicos e estar capacitando, estar trabalhando o que é uma prática a partir da teoria (participante 1).

Eu entendo que é a Capacitação voltada para o profissional (Participante 2).

[...] a gente participou por duas vezes de Educação Permanente relacionado à saúde do adolescente. A gente participou de uma Formação que foi lá na Secretaria de Saúde e em outro momento a gente participou aqui no município com a mesma temática (Participante 4).

Na minha perspectiva na Unidade Básica é essa coisa das capacitações mesmo (Participante 5).

Quem dava a Capacitação era a Escola Pública de Fortaleza junto com alguns coordenadores das Unidades da Secretaria de Saúde (Participante 8).

Educação Continuada é como se fosse uma atualização do que a gente já sabe. Como se fosse um aperfeiçoamento de tudo o que a gente já aprendeu e vai se aprimorando, se atualizando, dentro dos conteúdos que a gente trabalha (Participante 9).

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi confundido por alguns participantes com a Educação em Saúde que é um eixo de sustentação da Promoção de Saúde que tem como desafio a mudança de comportamento do usuário em relação ao seu processo de adoecimento, compreendendo uma prática educativa, troca de conhecimento entre o trabalhador da Saúde que realiza o SUS e o sujeito de sua ação (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2000).

Analisando-se as falas, percebeu-se que apenas dois participantes se aproximaram do conceito de Educação Permanente em Saúde como aprendizagem no serviço e para o serviço:

A Educação Permanente em Saúde é a gente estudar um tema dentro da própria equipe. Quando a gente perceber uma dificuldade dentro da equipe a gente não perder aquele momento. E a gente se reunir e esclarecer. Tirar as dúvidas que sempre vão surgindo (Participante 9).

Em relação à visão que você tem que ter de como é que está andando a Unidade e procurar resolver através da Educação Permanente aqueles pontos que estão fragilizados. (Participante 8).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), onde o trabalho em saúde é o cenário para o desenvolvimento do processo educativo, é entendida por diferentes nomes e definições; pode corresponder à Educação em Serviço, Educação Continuada; para muitos educadores um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e para outros configura-se como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação (CECCIM, 2005; SMAHA; CARLOTO, 2010).

De acordo com os estudos a Educação Permanente é uma estratégia que provoca mudanças, configura-se como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação que, altera a noção de recursos humanos para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta temas que geram autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional, orientadas por lógicas apoiadoras matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudanças e facilitadores de coletivos organizados (CECCIM, 2005).

Fragilidades – para EPS na gestão de coletivos de trabalho na APS

As fragilidades evidenciadas nas falas dos entrevistados giraram em torno do planejamento e operacionalização da Educação Permanente em Saúde como ferramenta de gestão, e do trabalho em saúde.

Aquela coisa de passar slides, de passar a informação assim, já está ficando um pouco monótono. Aí tem que diversificar. Ensinar de outras maneiras (Participante 3).

Eu tentei fazer um ofício... Uma coisa que não depende de mim. Depende de uma coordenação de um nível mais superior. Hierarquia mesmo. (Participante 1).

A gente participou de uma Formação que foi lá na Secretaria de Saúde (Participante 4).

Por qualquer motivo mais sério eu fazia reunião com todos, aí, sei que no final, quando eu fui analisar e parar para pensar, a Roda de Conversa estava sendo uma lavagem de roupa suja (Participante 3).

Você consegue ver EPS como uma Ferramenta de Gestão?

Não consigo. Pode ser que eu não tenha experiência, ou não consiga ainda enxergar (Participante 4).

Foram vocês que solicitaram essa capacitação?

Não. Já veio pronto (Participante 4).

A Educação Permanente em Saúde no Brasil, colocada em prática como política estratégica de gestão dos processos de trabalho, formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 353/2003 e da Portaria MS GM Nº 198/2004, tem a integralidade como eixo norteador, direcionando o trabalho em Saúde para um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que permita a reflexão e análise crítica do cotidiano dos serviços (LOPES et al., 2007; CECCIM; FERLA, 2009).

A integralidade como diretriz básica do SUS é a expressão que reflete com mais ênfase o debate mundial acerca de como devem ser configuradas as políticas, os sistemas e as práticas de saúde, é crítica ao que existe e indica uma direção a ser seguida, é um termo polissêmico, tem vários sentidos, ora é atributo da prática de uma equipe de Saúde, que recusa a fragmentação e o reducionismo, ora como modo de organizar estas práticas e o processo de trabalho que deve estar sempre aber-

to para assimilar e tratar às reais necessidades da população tanto as apreendidas epidemiologicamente, como na clínica (MATTOS, 2001).

Potencialidades – para EPS na gestão de coletivos de trabalho na APS

Nesta categoria, os entrevistados enfatizaram várias potencialidades para a condução da Educação Permanente como estratégia de gestão, organizadas em torno de expressões, palavras que remeteram aos processos de planejamento e de operacionalização.

A gente senta e resolve tudo em formato de reunião, a gente registra, mais uma Roda de Conversa em que cada um expõe quais são suas angústias, suas dificuldades, e em cima disso a equipe toda trabalha, para que todo o mundo possa se ajudar (Participante 1).

Planejamos na nossa reunião de Matriciamento que temos todo o mês. Teve a participação da psicóloga, da nutricionista, do médico, da equipe. Focamos e fizemos várias Rodas de Conversa sobre isso. A gente vai discutindo para tentar melhorar, para mudar alguma coisa. Nós temos a reunião mensal. Mas sempre que é necessário a gente se reúne também (Participante 2).

Com muito diálogo. Quando a gente chama para uma reunião nenhum fica de fora. Todos participam (Participante 3).

Eu sempre mostro a importância de cada membro aqui dentro da Unidade. E quando surge qualquer problema a gente se reúne, eu exponho o problema e cada um vai falando, vai opinando. E que tal a gente fazer desse jeito? O que é que caminhava melhor? E no final a gente faz uma conclusão. Sabe porque (a Roda de Conversa) uso, porque qualquer problema da Unidade interfere no trabalho como um todo (Participante 8).

A democratização da gestão é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores, fortalecer os sujeitos, a fim de construir uma democracia institucional faz parte da estratégia metodológica elaborada por Gastão Wagner de Sousa Campos (1998), que baseada em matrizes conceituais da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da psicanálise aposta na potência do apoiador institu-

cional para facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexão e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

Essa dimensão coletiva de negociação permanente das tensões do cotidiano em saúde deve ser gerenciada por mecanismos que promovam o envolvimento e a deliberação. Estratégias institucionais e a oferta de espaços que garantam o diálogo entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde, são condições indispensáveis para a mudança do modelo organizacional, é preciso tornar a instituição um espaço educativo que atenda às exigências desta função gestora (VIVOT, 2014).

A oficina - pressupostos da Educação Permanente em Saúde

Após conhecer as opiniões e percepções, bem como as fragilidades e potencialidades encontradas no grupo de enfermeiros coordenadores de UBSs sobre o tema pesquisado, enveredamos no segundo ciclo da pesquisa, a ação propriamente, quando foi planejada uma oficina que contemplasse as lacunas de conhecimento, à partir do diagnóstico educativo estabelecido na fase exploratória desta Pesquisa-Ação.

Durante a realização da oficina 1, tivemos constantemente a fala dos participantes, com relatos de suas vivências relacionadas ao tema abordado, o que tornou a Oficina bastante participativa, caracterizando-se em Grupo Focal para coleta de dados. Foi um momento riquíssimo de reconhecimento da cultura existente dos usuários, profissionais, funcionários e gestores de cada área ali representada pelos enfermeiros coordenadores das UBSs. Tivemos acesso ao modo como eles interpretam o que acontece, realizam as ações, estabelecem regras e compreendem o processo saúde-doença:

A liderança é uma coisa nata, né? Você para ser líder não precisa ser aquela figura opressora. Mas ser aquele líder que se envolve nos processos. Que é humilde, amoroso (Participante 1).

