

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Gabriel Netto Marquez de Siqueira

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO ENSINO SUPERIOR DOS
CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE**

**São Caetano do Sul
2022**

GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO ENSINO SUPERIOR DOS
CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho Final apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Área de concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.

Orientadora: Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

**São Caetano do Sul
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

SIQUEIRA, Gabriel Netto Marquez de

Integralidade do cuidado no ensino superior dos cursos da área da saúde
/ Gabriel Netto Marquez de Siqueira. – São Caetano do Sul: USCS, 2022.

94 p. : il.

Orientador: Prof. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia.

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2022.

1. Ensino em saúde. 2. Interdisciplinaridade. 3. Integralidade em saúde. 4. Clínica Ampliada. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Integralidade do cuidado no ensino superior dos cursos da área da saúde. II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no
Ensino Superior em Saúde
Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 29/08/2022 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia (USCS)

Profa. Dra. Sandra Regina Mota Ortiz (USCS)

Profa. Dra. Ilma Pastana Ferreira (UEPA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a minha família, que sempre me incentivou a estudar, em especial minha esposa Júlia e meu filho Miguel, que, além de me motivarem, me inspiram a ser uma pessoa melhor todos os dias. Obrigado pela paciência, pela compreensão e pelo suporte dados ao longo desses anos, meu amor.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, que não só facilitaram o acesso a um universo de conhecimentos e possibilidades, mas, em suas aulas, sempre tiveram condutas generosas e respeitadas conosco, discentes.

Minha gratidão especial à Profa. Rosamaria Rodrigues Garcia, minha orientadora, que acabou se tornando uma amiga. Obrigado por toda paciência, tempo e energia que você dedicou a mim e a esse trabalho. Sem você não teria chegado até aqui.

Quero também agradecer aos meus colegas de turma, que de certa forma compartilharam de angústias similares às que vivi em relação ao programa de mestrado e à pandemia que encontramos pelo caminho, e que de forma leve e despretensiosa me auxiliaram em questões relacionadas a minha pesquisa, mas também acolheram minhas dificuldades e limitações.

Por fim, um agradecimento especial à amiga Andréa, por não poupar esforços em me auxiliar na conclusão desse projeto.

“O todo é maior que a soma das partes”. (Marx Wertheimer)

RESUMO

Introdução: apesar dos avanços no ensino superior em saúde, ainda predominam os currículos tradicionais, fragmentados, em que se valoriza a especificidade, a especialidade, dificultando o olhar interdisciplinar do cuidado e a atuação em equipe, mesmo que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos na área da saúde preconizem a formação integral e integrada. **Objetivo:** desenvolver uma tecnologia educacional com o intuito de contribuir na orientação dos docentes a trabalharem a temática integralidade na área da saúde, a partir das percepções de graduandos de uma universidade municipal. **Metodologia:** estudo prospectivo, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, com amostra não probabilística, selecionada por conveniência, sendo incluídos alunos matriculados nos últimos dois semestres dos cursos de graduação em Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Odontologia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Foi aplicado de forma remota um instrumento com questões objetivas sobre conceitos de integralidade, clínica ampliada, interdisciplinaridade, ministrados ao longo da graduação. Além disso, havia uma autoavaliação sobre competências desejáveis para o exercício de atividades no contexto interdisciplinar do cuidado. A partir da análise desses resultados foi criado um guia de boas práticas, denominado “Guia de Boas Práticas de Ensino de Integralidade na área da saúde”, onde há a parte teórica relacionada com o tema central e atividades que podem promover um melhor aprendizado dos discentes em relação ao tema, com base em metodologias ativas. **Resultados:** participaram 133 estudantes, sendo 36 homens e 97 mulheres. Verificou-se que 69,6% afirmaram que os conceitos de integralidade e clínica ampliada foram tratados frequentemente ou com muita frequência durante o curso; 71,4% presenciaram ou tiveram contato com práticas interdisciplinares na graduação. Observou-se que 83 alunos (62,4%) responderam que estariam preparados para trabalhar em equipes interdisciplinares; 50 participantes (37,6%) responderam que não se sentiriam preparados. Entre 15 e 20% dos participantes se sentem pouco capazes ou incapazes de trabalhar em equipe; respeitar a opinião dos colegas; contribuir positivamente nas discussões e tarefas; favorecer a participação de colegas nas discussões; e de ter flexibilidade diante de conflitos e discordâncias. **Considerações Finais:** os achados apontam para a necessidade de revisão das práticas de ensino em saúde relacionadas à atuação interdisciplinar, evidenciando que apesar das diretrizes preconizarem a formação generalista e integrada, ainda há discentes que se sentem despreparados e incapazes de atuar em equipe, sendo imprescindível reforçar princípios do cuidado integral e interdisciplinar, valorizando a atuação em equipe.