Aprender a escutar. Saber ouvir, eu não posso chegar e querer impor o meu direito e querer mudar aquele funcio-

namiento. Você tem que escutar aquele grupo que já realiza e dali a gente traçar umas novas estratégias de serviço. O diálogo é fundamental (Participante 9).

Quando a gente vai escutando o outro, vai fortalecendo até mesmo o nosso conhecimento (Participante 7).

Junto com as transcrições das entrevistas, foram entregues a cada participante, um Diário de Campo para que fossem registradas as impressões, opiniões e sentimentos (desafios, perdas, ganhos, etc) que os participantes tenham sentido durante a Oficina. O diário do pesquisado como fonte de dados, possibilitou conhecer as reflexões dos sujeitos pesquisados.

2º Ciclo: O planejamento das ações de Educação Permanente com os enfermeiros da assistência primária em saúde de Ocara/CE

Diante da atual compreensão dos enfermeiros coordenadores de UBSs, sujeitos desta Pesquisa Ação, sobre a dimensão pedagógica da Educação Permanente, foi proposto ao grupo por esta pesquisadora e Apoiadora Institucional o planejamento educativo para o ano de 2018 no município de Ocara/CE.

Com vistas ao objetivo de estabelecer um novo modelo de assistência menos restritivo e excludente, baseado nas necessidades do usuário, o Estado do Ceará, lançou o Projeto Qualifica APSUS, que tem como foco estabelecer padrões de cuidado na APS por meio da implementação de micro e macro processos básicos, para que a mesma consiga cumprir os seus atributos de coordenadora da Rede de Assistência do SUS.

O município de Ocara/CE aderiu ao Projeto Qualifica APSUS e estabeleceu na sua programação anual de Educação Permanente a qualificação dos sujeitos envolvidos na condução deste projeto. Portanto, sendo necessário um planejamento desta ação, ficando aí estabelecida a interface com esta Pesquisa Ação, quando a mesma tem como objetivo também este planejamento.

Para este 2º Ciclo da pesquisa ação, o convite foi feito pessoalmente e reforçado no Grupo via *WhatsApp*. Após o consenso do grupo de pesquisados, de ter como ação educativa prioritária para o ano de 2018 a replicação da Oficinas do Projeto Qualifica APSUS, como proposta de solução para a falta de equidade na RAS, problema que se estabelece inicialmente na APS, foi utilizada a planilha 5W2H, uma ferramenta para registrar de maneira organizada e planejada como serão efetuadas as ações, assim como por quem, quando, onde, porquê, como e quanto irá custar.

A replicação deverá ocorrer em 09 das 11 áreas, visto que duas equipes já participaram das oficinas regionais em 03 grupos com três equipes de saúde a cada oficina.

Quadro01 – Áreas representativas da Atenção Primária em Saúde

GRUPOS	ÁREAS
01	Novo Horizonte, Bolas, Sede
02	Serragem, Seis Carnaúbas, Croatá
03	Arisco, Vila de São Marcos, Jurema

O planejamento foi em torno de 06 Oficinas, metodologia ativa empregada que favorece ao coletivo, habilidades para incorporar novas tecnologias nos seus processos de trabalho quando aproxima a teoria na prática.

Foi utilizada a matriz do Guia do CONASS: OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS, juntamente as Apostilas do Projeto Qualifica APSUS.

Considerações Finais

No decorrer desta pesquisa, procurou-se manter uma coerência entre a teoria do método e o modo de fazer proposto pelo tema. Desta forma, foram realizados ciclos de ações precedidas de reflexões coletivas, onde quem pensou fez e quem planejou, executou. Foi um caminhar marcado por idas e vindas entre algumas fases, com intensa troca de saberes e práticas no Grupo da Pesquisa.

Apreender o contexto compartilhado pela Análise de Conteúdo nos revelou um conhecimento significativo (in)esperado, com potencialidades e fragilidades. Os resultados foram expostos de acordo com a política, que não é uma teoria e sim um modo de ser e fazer o trabalho em saúde. Um trabalho complexo que sofre fortes influências pelas lógicas internas que o definem, nos levando muito mais a questionamentos que conclusões: A política é de educação ou gerenciamento permanente?

Considerando a importância desta formação para o protagonismo dos atores envolvidos nesta ação, a oficina sobre as bases teóricas e metodológicas da EPS, realizada durante a pesquisa com os enfermeiros gestores de UBS, foi uma medida necessária para o processo de planejamento educativo proposto por esta pesquisa, pois do ponto de vista técnico, este planejamento prescinde de uma qualificação e aprimoramento desses atores.

Acredito que iniciativas semelhantes possam contribuir para que a PNEPS, instituída há 14 anos, consiga sair da fase de assinatura burocrática de adesão com vista apenas no repasse financeiro, para a fase de execução de fato. Movida pela certeza de poder colaborar nessa transformação, concluo esta Pesquisa Ação com a intenção de que o produto da mesma, o Planejamento das Ações de Educação Permanente na APS de Ocara-CE/2018, não se torne mais uma peça engavetada, mas possa contribuir efetivamente para a implementação da política e para o fortalecimento do SUS constitucional.

A Pesquisa Ação foi um instrumento valioso de tomada de decisão, quando após o alinhamento conceitual dos sujeitos implicados com os pressupostos do tema, forneceu subsídios para o planejamento

das ações de Educação Permanente pelos enfermeiros coordenadores de Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Ocara/CE.

Esta programação foi levada para avaliação a nível deliberativo no Conselho Municipal de Saúde, tendo sido aprovada pela Resolução nº 15/2018. Ressaltamos após sua execução será realizada avaliação a nível de efetividade (ARAÚJO, 2018).

Referências

ARAÚJO, Maria Rejane Barbosa de. Produto – **Planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde da Prefeitura de Ocara/CE**. Fortaleza, 2018. Disponível em: < http://www.uece.br/cmepes/index.php/docmandownloads/doc_download/2340-> Acesso: 01/12/2018.

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, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde, 9).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html> Acesso em: 02 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF: 3º Ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRICK, Alexandre V. O ensino médico e o SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 2, p. 331-333, 2012.

CAPRA, Margareth Lucia Paese. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde**. 2011. 241f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.

CECCIM. Prefácio. In: SILVA, Angela Cristina Ferreira da; VICCARI, Eunice Maria; KLAFFE, Teresinha Eduardes. (Orgs.) **Marcas do trabalho em equipe na saúde: formação e atenção**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

_____, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 308p. p. 107-111.

ENGEL, Guido Irineu. Pesquisa-ação. **Educar em Revista**, Curitiba, n.16, p. 181-191, 2000.

LOPES, Sara Regina Souto; PIOVESAN, Érica Torres de Almeida; MELO, Luciana de Oliveira; PEREIRA, Márcio Florentino. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, abr./jun. 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2001, p.39-64.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: percepções de tutores e facilitadores. 2007.124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.155-162.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interferativa e da cogestão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl.1, p. 895-908, 2014.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SMAHA, Índia Nara; CARLOTO, Cássia Maria. **Educação permanente**: da pedagogia para a saúde. 2010. Disponível em:<http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf> Acesso em: 02 mar. 2017.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 132p.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VIVOT, Cláudia Cristiane. **Análise institucional e política de educação permanente**: ferramentas de gestão e institucionalização da atenção básica no município de Sorocaba/SP. 2014. 222f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2014.

Capítulo 10

Processos formativos para profissionais da saúde voltados ao AVC: pesquisa-ação em um hospital de referência do cariri cearense

*Raquel Lucena Nicodemos
Maria Corina Amaral Viana
Cleide Carneiro*

Introdução

A apresentação de protocolos e escalas direcionados ao manejo clínico do paciente acometido por AVC, mediante orientações aos profissionais de saúde, favorece o alcance da qualificação dos trabalhadores que atuam na “ponta”, desde a Atenção Básica, o ambulatório, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Sala de Estabilização, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), até as portas de entrada hospitalares, financiando melhorias na estrutura física e tecnológica destes serviços. Nesse sentido, faz-se necessário e urgente uma formação em serviço quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas do Acidente Vascular Cerebral, assim como manutenção do atendimento à vítima, a fim de que seja favorecido um melhor desfecho clínico e conformidades às diretrizes do Ministério da Saúde e Protocolo Institucional.