Palavras-chave: Ensino em Saúde; Interdisciplinaridade; Integralidade em Saúde; Clínica Ampliada; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: despite advances in higher education in health, traditional, fragmented curricula still predominate, in which specificity and specialty are valued, making it difficult to take an interdisciplinary look at care and teamwork, even if the National Curriculum Guidelines for courses in area of health advocate integral and integrated training. **Objective:** to develop an educational technology with the purpose of contributing in the orientation of the teachers to work the integrality theme in the health area, from the perceptions of undergraduate students of a municipal university. **Methodology:** prospective, cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, with a non-probabilistic sample, selected for convenience, including students enrolled in the last two semesters of the undergraduate courses in Physical Education, Pharmacy, Physiotherapy, Nursing, Nutrition, Psychology and Dentistry at Municipal University of São Caetano do Sul (USCS). An instrument with objective questions about concepts of integrality, extended clinic, interdisciplinarity, taught during graduation, was applied remotely. In addition, there was a self-assessment about desirable skills for the exercise of activities in the interdisciplinary context of care. Based on the analysis of these results, a guide to good practices called “Guide to Good Practices for Teaching Integrality in Health” was created, where there is a theoretical part related to the central theme and also activities that can promote a better learning of the students. **Results:** 133 students participated, 36 men and 97 women. It was found that 69.6% stated that the concepts of comprehensiveness and extended clinic were treated frequently or very frequently during the course; 71.4% witnessed or had contact with interdisciplinary practices at graduation. It was observed that 83 students (62.4%) responded that they would be prepared to work in interdisciplinary teams, and 50 participants (37.6%) responded that they would not feel prepared. Between 15 and 20% of the participants feel little capable or incapable of working in a team; respect the opinion of colleagues; contribute positively to discussions and tasks; to favor the participation of colleagues in the discussions; and to have flexibility in the face of conflicts and disagreements. **Final Considerations:** the findings point to the need to review health teaching practices, related to interdisciplinary work, showing that despite the guidelines recommending generalist and integrated training, there are still students who feel unprepared and unable to work in a team, being It is essential to reinforce principles of comprehensive and interdisciplinary care, valuing teamwork.

Keywords: Teaching in Health; Interdisciplinarity; Completeness; Extended Clinic; Quality of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ensino em Saúde orientado a partir do quadrilátero da saúde	42
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diretrizes Curriculares de cursos da área da saúde.....	34
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gênero dos entrevistados.....	49
Gráfico 2 - Curso em que está se formando	50
Gráfico 3 - Distribuição da frequência da abordagem dos conceitos de saúde integral e clínica ampliada durante a graduação.....	50
Gráfico 4 - Contato com práticas interdisciplinares durante a graduação	51
Gráfico 5 - Crença no preparo para trabalhar em equipes multidisciplinares ao sair da graduação	51
Gráfico 6 - Especialização e articulação do saber para a promoção de saúde	52
Gráfico 7 - Competências desejáveis aos egressos do ensino superior	52
Gráfico 8 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação ao trabalho em equipe	53
Gráfico 9 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação a ouvir a opinião do colega.....	54
Gráfico 10 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação à contribuição para discussões	54
Gráfico 11 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação a encorajar meus colegas a participarem de discussões	55
Gráfico 12 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação a flexibilidade diante de conflitos	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizado baseado em problemas
ABRH	Associação Brasileira de Recursos Humanos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPS	Biopsicossocial
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Estudo permanente em saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
IESC	Integração ensino, serviço e comunidade
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROEPS-SUS	Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USCS	Universidade Municipal de São Caetano do Sul
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Concepção do Modelo Biopsicossocial.....	16
2.2 O Sistema Único de Saúde e a produção do cuidado.....	17
2.3 Atenção primária à saúde	21
2.4 Integralidade em saúde e seus diferentes sentidos	21
2.5 Projeto Terapêutico Singular.....	25
2.5.1 Clínica Ampliada.....	27
2.6 Interdisciplinaridade	28
2.7 Diretrizes Curriculares Nacionais.....	30
2.8 Ensino em saúde	36
2.9 Quadrilátero da Saúde	40
3 MÉTODO	47
4 RESULTADOS	49
5 DISCUSSÃO	57
6 PRODUTO	61
6.1 Metodologia do produto	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A- CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA	82
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	83
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO	86
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	91