Além disso, formação em serviço desenvolvida em estabelecimento de saúde, a exemplo de hospital de referência ao atendimento do paciente vítima do AVC contribuirá com ampliação das discussões, reflexões sobre as práticas do processo educativo, e do melhor manejo na prestação do cuidado, assim como o envolvimento dos profissionais. Um processo formativo eficaz para a equipe multidisciplinar, que atende esse paciente na “porta de entrada”, ou seja, no setor da emergência, e na Unidade de AVC, faz-se necessário, especialmen-

te para enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos e fisioterapeutas, os quais mantêm contato permanente com os pacientes logo que recebem o primeiro atendimento.

Partindo desse pressuposto, e visando fortalecer o alcance das metas do serviço quanto ao atendimento do paciente vítima de AVC, em tempo hábil e com segurança, inegavelmente que processo formativo, mediante uma aprendizagem problematizadora, será um aliado na busca da formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social, prestando uma assistência humana e de qualidade (CECCIM, 2005).

Assim, propõe-se um estudo que aplique formação em serviço aos profissionais médicos, de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem), fisioterapeutas, auxiliares de transporte relacionada ao Protocolo do AVC e à sua linha do Cuidado em AVC, coletando, sistematicamente, dados sobre o processo ensino-aprendizagem, bem como observar a eficácia das capacitações específicas de equipe para a ampliação dos conhecimentos teóricos, práticos e a melhoria da condição psicológica (sensação de segurança no atendimento) e da interação entre os profissionais entre si e com as equipes multidisciplinares no atendimento do paciente vítima do AVC que forem atendidos no Hospital Regional do Cariri (HRC), assim como, a resolução dos problemas pelos profissionais que atendem os pacientes, a serem elencados na fase exploratória da pesquisa-ação.

Serão perguntas desse estudo: 1) Quais os problemas vivenciados pela equipe multiprofissional do setor de Urgência e Emergência, além da Unidade de AVC (UAVC), acerca da operacionalização da Linha do Cuidado em AVC, e como a formação em saúde, mediante a pesquisa-ação poderá minimizá-los?

Diante disso, objetiva-se, com esse estudo, descrever a formação em serviço, as estratégias utilizadas e as etapas da pesquisa-ação implementadas.

Metodologia

Desenho do Estudo, Definição e Aplicação

Tratou-se de uma pesquisa-ação; sendo uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação; a pesquisa não se limita a uma forma de ação (ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o nível de consciência das pessoas e grupos considerados (THIOLLENT, 1986 *apud* PAULON, 2005).

Em suma, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa-ação, um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e conduzida em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, na qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2004).

Para a elaboração desse tipo de pesquisa, é necessário que sejam seguidos três passos, a saber: 1) observar, para reunir informações e construir um cenário; 2) pensar, para explorar, analisar e interpretar os fatos; e 3) agir, para implementar e avaliar as ações (MOTA *et al.*, 2015).

O estudo teve uma abordagem quantitativa (primeiro delineamento), assim como qualitativa (segundo delineamento), do tipo exploratório-descritivo.

No primeiro delineamento, aplicaram-se questionários semiestruturados, e os dados computados foram dispostos em planilhas do programa informatizado Excel, para melhor visualização dos resultados e transcritos em tabelas. Estes foram dispostos de forma descritiva com cálculo de percentual e frequência absoluta, em tabelas e quadros, aplicando dentro do contexto interpretação à luz das políticas públicas sobre AVC, Portarias do Ministério da Saúde (MS), Diretrizes Internacionais para o tratamento do AVC Agudo e Protocolo Institucional.

No segundo delineamento, na perspectiva de pesquisa qualitativa, focou-se na exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que estava sendo investigado (formação em serviço na Linha de Cuidado em AVC), assim como descrevendo todas as etapas da pesquisa-ação.

A metodologia qualitativa foi escolhida neste estudo por permitir observar questões não mensuráveis como a formação em serviço, os sujeitos envolvidos e as suas práticas. O método qualitativo se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou a produção de modelos teóricos para aplicabilidade prática (MINAYO, 2010).

Quanto aos critérios de representatividade qualitativa, utilizou-se a amostra intencional.

O delineamento dessa pesquisa partiu de uma situação concreta, para uma ação orientada, em função da resolução dos problemas efetivos detectados no setor de Urgência e Emergência do HRC, assim como da Unidade de AVC. O planejamento da pesquisa-ação foi flexível com várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo investigador no relacionamento com a situação pesquisada. A metodologia foi entendida aqui como um percurso, um caminho para que fossem atingidos os objetivos.

Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no HRC. Trata-se de um hospital da rede pública do Governo do Ceará, localizado em Juazeiro do Norte, Ceará. Com 324 leitos e emergência porta aberta, atendendo aos 45 municípios da macrorregião do Cariri, que tem aproximadamente 1,5 milhão de habitantes (SESA, 2017).

A unidade de AVC do Hospital Regional do Cariri faz parte do projeto de descentralização do Programa de Atenção Integral e Integrada ao AVC no Ceará, iniciativa que tem reduzido de maneira significativa o número de óbitos.

Ainda, a Educação Permanente do HRC tem como base teórica a Política Nacional de Educação Permanente de nº 478/2014, e que o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) publicou sua política voltada à Educação Permanente, disseminando para suas unidades as quais são geridas, incluindo o HRC. A autora do estudo é a enfermeira que gerencia as ações de Educação Permanente do HRC desde 2011, portanto, desde quando foi implantado o serviço.

Participantes do estudo

Na fase inicial da pesquisa, ou seja, na fase exploratória/fase de diagnóstico, participaram da pesquisa os profissionais do HRC que atuam na Linha de Cuidado em AVC, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta do setor da emergência e da Unidade de AVC, assim como técnicos em Radiologia que trabalham no setor de Imagem, que prestam assistência aos pacientes. Em escala, há um total aproximado de 54 enfermeiros, 23 médicos, 6 fisioterapeutas, 90 técnicos em enfermagem, 1 fonoaudiólogo e 29 técnicos em Radiologia.

Esse critério foi estabelecido para permitir uma coleta de dados fiel à realidade, pois todos os profissionais acima mencionados prestam assistência a pacientes que podem sofrer ou sofreram um AVC, e que foram ou serão atendidos no HRC.

Em fases subsequentes da pesquisa-ação, ou seja, que trataram da execução e da formação em serviço, também, participaram médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta do setor da emergência e da Unidade de AVC, assim como os técnicos em Radiologia que trabalham no setor de Imagem, que prestam assistência aos pacientes.

Profissionais que estavam vinculados a setores que não estiveram diretamente prestando assistência aos pacientes acometidos pelo AVC, a exemplo da Central de Material e Esterilização (CME), também, foram excluídos do estudo, assim como aqueles que estavam de atestado médico/licença-maternidade no período da coleta de dados ou, ainda, aqueles que se recusaram a participar do estudo.

Procedimento e técnicas de coleta de dados do estudo

O planejamento de uma pesquisa-ação é bastante flexível. Contrariamente, a outros tipos de pesquisa, não se segue uma série de fases rigidamente ordenadas. Há sempre um vaivém entre várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada. Os pesquisadores participam de todas elas (divisão de tarefas), porém, as responsabilidades foram distribuídas em função das competências e afinidades. Todos os aspectos são coordenados no seminário (THIOLLENT, 2011). A coleta dos dados aconteceu com a pesquisadora, aplicando questionários semiestruturados aos profissionais envolvidos na Linha de Cuidado em AVC do HRC, a fim de se conhecer o ambiente e seus problemas (intitulou-se de fase exploratória ou de diagnóstico). Nas fases subsequentes, de aplicação das formações em serviço na Linha de Cuidado ao AVC, tive o auxílio, assessoria de participantes dos seminários, ou seja, com aqueles profissionais que se envolveram anteriormente à pesquisa com treinamentos, capacitações; sendo explicados acerca da pesquisa pela pesquisadora, seu objetivo e metodologia.