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) modificou o conceito de saúde a partir da 2ª Guerra Mundial, em 1945, considerando-a não meramente como a ausência de doença, mas sim um completo estado de bem-estar biopsicossocial. Essa nova abordagem objetivou subsidiar estratégias para melhoria das condições de vida da população, garantindo a saúde como direito do cidadão, propondo padrões mínimos de saúde, educação, renda e habitação (PINHEIRO, 2021).

Na década de 1970, George Engel fez uma crítica ao modelo biomédico por acreditar que a moléstia não é apenas desencadeada por um agente específico, mas pela interação do indivíduo com inúmeras causalidades. O modelo biopsicossocial foi criado não apenas no foco da doença, mas em todos os aspectos que fazem o indivíduo adoecer, sejam fatores psicológicos, fisiológicos, ambientais, sociais, entre outros, que devem ser investigados para um melhor tratamento. A saúde deixou de ser um monopólio de especialidade médica, passando a ser tratada por diversos especialistas. Para a OMS, a saúde tem a mesma definição do modelo biopsicossocial, um estado completo de bem-estar mental, social e físico do indivíduo (PINHEIRO, 2021; FROTA, 2012).

O eixo prioritário dos serviços de saúde no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, é a integralidade, que tem como característica a atuação das equipes multiprofissionais e a interdisciplinaridade em suas práticas. Na realidade, há um cenário diferente desse proposto, em que, de acordo com González e Almeida (2010), a atenção à saúde tem enfoque na assistência curativa, hospitalar e cada vez mais especializada, além de interesses econômicos e corporativos perpassados. Para substituir esse sistema por outro que tem como objetivo a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, deve-se dar atenção à formação e à prática dos profissionais da saúde.

Na formação desses profissionais, durante a graduação, muitas vezes vemos um outro movimento em que através de metodologias tradicionais aprofunda-se em conhecimentos técnicos específicos de sua atuação, cada vez mais fragmentados. De acordo com Mitre *et al.* (2008), o ensino na área da saúde tem sido baseado na aplicação de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana newtoniana, fragmentado e reducionista. Apartou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética,

fragmentando-se, em consequência, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica.

De acordo com Minayo (2010), a interdisciplinaridade consiste na articulação de várias disciplinas, tendo por foco o objeto, o sujeito, o problema ou o tema complexo, em que uma única resposta de determinada disciplina não é suficiente. Na verdade, a interdisciplinaridade exige a comunicação das disciplinas com o contexto de vida e de mundo em que o sujeito ou o objeto de estudo está inserido, para compreensão da complexidade e resolução da pergunta/problema que se quer resolver/entender.

Sendo assim, garantir que aconteça esse intercâmbio de conhecimentos entre as diferentes especialidades no cuidado da saúde, desenvolver habilidades de relacionamento e comunicação que vão além das técnicas e preparar os futuros profissionais para essa prática integrada se fazem responsabilidades das instituições de ensino superior (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Além disso, ao falarmos sobre o processo de ensino e aprendizagem a respeito da integralidade do cuidado, é pertinente pensarmos de que forma esse processo acontece. Um processo de ensino-aprendizagem no qual o docente aparece como detentor do conhecimento e transmissor de conteúdos, e ao discente resta a retenção e repetição destes, sem crítica e reflexão, não vai ao encontro da proposta em que a construção do saber é coletiva (BLOCK; RAUSCH, 2014).