Enquanto técnica de coleta de dados, seguiu-se o seguinte roteiro proposto por Thiollent (2011):

Primeiro momento - Fase exploratória (diagnóstico): no primeiro momento da pesquisa, na fase exploratória, que segundo Thiollent (2011) consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento (ou “diag-

nóstico”) da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações, foi feita visita no setor de urgência e emergência, no setor de imagem e unidade de AVC.

Aplicou-se um questionário semiestruturado aos profissionais que atuam na linha do cuidado em AVC do HRC, além de ter sido feito levantamento de necessidades/fragilidades e pontos fortes vivenciados (sendo transcritos em e-mail e enviados aos envolvidos, a exemplos dos facilitadores dos processos formativos - coordenador médico e enfermeiras da Unidade de AVC do HRC).

Ainda, para as formações propriamente ditas, voltadas ao AVC e sua Linha de Cuidado, levantaram-se problemas e possíveis soluções junto aos sujeitos. Ainda na fase exploratória, segundo Thiollent (2011), detectam-se apoios e resistências, convergências e divergências, posições otimistas e céticas etc. Com o balanço destes aspectos, o estudo de viabilidade permite aos pesquisadores tomarem a decisão e aceitarem o desafio da pesquisa sem criar falsas expectativas.

Segundo momento - Definindo os objetivos da pesquisa-ação: após análise do consolidado dos achados da fase exploratória, foi realizado um encontro/reunião com os envolvidos em capacitações anteriores, os chamados multiplicadores/facilitadores, que são as enfermeiras da Unidade de AVC (total de 2) e um médico neurologista (coordenador, no total de 1). Após a fase de diagnóstico, de identificação dos problemas, foram apresentados no encontro/reunião os principais achados (apoios e resistências, convergências e divergências, posições otimistas e céticas), sendo compartilhada, para que assim fossem estabelecidos os objetivos e planos de ação futuros. Segundo Thiollent (2011), os objetivos dizem respeito aos problemas considerados como prioritários, ao campo de observação, aos atores e ao tipo de ação que estarão focalizados no processo de investigação.

Terceiro momento - Escolhendo o tema da pesquisa e colocação dos problemas: que trata-se da designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados; e que na pesquisa-ação, a concretização do tema e seu desdobramento em problemas a serem

detalhadamente pesquisados são realizados a partir de um processo de discussão com os participantes.

Na pesquisa realizada no HRC, na formação propriamente dita, voltada à Linha do Cuidado em AVC, podemos nos utilizar de um marco referencial. Além disso, na pesquisa, encontramos outros problemas nos momentos das formações, nos seminários, onde foram discutidos os casos reais de pacientes atendidos com suspeita de AVC, mediante a estratégia de estudo de caso do tipo caso-análise e caso-problema, além da formação de grupo-observação e grupo-verbalização e de vídeo, mediante uma aprendizagem andragógica e problematizadora. Segundo Thiollent (2011), na fase inicial de uma pesquisa – seja qual for a sua estratégia ativa ou não – junto com a definição dos temas e objetivos, precisa-se dar atenção à colocação dos principais problemas a partir dos quais a investigação será desencadeada. Noutras palavras, trata-se de definir uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido. No caso da pesquisa-ação, os problemas colocados são inicialmente de ordem prática. Em suma, tratou-se de procurar soluções para se chegar a alcançar um objetivo ou realizar uma possível transformação dentro da situação observada.

Quarto momento - O lugar da teoria: Segundo Thiollent (2011), o papel da teoria consiste em gerar ideias, hipóteses para orientar a pesquisa e as interpretações. Diante disso, nos seminários, onde foram trabalhados os processos formativos, trabalhou-se a teoria, mediante exposição dialogada e discussão em grupo.

Quinto momento - Hipótese: como orienta Thiollent (2011), uma hipótese é simplesmente definida como uma suposição formulada pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções a um problema colocado na pesquisa, principalmente ao nível observacional. Ela desempenha um importante papel na organização da pesquisa: a partir da sua formulação, o pesquisador identifica as informações necessárias, evita a dispersão, focaliza determinados segmentos do campo de observação, seleciona os dados etc, a hipótese, ou a diretriz, deve ser formulada em termos claros e concisos, sem ambiguidade gramatical

e designar os objetos em questão a respeito dos quais seja possível fornecer provas concretas ou argumentos convincentes, favoráveis ou não. Na pesquisa, as hipóteses foram levantadas na reunião com os facilitadores e nos seminários de formação voltados à Linha do AVC.

Sexto momento - Seminários: ainda segundo Thiollent (2011), a partir do momento em que os pesquisadores e os interessados na pesquisa estão de acordo sobre os objetivos e os problemas a serem examinados, começa a constituição dos grupos que irão conduzir a investigação e o conjunto do processo. A técnica principal, ao redor da qual as outras gravitam, é a do “seminário”. O seminário central reúne os principais membros da equipe de pesquisadores e membros significativos dos grupos implicados no problema sob observação, consistindo em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação. O seminário centraliza todas as informações coletadas e discute as interpretações. Suas reuniões dão lugar a “atas” com as informações reunidas, e dentro da perspectiva teórica adotada, o seminário elabora diretrizes de pesquisa (hipóteses) e diretrizes de ação submetidas à aprovação dos interessados, que serão testadas na prática dos atores considerados. As ações realmente desencadeadas são objeto de permanente acompanhamento e de avaliações periódicas. A partir do conjunto de informação processada, o seminário produz material. Parte deste material é de natureza “teórica” (análise conceitual etc.), outra parte é de natureza empírica (levantamentos, análise da situação etc.). Outra parte ainda, às vezes, elaborada com colaboradores externos, é o material de divulgação, de natureza didática ou informativa, destinado ao conjunto da população implicada nos problemas abordados. Nos seminários que foram aplicados com os envolvidos na Linha do Cuidado ao paciente vítima de AVC, foram feitas as seguintes tarefas: 1. Foi definido o tema; 2. Elaborou-se a problemática na qual foram tratados os problemas e as correspondentes hipóteses de pesquisa; 3. Constituíram-se os grupos de estudos e equipes de pesquisa, coordenando suas atividades; 4. Foram centralizadas as informações provenientes das diversas fontes e grupos;

5. Foram elaboradas as interpretações; 6. Foram buscadas soluções e consequentemente foram definidas as diretrizes de ação; 7. Foi estabelecida em plano de ação, a ação, quem são os atores, quais são os objetivos (metas) e posteriormente como serão avaliadas as ações; e, 8. Serão divulgados os resultados pelos canais apropriados (congressos, encontros, fóruns, reuniões).

Sétimo momento - Coleta de dados dentro dos seminários: foi efetuada por grupos de observação e pesquisadores sob controle do seminário central. Como técnica, também foi aplicado questionário semiestruturado no local de trabalho (fase exploratória como anteriormente descrito no primeiro momento), e que também Thiollent (2011) cita em sua publicação, como recomendação. Sejam quais forem as técnicas utilizadas, os grupos de observação composto por pesquisadores e de participantes comuns procuram a informação que é julgada necessária para o andamento da pesquisa, respondendo a solicitações do seminário central. É claro que os grupos podem fornecer outras informações que não estavam previstas, o que permite aumentar a riqueza das descrições (THIOLLENT, 2011). A utilização de questionários foi útil, porque pode-se dominar os aspectos técnicos da concepção, da formulação e da codificação. Ainda, como afirma Thiollent (2011), no contexto particular da pesquisa-ação, os questionários obedecem a algumas das regras dos questionários comuns (clareza das perguntas, perguntas fechadas, escolha múltipla, perguntas abertas etc). Todavia, há algumas diferenças. Na pesquisa-ação, o questionário não é suficiente em si mesmo. Ele traz informações sobre o universo considerado que serão analisadas e discutidas em reuniões e seminários com a participação de pessoas representativas.