A respeito do sistema de ensino e da forma como ele se apresenta, Fiorin *et al.* (2014) afirmam que deve haver a reformulação no sistema de ensino, a fim de atender as necessidades atuais da sociedade, não só as demandas sociais, mas também para repensar e adequar a formação desse profissional para o contexto atual. Sendo assim, as instituições de ensino superior têm como desafio a revisão e reformulação de suas práticas e de seu projeto pedagógico, além da constante atualização destes.

Segundo a Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH), citada por Lacerda e Santos (2018), o profissional sairá da graduação capacitado no trabalhar em equipe, trabalhar sob pressão, ter senso coletivo, interdisciplinar e crítico, resolvendo problemas que vierem à frente, assim como outras competências e habilidades técnicas. Especializar-se em sua atuação não é suficiente para garantir a promoção de saúde, mas a articulação desse saber com o de outros profissionais se faz indispensável para a ampliação desse cuidado.

Segundo Ferrarini e Camargo (2012), o conteúdo e as vivências universitárias implicam não só na formação técnica dos profissionais, mas também no seu processo de subjetivação. Os diferentes discursos, metodologias e práticas universitárias, contribuem com uma pluralidade de visões de mundo, de homem e de sociedade, e a partir destas, os sujeitos constroem seus sentidos próprios e plurais.

Justificada a necessidade da adoção de práticas interdisciplinares e de metodologias que favoreçam o desenvolvimento dos profissionais de forma mais integral, integrada e humanizada, esta pesquisa teve como objetivo desenvolver uma tecnologia educacional com o intuito de contribuir na orientação dos docentes a trabalharem a temática integralidade na área da saúde. Este produto foi elaborado a partir da seguinte questão: Qual a percepção dos graduandos da área da saúde de uma universidade municipal sobre sua atuação em equipe interdisciplinar, pautada nos princípios da integralidade do cuidado?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A integralidade é o tema central desta dissertação, mas é necessário um maior entendimento sobre as questões correlacionadas, como o modelo biopsicossocial; a implantação do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes; a importância da atenção primária à saúde; os sentidos da integralidade; o funcionamento do projeto terapêutico singular e a clínica ampliada; assim como os temas relacionados ao ensino em saúde, como interdisciplinaridade e a evolução do perfil egresso, descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

2.1 Concepção do Modelo Biopsicossocial

A medicina atual foi influenciada pela revolução cartesiana, onde houve a substituição da terapêutica com base na fusão da alma e do corpo pelo estudo das doenças, células e órgãos. Essa abordagem relacionada ao processo de saúde-doença tem predominado, desde então, nas práticas de profissionais da saúde. Isso reforça que os profissionais têm de explorar cada dia mais as especializações, se aprofundando nas áreas de conhecimento. Esse modelo auxilia a valorização da ciência, resultando no maior distanciamento do profissional da área da saúde e do paciente (NUTO *et al.*, 2006).

A carência de reorientação do ensino da área médica floresceu no século XX, como já apontado pelo autor Engel, na década de 70. Foi notado que a graduação médica necessitava englobar diversos fatores afora do componente biológico que predominava, levando a se propor um outro modelo, denominado biopsicossocial (BPS), que segue no sentido de incluir outros fatores, como sociais e psicológicos, no cuidado da saúde. Esse modelo de abordagem, mesmo sendo interessante, sofre muita resistência na sua utilização por conta do modelo cartesianista presente nas universidades da área da saúde no Brasil, ainda na atualidade (LAMELA; BASTOS, 2012).

Os profissionais formados serão considerados modelos, que ensinarão aos seus alunos; o mesmo modelo aprendido durante sua graduação, com isso o ciclo se mantém há décadas. O profissional com mais recursos pessoais e técnicos para cuidar das necessidades sociais, psicológicas e físicas do paciente, no âmbito da

integralidade que preconiza o SUS, só será possível com a reformulação dos modelos curriculares dos cursos de formação oferecidos atualmente (CASTRO *et al.*, 2015).

A abordagem alternativa ao modelo biomédico tem se intensificado. Por conta disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por intermediação da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde), propôs um novo modelo de abordagem que incorpora fatores psicológicos, biológicos e sociais (OMS, 2003).

Para que haja a incorporação de um modelo de atenção à saúde, não particular aos fatores biológicos, existe a necessidade de uma adequação na formação da área da saúde. Os profissionais já formados no modelo biomédico podem oferecer resistência e apresentar dificuldade na adesão ao trabalho. Para a superação dessas dificuldades, há a necessidade de investir em capacitação e treinamentos para a geração atual e para os docentes dos cursos da área da saúde, a fim de uma melhor formação das próximas gerações (DE MARCO, 2006).

Vale ressaltar que as abordagens biopsicossocial e biomédica não são antagônicas, e sim complementares, nas quais há a necessidade de explorar suas propriedades e características (MCCOLLUM; PINCUS, 2009).

2.2 O Sistema Único de Saúde e a produção do cuidado

A Constituição brasileira de 1988 representou um instrumento de movimento e mudança social, na qual foi instituído que a população brasileira tem direito aos cuidados de saúde pública. Foram incorporados elementos da Alma-Ata e da Declaração dos Direitos Humanos no contrato social. A Constituição instituiu o Estado como responsável por fornecer assistência à saúde para toda a população, abrindo caminho para a implantação do Sistema Único de Saúde (LAVRAS, 2011).

Iniciou-se também a jornada para a cobertura absoluta da saúde, com o intuito de melhorar os resultados de um sistema que foi, durante anos, muito fragmentado e reconhecido por ter muita desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. O SUS foi criado em 1988, e tem oferecido progresso no acesso universal à saúde da população brasileira (CASTRO *et al.*, 2019).

Conforme o texto constitucional, cabe ao Estado garantir o atendimento da saúde de todos por meio de políticas econômicas e sociais focadas na prevenção de doenças e seus agravos, assim como o acesso e igualdade de serviços e ações para a sua proteção, recuperação e promoção. A Constituição ressalta a importância dos

serviços e ações de saúde, e projeta o SUS, integrados pelas ações e serviços da área da saúde, com a possibilidade de participação de instituições privadas para complementar a rede de serviços. O modelo do SUS tem como diretrizes a participação da comunidade; a descentralização, a territorialização, a universalidade, a equidade e o atendimento integral (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Abaixo temos os artigos retirados da Constituição Federal que reconhece a necessidade da saúde como um direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1988):

O artigo 196 institui que a saúde é direito e dever de todos, onde o Estado garante mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução de doenças e agravos e também o acesso universal e igual às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação (BRASIL, 1988).

Os serviços públicos e ações da saúde integram a rede hierarquizada e regionalizada, e constituem um único sistema que foi organizado conforme o artigo 198, com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

§ 4º Os gestores locais do SUS poderão contratar agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (BRASIL, 1988).

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006) (BRASIL, 1988).

Já no artigo 199, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Conforme o artigo 200, compete ao SUS, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Para Barreto *et al.* (2011) a criação do SUS contribuiu na redução de doenças e desigualdade entre as regiões do Brasil. Além disso, a queda de mortalidade é notável em relação às doenças transmissíveis, mortalidade materno-infantil e causas evitáveis de mortalidade, o que causou o aumento da longevidade na população.

As mudanças ocorreram também por conta da redemocratização que foi estabelecida no Brasil, além do crescimento econômico e a estruturação de várias políticas de proteção social. Nesse período histórico, o SUS se estabelece e emerge com o intuito de promover um sistema de saúde que prima pelas necessidades da população (SOUZA *et al.*, 2018).

Se destacam, segundo os autores Bonita *et al.* (2013) e Ribeiro *et al.* (2016), ações que foram criadas para o acesso nos três níveis de atenção em relação à saúde, a saber: primário, secundário e terciário.

A Atenção Primária é formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipe de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo em nível intermediário o SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), o atendimento de média e alta complexidade, feito nos hospitais, e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (MOREIRA, 2020).