Oitavo momento - Plano de ação: segundo Thiollent (2011), para corresponder ao conjunto dos seus objetivos, a pesquisa-ação deve se concretizar em alguma ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação. A formulação de um plano de ação constitui como sendo uma exigência fundamental. Em geral, trata-se de uma ação na qual os principais participantes são os membros da situação ou da organização sob observação. A discussão informal com pequenos grupos é

sempre um passo necessário, principalmente na fase exploratória da pesquisa, mas não chega a caracterizar o conteúdo da proposta metodológica no seu conjunto.

Nono momento - Divulgação externa: será seguida a recomendação de Thiollent (2011), que se trata de ofertar o retorno da informação aos grupos implicados, além de também ser possível, mediante acordo prévio dos participantes, divulgar a informação externamente em diferentes setores interessados. A parte mais inovadora pode ser inserida na discussão de trabalhos em ciências sociais e divulgada nos canais apropriados como conferências, congressos etc. O retorno é importante para estender o conhecimento e fortalecer a convicção e não deve ser visto como simples efeito “propaganda”. Trata-se de fazer conhecer os resultados de uma pesquisa que, por sua vez, poderá gerar reações e contribuir para a dinâmica da tomada de consciência e, eventualmente, sugerir o início de mais um ciclo de ação e de investigação. Deve-se prever meios e canais que permitam que a população manifeste suas reações e eventuais sugestões. Portanto, nessa pesquisa serão apresentados os resultados nos setores da Emergência, setor de Imagem e Unidade de AVC, além de congressos, conferências, simpósios e fóruns relacionados à enfermagem e ao AVC.

Procedimentos de análise e interpretação dos dados do estudo

Os dados foram organizados pelo material extraído dos momentos de encontro/reunião e seminários, assim como mediante a análise de conteúdo dos questionários semiestruturados aplicados.

Os dados referentes aos questionários foram dispostos em planilhas do programa informatizado Excel, para melhor visualização dos resultados e transcritos em tabelas. Estes foram dispostos de forma descritiva com cálculo de percentual e frequência absoluta, em tabelas e quadros, aplicando dentro do contexto interpretação à luz das políticas públicas sobre AVC, Portarias do MS, Diretrizes Internacionais para o tratamento do AVC Agudo e Protocolo Institucional.

A análise e interpretação dos dados deu-se dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa. Sou foco foi principalmente a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que estava sendo investigado. De acordo com Minayo (2010), o estudo do material não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos interlocutores, porque, em geral, em um grupo que tem as mesmas características socioculturais, costumam ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo em que também apresentam singularidades próprias da biografia de cada um.

O exame dos dados foi feito por intermédio da Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática, proposta por Minayo, a qual se desdobrou em três etapas: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa se referiu à escolha do material analisado e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais. Na segunda etapa, relacionada à exploração do material, este foi submetido a estudo aprofundado. Nessa etapa, foram utilizados procedimentos de classificação e categorização que buscarem sínteses coincidentes e divergentes de ideias. Na última etapa, no tratamento dos dados e interpretação, a reflexão e a intuição possibilitaram o estabelecimento de relações, desvelando o conteúdo latente dos discursos (MINAYO, 2010). As temáticas foram assim divididas: parte foi traçado um perfil, constando as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, tempo de formado, formação anterior, se atuação como docente ou só como assistente ou só como gestor, tempo de docência, tempo de assistência, tempo de gestão. E na segunda parte, o conhecimento das metodologias de ensino-aprendizagem e envolvimento anterior com processos formativos, além do conhecimento quanto ao AVC e sua Linha de Cuidado. Ainda, a segunda parte do questionário, foi composta por perguntas relacionadas ao ensino-aprendizagem, seu conhecimento, suas estratégias utilizadas, instrumento de avaliação para averiguação das habilidades e competências exigidas pelas diretrizes do Ministério da Saúde (2013).

Aspectos Éticos

A pesquisa respeitou os preceitos éticos sobre estudos envolvendo seres humanos, segundo a resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais. Foi obtido da instituição requerida uma carta de anuência para o desenvolvimento do estudo, além de o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), sendo aprovado com parecer de nº 2.295.526. A pesquisa apresentou mínimos riscos aos sujeitos, tais como ansiedade ao se envolver nas ações educativas na instituição de saúde, constrangimento, represália ou qualquer tipo de ameaça à sua atuação profissional junto à instituição de saúde a que estavam vinculados. Os riscos foram minimizados mediante abordagem individualizada a cada participante que aceitou participar do estudo, onde a pesquisadora explicou o objetivo do estudo, sua metodologia e relevância, em sala individualizada e acolhedora. A pesquisa trouxe benefícios, fortalecendo a evidência do resultado de processos formativos voltados ao AVC e sugestões de melhoria para o serviço no HRC por se tratar de prática necessária em muitos hospitais. Para a garantia do anonimato, estabelecemos a letra da categoria do profissional, E – enfermeiro, M – médico, TE – técnico em enfermagem, F – Fisioterapeuta, F – fonoaudiólogo, TR- técnico em radiologia, referenciando assim os sujeitos da pesquisa. Foi formulado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo participante, onde estava descrito o objetivo do estudo e deu a ele a garantia do anonimato.

Resultados e Discussão

Processos Formativos para Profissionais da Saúde voltados ao AVC

Evidências científicas atuais mostram que o atendimento imediato e qualificado aos indivíduos com eventos agudos de AVC, por intermédio de fluxos bem definidos e procedimentos detalhados, é

vital e fundamental para a sobrevivência do paciente, bem como para um bom prognóstico. Sua abordagem é contemplada em publicação feita pelo Ministério da Saúde por meio da Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2013).

Atribuído a isso, o acolhimento direcionado a uma pessoa acometida por AVC, dentro do olhar proposto por abordagem baseada na clínica ampliada e projeto terapêutico singular, tem como meta final a inserção social e participação cidadã do indivíduo. O desenvolvimento tecnológico, novos conhecimentos neurocientíficos e materiais inovadores para tecnologia assistiva, associados a uma abordagem por equipe de reabilitação capacitada, são capazes de recuperar e/ou minimizar incapacidades e melhorar a qualidade de vida dessa pessoa. O paciente que chega a uma unidade de atendimento de urgência tem como prioridade sua estabilização hemodinâmica, a ser realizada pela equipe de atendimento imediato. A verificação de que o evento é recidivante ou primário, o resultado do grau da Escala de AVC do NIH2, o tempo para se conseguir a estabilidade clínica e as complicações associadas predizem o prognóstico funcional desse paciente. Durante a internação hospitalar, os atendimentos especializados por equipe de reabilitação já podem ser iniciados, sendo o objetivo principal incentivar a desospitalização o mais precoce possível e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento. Preconiza-se que o paciente na alta hospitalar receba relatório de sua condição clínica, encaminhamentos para a equipe de reabilitação, além de orientações para cuidados domiciliares (BRASIL, 2013).

Faz-se necessária uma atenção integrada à saúde do paciente com AVC mediante uma abordagem interdisciplinar, que contempla a programação de reuniões periódicas dos profissionais para a discussão de cada caso, incluindo as estratégias de atendimento. Além disso, a família poderá receber orientações uniformes e consensuadas pela equipe envolvida na reabilitação, o que facilita a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

Partindo desse pressuposto, como parte do cuidado qualificado, é importante a garantia de acesso dos usuários às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Atenção na Rede Básica associa um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo e deve buscar não só a assistência, mas também a prevenção e a redução das taxas de internação e/ou reinternação por AVC. Para tanto, algumas medidas bem estabelecidas precisam ser consideradas: Educação permanente de recursos humanos a fim de identificar precocemente pessoas com os fatores de risco para o AVC e garantir acompanhamento nas UBS, além da identificação de sinais e sintomas iniciais, favorecendo o pronto atendimento imediato; Formação das equipes de Saúde da Família pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o propósito de capacitar os agentes comunitários de Saúde e demais membros da Estratégia Saúde da Família (ESF), identificar pessoas com AVC e fornecer orientações e os primeiros cuidados de reabilitação territorial; Encaminhamento para o profissional capacitado para que seja feita prescrição de recursos em tecnologia assistiva, tais como: órteses, cadeiras de rodas e cadeiras de rodas para banho, além de adequação do ambiente físico, quando necessário, por meio de critérios seguros e que auxiliem nos primeiros cuidados pós-evento; Incentivo à formação de programas de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC); Promoção de campanhas educativas por variadas mídias, para a população em geral, com uso de linguagem acessível e não alarmante, visando à prevenção com divulgação dos fatores de risco e a sinais precoces do evento, para que a própria população possa reconhecer os grupos de risco e procurar assistência o mais rápido possível, quando necessária; Estimulação da educação em saúde dos grupos de risco, coordenada por profissionais de Saúde habilitados nas UBS, com o objetivo de promover a discussão acerca de medidas preventivas, tais como mudanças de hábitos alimentares e estímulo à atividade física, além de permitir a troca de experiências; Ações que facilitem a inclusão escolar, laboral ou social de pessoas com AVC; Realização de abordagens e práticas grupais e oficinas socioeducativas, focais, operativas, terapêuticas, entre outras; Integração das ações da reabilitação aos outros equipamentos do ter-

ritório (escolas, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer) (BRASIL, 2013).

Atribuído à temática, a capacitação, articulação e educação continuada dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências baseiam-se em: Aspectos gerais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde; Modelo da Linha de Cuidados em AVC; Reconhecimento dos Componentes que integram a Rede de Atenção às Urgências e seus respectivos papéis dentro da Linha de Cuidados em AVC; Fluxo de referência e contra referência na Linha de Cuidados em AVC; e Treinamento teórico e prático das diretrizes clínico-assistenciais (BRASIL, 2012).

Seguindo a lógica da pesquisa-ação, os resultados do estudo foram concentrados em vários momentos, quais sejam:

Momentos da pesquisa-ação	Definições dos momentos da pesquisa-ação Onde foram aplicados	
Primeiro momento	Fase exploratória ou de diagnóstico	Visita aos setores de Emergência e Unidade de AVC do HRC, aplicando questionários semiestruturados (etapa 1 da pesquisa), assim como dentro dos seminários, ou seja, dentro das formações em serviço junto aos profissionais (sujeitos do estudo) (etapa 2 da pesquisa)
Segundo momento	Definição dos objetivos da pesquisa-ação	Encontro/reunião com os envolvidos em capacitações anteriores, os chamados multiplicadores/facilitadores (enfermeiras da Unidade de AVC) e um médico neurologista
Terceiro momento	Escolha do tema da pesquisa e colocação dos problemas	A partir de um processo de discussão com os participantes, dentro dos seminários
Quarto momento	Colocação do lugar da teoria	O papel da teoria consiste em gerar ideias, hipóteses para orientar a pesquisa e as interpretações, dentro dos seminários
Quinto momento	Levantamento da hipótese	Na pesquisa, as hipóteses foram levantadas na reunião com os facilitadores e nos seminários de formação voltados à Linha do AVC

Sexto momento	Facilitação do processo de sensibilização mediante seminários	Construção dos seminários, sendo uma constituição de grupos que conduziram a investigação e o conjunto do processo
Sétimo momento	Coleta dos dados	Efetuada por grupos de observação e pesquisadores sob controle do seminário central. Como técnica, também foi aplicado questionário semiestruturado no local de trabalho
Oitavo momento	Preparo do plano de ação	Efetuada nos seminários, mediante discussões informais em pequenos grupos
Nono momento	Divulgação externa	Congressos, conferências, simpósios e fóruns relacionados à enfermagem e ao AVC

Etapa 1

Referente à fase exploratória da pesquisa-ação que, segundo Thiollent (2011), consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, foi feita visita no setor de urgência e emergência, no setor de imagem e unidade de AVC, visando que os dados fossem coletados através do questionário semiestruturado, aplicado aos médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, auxiliares de transporte e técnicos em Radiologia, ou seja, àqueles que operam a Linha do Cuidado em AVC no HRC.

Nos questionários, obtiveram-se informações quanto aos **dados de identificação** (sexo; idade; estado civil; filhos; cargo; anos de formado; tempo de experiência na assistência; se trabalha apenas no HRC; se participação em ações educativas voltadas à Linha do Cuidado em AVC; se possui pós-graduação; se sente-se interessado em participar de ações educativas voltadas à Linha do Cuidado em AVC disponibilizadas pelo HRC), quanto à **avaliação da satisfação às formações educativas anteriormente aplicadas à pesquisa de Mestrado** (em caso de participação anterior em ação educativa, como ouvinte, qual a sua avaliação geral da atividade - nota de 0 a 10. Por quê? o que você acha que pode ser melhorado no programa da atividade educativa; é possível aplicar as informações ao seu trabalho? por quê; o que você acha que foi discutido e que é mais útil/interessante; o que você acha que foi

discutido e que é menos útil/desinteressante; você deseja um próximo encontro sobre o mesmo tema? se sim, com que objetivos; você tem alguma sugestão para um próximo encontro - tanto da forma, quanto de temas a serem abordados ou estratégia de ensino; quanto à estrutura onde as ações educativas foram ofertadas, como você a classifica; quanto à organização e horário que ações educativas foram ofertadas, como você os classifica; quanto ao facilitador que aplicou as ações educativas, como você o classifica; quanto ao conteúdo e metodologias nas ações educativas ofertadas, como você os classifica), quanto ao **conhecimento sobre o AVC e sua Linha de Cuidado** (você sabia que AVC é uma emergência e que precisa de atendimento médico imediato? Se sim, como soube dessa informação; se você presenciasse um caso suspeito de AVC agudo, paciente consciente, com bom padrão respiratório, fizesse uso de anti-hipertensivo e a PA 210x110 mmHg, o que você faria até a chegada do SAMU; cite três cuidados indispensáveis no atendimento “inicial” à vítima de AVC nas três primeiras horas do ictus; você atendeu a um paciente com AVC agudo que faz uso de marevam - anticoagulante oral - qual o exame laboratorial que monitoriza esta anticoagulação; você conhece a “Linha de Cuidados em AVC” do MS? Em caso afirmativo, qual o grau de conhecimento sobre o assunto; quais processos formativos estão sendo utilizados pelos órgãos públicos para a qualificação dos profissionais de saúde, visando atendimento o mais precoce e ideal possível, segundo as novas diretrizes nacionais e internacionais para o AVC isquêmico; o que você propõe para que os profissionais da saúde sejam mais informados e capacitados para o atendimento ao paciente).

Etapas 2: Aplicação das formações em serviço voltadas à Linha de Cuidado em AVC

A aplicação das formações em serviço deram-se através de seminários, totalizando-se 2 encontros. Inegavelmente que essa pesquisa-ação será contínua e a implementação dos planos de ação construídos também. Para essa segunda etapa, foram envolvidos: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem fisioterapeutas, conforme tabela abaixo:

1º SEMINÁRIO

O primeiro seminário aconteceu no dia 29 de Maio de 2018, às 19h30min, no Centro de Estudos do HRC, com duração de uma hora e meia. Compareceram 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem, 2 fisioterapeutas, 1 médico e 1 auxiliar de transporte. No momento inicial das formações, foi explicado aos sujeitos da pesquisa (funcionários que atuam diretamente na Linha de Cuidado ao paciente com AVC) como é a pesquisa-ação e o que se pretende com ela. Depois, o TCLE foi entregue a cada um. As cadeiras foram organizadas em círculo para facilitar as discussões. A estratégia metodológica de ensino-aprendizagem foi o estudo de caso, através da análise em grupo de caso-problema (metodologias ativas de ensino-aprendizagem). Após todos lerem os casos, foram fomentadas as discussões, e no final foi feito o fechamento com a exposição dialogada voltada ao AVC (sua definição, epidemiologia, fisiopatologia, sinais e sintomas, Linha de Cuidado do AVC do HRC e critérios para admissão na unidade de AVC e realização do trombolítico). Esse momento de exposição dialogada fortaleceu o entendimento quanto ao caso-problema, além de ter se tornado um impulsionador às discussões em grupos, também, e maior entendimento (sanando alguma dúvida, caso tenha ficado). Ainda nesse primeiro seminário, seguindo as orientações de Thiollent (2011), na pesquisa-ação criou-se um plano de ação junto aos envolvidos, voltado aos problemas expostos e ações para resolvê-los.

Os objetivos desse encontro foram: interagir com os profissionais, fortalecendo a Linha de Cuidado em AVC, disseminar as boas práticas no atendimento ao paciente com o AVC, atendido na emergência do HRC. Além disso, pretendeu-se explanar o projeto, sensibilizar os profissionais quanto ao Protocolo Institucional do HRC, apresentar o TCLE e caso-problema.

Na exposição dialogada, foram apresentados alguns recortes da Linha de Cuidado em AVC do HRC, em formato de *slides* para fomento às discussões das nossas práticas. No geral, o grupo interagiu, externando suas vivências e dúvidas. Ao término do seminário, foi dispensado agradecimento pela presença dos que aceitaram participar das formações em serviço e convite a um momento de descontração e lanche.

Figura 1 - Seminário com uso do Estudo de Caso



Fonte: Imagem do primeiro seminário. Maio, 2018. Juazeiro do Norte, CE.

2º SEMINÁRIO

O segundo seminário aconteceu no dia 30 de Maio de 2018, às 20h00, na Unidade de AVC do HRC, com duração de uma hora. Compareceram 2 enfermeiros, 2 técnicos em enfermagem e 1 fisioterapeuta. Assim como no primeiro seminário, no momento inicial das formações, foi explicado aos sujeitos da pesquisa (funcionários que atuam diretamente na Linha de Cuidado ao paciente com AVC) como é a pesquisa-ação e o que se pretende com ela. Depois, o TCLE foi entregue a cada um, além no caso-análise e uma tarja com um recorte do protocolo institucional do HRC. As cadeiras foram organizadas em dois círculos, com disposição concêntrica dos dois grupos, a fim de se trabalhar a estratégia metodológica de ensino-aprendizagem intitulada “grupo de verbalização e grupo de observação, visando facilitar as discussões e sensibilização quanto à Linha de Cuidado em AVC do HRC e seu protocolo institucional. Para esse momento, foram entregues as tarjas (3 tarjas, em média), para cada participante, com os recortes do Protocolo Institucional do HRC. Outra estratégia metodológica de ensino-aprendizagem escolhida e apresentada foi o estudo de caso, através da análise em grupo de caso-análise (metodologias ativas de ensino-aprendizagem). Após todos lerem os casos, foram fomentadas as discussões, e no final foi feito o fechamento com as discussões

voltadas ao AVC: sua definição, epidemiologia, fisiopatologia, sinais e sintomas, Linha de Cuidado do AVC do HRC e critérios para admissão na unidade de AVC e realização do trombolítico). Assim como no primeiro seminário, seguindo as orientações de Thiollent (2011), na pesquisa-ação criou-se um plano de ação junto aos envolvidos, voltado aos problemas expostos e ações para resolvê-los.

Ainda, os objetivos desse encontro foram: fortalecer a interação com os profissionais, valorizando a Linha de Cuidado em AVC, além de disseminar as boas práticas no atendimento ao paciente com o AVC, atendido na emergência do HRC. Pretendeu-se também explicar o projeto, sensibilizar os profissionais quanto ao Protocolo Institucional do HRC, apresentar o TCLE e caso-análise, e aplicar uma metodologia andragógica (GV-GO).

Ao término do seminário, foi dispensado agradecimento pela presença dos que aceitaram participar das formações em serviço e convite a um momento de descontração e lanche.

Figura 2 - Seminário com uso do grupo verbalização e grupo observação.



Fonte: imagem do segundo seminário. Maio, 2018. Juazeiro do Norte, CE.

CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Segundo Thiollent (2011), para corresponder ao conjunto dos seus objetivos, a pesquisa-ação deve se concretizar em alguma ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação.

Ainda de acordo com o autor acima mencionado, a formulação de um plano de ação constitui como sendo uma exigência fundamental. Em geral, trata-se de uma ação na qual os principais participantes são os membros da situação ou da organização sob observação.

A construção do plano de ação da pesquisa foi de acordo com as recomendações de Thiollent (2011), fomentado nos seminários (nos dois), construído em grupo, sendo definido com precisão:

- a) Quem são os atores (quem está efetivamente interessado na ação) ou as unidades de intervenção?
- d) Quais são os objetivos (ou metas) tangíveis da ação e os critérios de sua avaliação?
- e) Como dar continuidade à ação, apesar das dificuldades?
- f) Como assegurar a participação da população e incorporar suas sugestões?
- g) Como avaliar os resultados?

O plano de ação na pesquisa foi construído nos seminários, junto aos demais envolvidos na Linha do Cuidado em AVC, assim como com os assistentes da pesquisa.

Plano de ação 1 (construído no primeiro seminário):

PLANO DE AÇÃO					
Qual ação?	Quem são os atores?	Quais são os objetivos (metas)?	Como avaliar?	Como dar continuidade à ação, apesar das dificuldades?	Como assegurar a participação dos envolvidos e incorporar suas sugestões?
1. Educar melhor o município (gestão/rede)	Dr. Gustavo Vieira, Direção, Centro de Estudos e multiplicadores/facilitadores das formações	Reduzir o tempo	Gerenciamento dos tempos (ictus, chegada)	Educação continuada	Divulgação em massa
2. Melhorar o contra-fluxo	Médicos da emergência	Reduzir o contra-fluxo	Planilha do NAC	Educação permanente	Envolvimento da coordenação e sensibilização da equipe médica
3. Organizar o acolhimento	Profissionais da recepção (NAC), e transporte de paciente	Diminuir o tempo de acolhimento	Planilha de gestão	Educação Permanente	Informação contínua
4. Manter o auxiliar de transporte prestando uma atenção integral no consultório 4	Auxiliares de transporte	Prestar uma assistência integral	Verificar com os enfermeiros, fazendo visita no setor	Educação Permanente e reforço da coordenação	Através de reuniões com a coordenação e treinamentos

Divulgação

Após concretização de ações, e apresentação da dissertação, a divulgação dos resultados em reuniões no HRC, assim como em congressos, ou seja, em eventos científicos.

Considerações finais

Inegavelmente, a pesquisa-ação atingiu seu objetivo, onde suas etapas se complementaram e que nos levaram a outro nível de compreensão sobre as formações em serviços e como podemos aperfeiçoá-las mais ao longo dos meses, anos. Essa pesquisa, ainda, foi uma semente, que germinará frutos, pois o caminho foi iniciado. Acredita-se, também, que a pesquisa agregou valores à instituição e aos envolvidos.

Ao aplicar questionários semiestruturados, que resgataram o conhecimento prévio acerca do AVC e sua Linha de Cuidados, assim como a satisfação em formações anteriores à pesquisa, ratificou-se a necessidade de se pensar formações mais contextualizadas com a prática diária, assim como mais dinâmicas e pedagogicamente mais ativas.

Apesar de se trabalhar fortemente formação em serviço no HRC, sugere-se também que o trabalho em rede, junto aos municípios, seja melhorado, assim como o trabalho interdisciplinar e em equipe.

Ademais, nota-se que o trabalho de formação em serviço deve ser permanente, haja vista ter escassez de processos formativos na rede de saúde como um todo, além da responsabilização dessa construção não ser apenas dos profissionais, mas também dos gestores.

Como avanço tecnológico, há aperfeiçoamento das práticas terapêuticas, porém ainda há lacunas na formação dos profissionais da saúde e nas estratégias de ensino. Por isso, trabalhar na pesquisa a formação em serviço voltada ao AVC torna-se estratégico, devendo, também o Governo do Estado investir na formação.

A pesquisa realizada enriqueceu o valor dado à Educação Permanente no HRC, levando a pesquisadora a outro nível de reflexão acerca das estratégias metodológicas de ensino, e o quanto a meto-

dologia da pesquisa-ação torna-se aliada na aproximação dos sujeitos com os problemas vividos na operacionalização da linha de cuidado em AVC, além de envolvê-los nas sugestões para resoluções.

Esperamos que essa pesquisa fomente transformações significativas no processo de trabalho da Educação Permanente do HRC, assim como agregue valor à Linha de Cuidados em AVC, trazendo melhorias contínuas no atendimento integrado.

Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Linha do Cuidado em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Urgências e Emergências. Brasília (DF): MS; 2012. 37p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comum Saúde Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-8, 2005.

MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec, 12ª ed. 2010.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa - ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Thiolleant M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13. ed. São Paulo: Cortez; 2004.

Sobre os Organizadores

ANTONIO GERMANE ALVES PINTO

Graduação em Enfermagem – UECE. Pós-Doutor em Educação – UECE. Doutor em Saúde Coletiva – UECE. Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA). Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da URCA. germane.pinto@urca.br

HERALDO SIMÕES FERREIRA

Graduação em Educação Física – UNIFOR. Pós-Doutor em Desenvolvimento Humano – UNESP. Doutor em Saúde Coletiva - UECE. Professor Adjunto da UECE. Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Física Escolar (GEPEFE) da UECE.

CLEIDE CARNEIRO

Graduação em Serviço Social – Instituição Toledo de Ensino. Doutorado em Serviço Social Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – (UNESP). Professora Adjunto da UECE. Coordenadora do Laboratório de Humanização e Atenção em Saúde - (LHUAS), Coordenadora do Curso Mestrado Profissional Ensino na Saúde CMEPES e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional. cleide.carneiro@uece.br

Sobre os Autores

Ana Maria Araújo Salomão – Graduação em Farmácia – UNIFOR. Mestre em Ensino na Saúde – UECE. anasalomaoaraujo3@gmail.com

Ana Patrícia Pereira Moraes – Graduação em Enfermagem – UECE. Doutorado em Saúde Pública – USP. Professora Adjunta da UECE. anapatricia.moraes@uece.br

Ana Paula Soares Gondim – Graduação em Farmácia – UFC. Doutorado em Saúde Coletiva – UFBA. Estágio Pós-Doutoral em Saúde Coletiva/Saúde Mental – UNICAMP. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME), e Grupo de Pesquisa Melhores Medicamentos para Criança (MeMeCri). anapaulasgondim@ufc.br

Antonio Germane Alves Pinto – Graduação em Enfermagem – UECE. Pós-Doutor em Educação – UECE. Doutor em Saúde Coletiva – UECE. Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA). Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da URCA. germane.pinto@urca.br

Bruna Pereira de Andrade – Graduação em Enfermagem – URCA. Membro do GPCLIN-URCA. brunaandrade888@gmail.com

Bruna Queiroz Allen Palacio – Graduação em Nutrição – UECE. Membro do GEPEFE-UECE. brunaqap@gmail.com

Cleide Carneiro - Graduação em Serviço Social – Instituição Toledo de Ensino. Doutorado em Serviço Social Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – (UNESP). Professora Adjunto da UECE. Coordenadora do Laboratório de Humanização e Atenção em

Saúde - (LHUAS), Coordenadora do Curso Mestrado Profissional Ensino na Saúde CMEPES e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional. cleide.carneiro@uece.br

Diogo Queiroz Allen Palácio – Graduação em Educação Física - UECE. Mestre em Ensino da Saúde -UECE. Professor da rede pública estadual de ensino do Ceará. Membro do GEPEFE-UECE. diogoallenpalacio@gmail.com

Heraldo Simões Ferreira – Graduação em Educação Física - UNIFOR. Pós-Doutor em Desenvolvimento Humano – UNESP. Doutor em Saúde Coletiva - UECE. Professor Adjunto da UECE. Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Física Escolar (GEPEFE) da UECE. heraldo.simoese@uece.br

Itamarcia Oliveira de Melo – Graduação em Educação Física - UECE. Mestre em Educação – UECE. Membro do GEPEFE-UECE. itamarciaom@gmail.com

Jéssica Lima de Oliveira – Graduação em Enfermagem – URCA. Membro do GPCLIN-URCA. jessicacaete2@gmail.com

José Adelmo da Silva Filho – Graduação em Enfermagem – URCA. Mestrado Acadêmico em Enfermagem – URCA. Membro GPCLIN-URCA. adelmof12@gmail.com

Laís Barreto de Brito Gonçalves – Graduação em Enfermagem – URCA. Mestrado Acadêmico em Enfermagem – URCA. Membro GPCLIN-URCA. laisynha1@hotmail.com

Leilany Dantas Varela – Graduação em Enfermagem – URCA. Especialista em Saúde da Família-URCA. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – ESPCE. Mestre em Saúde da Família – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – URCA. Secretaria de Saúde de Milagres-CE. leyla_nurse@yahoo.com.br

Luiza Lúlia Feitosa Simões – Graduação em Pedagogia - UVA. Mestre em Computação Aplicada à Informática Educativa - UECE. Doutora em Educação – UECE - Técnica em Educação da Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza. Membro do GEPEFE -UECE. luizalfsimoes@gmail.com

Maria Corina Amaral Viana – Graduação em Enfermagem – UNIFOR. Pós-Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - UECE. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Doutorado Sanduiche na University of British Columbia, Vancouver, Canadá. Professora Adjunta – URCA (Universidade Regional do Cariri). Líder do Grupo de Pesquisa Tecnologias em Saúde no Sistema Único de Saúde (GPTSUS) URCA/CNPq. Coordenadora do Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT), Núcleo de Políticas informadas em evidências (Nev) e do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) URCA. corina.viana@urca.br

Maria de Fátima Antero Sousa Machado – Graduada em Enfermagem – UNIFOR. Pós-doutora pelo Programa de Graduação em Educação - PPGE - UECE. Doutorado em Enfermagem - UFC. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). fatimaantero@uol.com.br

Maria do Socorro de Sousa – Graduação em Pedagogia – UECE. Doutorado em Saúde Coletiva – UFC. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). sousams3@gmail.com

Maria Rejane Barbosa de Araújo – Graduação em Odontologia – UFC. Mestra em Ensino na Saúde UECE. Coordenadora dos programas: Brasil Sorridente, Saúde na Escola (PSE) e Educação Permanente em Saúde (EPS) do Ministério da Saúde no município de Ocara - CE. rejanearaujo123@gmail.com

Maria Udete Facundo Barbosa – Graduação em Fisioterapia UNICA-TÓLICA. Mestre em Ensino na Saúde – UECE. Professora do Centro Universitário Católica de Quixadá-CE. udetefacundo@hotmail.com

Milena Karine De Sousa Lourenço – Graduação em Educação Física - UECE. Mestre em Educação – UECE. Professora da rede pública estadual de ensino do Ceará. Membro do GEPEFE-UECE. milenakarine1@hotmail.com

Mykaelly Pereira Clemente – Graduação em Enfermagem – URCA. Mestre em Saúde da Família – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF/URCA. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família vinculada a Prefeitura de Petrolina-PE. mykaellypc@hotmail.com

Raquel Lucena Nicodemos – Graduação em Enfermagem (UNILEÃO). Mestre em Ensino na Saúde – UECE. Servidora do setor de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional do Cariri (HRC). Enfermeira assistencial, no Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRDTWM), em Mossoró-RN, no Pronto Socorro. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologias em Saúde no Sistema Único de Saúde (GPTSUS) URCA/CNPq. Membro do Núcleo de Políticas informadas em evidências (Nev) e do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) GPTSUS-URCA. raquellnicodemos@gmail.com

Rauana dos Santos Faustino – Graduação em Enfermagem – URCA. Mestranda em Cuidados Clínicos e Saúde – UECE. Membro do GP-CLIN-URCA. rauanafastino21@gmail.com

Rogério Sampaio de Oliveira – Graduação em Medicina – UFC. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) – UECE. Médico da Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte, Professor da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - Estácio/FMJ e Preceptor do internato de Medicina de Família e Comunidade desta Instituição. rogsam@terra.com.br

Yana Paula Coêlho Correia Sampaio – Graduação em Medicina – UFC. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) – UECE. Médica da Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte, Professora da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - Estácio/FMJ, Preceptora e Coordenadora do internato de Medicina de Família e Comunidade da Estácio/FMJ e Coordenadora da disciplina Saúde da Família desta Instituição. ianapaulaccs@terra.com.br