Já a Atenção Secundária é constituída por serviços hospitalares e ambulatoriais especializados, com apoio terapêutico e diagnóstico para o melhor atendimento da população, assim como atendimento de urgência e emergência. A atenção terciária, ou também chamada de alta complexidade, é formada por procedimentos de diversas especialidades e terapias. Há também procedimentos que possuem a necessidade de alta tecnologia como cardiologia, oncologia, transplantes, diálise, entre outros (SOUZA *et al.*, 2018).

Desde a criação do SUS ocorreram importantes ascensões como o acesso à atenção básica, cobertura assistencial, distribuição de medicamentos, ações de prevenção e promoção da saúde, e a distribuição de vacinas (MACINKO *et al.*, 2007).

Na área da saúde, o trabalho é constituído pelo uso de tecnologias imateriais e materiais, segundo Gonçalves (1994). As tecnologias imateriais possuem dois tipos, que são as leve-duras, correspondentes aos conhecimentos estruturados dos profissionais da área da saúde. São, *a priori*, duras, pois são disponibilizadas e produzidas, mas também são leves, pois há a possibilidade de usá-las de uma forma singular, dependendo do encontro e da situação, pois favorecem o encontro com a empatia, escuta, conhecimento e reconhecimento, o que transforma essa experiência. Já as tecnologias materiais, são formadas por instrumentos e ferramentas utilizadas para determinar algumas situações (MERHY, 1997).

Há uma força-valor, segundo Merhy *et al.* (2019), sugerindo o controle do trabalho vivo, que faz dispositivos que controlam e padronizam o trabalho. Conforme os critérios, valoriza determinados conhecimentos, fixa e define papéis e lugares que considera como prescrições e normas para a produção de condutas e respostas. Esse modelo apenas produz usuários e trabalhadores insatisfeitos e tensos, desobedientes e esmagados, ameaçados e aprisionados.

Destaca-se que o “diagnóstico clínico” seja o mesmo, cada adoecimento é singular, cada ser humano tem suas marcas, histórias e contextos que interferem em sua forma de existir, com isso, cada pessoa responde de uma forma a sua doença (MERHY, 2009). Porém, a maioria das equipes operam com um mesmo modelo autoritário de atenção, sendo previsível e normativo, fundamentalmente prescritivo, como descrevem Merhy, Feuerwerker e Gomes (2016), sem admitir outras formas de cuidado.

Existe outra forma de saber em relação à saúde, na força-valor, que é produzida pelo viver. Ele tem como base o saber do corpo e tem a ver com o se sentir bem ou mal, com ou sem vontade, com ou sem força, que depende de cada organismo e cada pessoa. Para isso, se faz necessária a compreensão do paciente para entender suas fragilidades e singularidades (MERHY, 2009).

Quanto mais os atos relacionados à área de saúde atingirem seus profissionais e usuários com seus encontros, mais respostas serão recebidas e mais experiências serão adquiridas, com isso haverá um maior desenvolvimento no trabalho (MERHY *et al.*, 2019).

Segundo Córtez e Queiroz (2014), dentre os principais fatores observados para determinar a baixa qualidade na prestação de serviço aos pacientes do SUS estão as limitações do sistema de conhecimento tecnológico e científico, bem como a formação

dos profissionais da saúde. Isso pode ser corrigido no desenvolvimento de habilidades e competências da formação dos profissionais em programas, escolas, cursos, universidades e institutos.

2.3 Atenção primária à saúde

Com esse contexto, houve a necessidade de se reorganizar a operacionalização do sistema de saúde, portanto, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que atualmente se chama Estratégia Saúde da Família, e a partir da atenção básica houve a necessidade de qualificar a formação profissional (SCHMALLER *et al.*, 2012).

Em relação aos destaques nos avanços proporcionados pelo SUS estão a Estratégia de Saúde da Família, os cuidados pré-hospitalares e emergenciais, a ampliação de tratamentos para o câncer e doenças cardiovasculares, medidas regulatórias para o controle do tabagismo, expansão de programas de atividades físicas e intersetoriais de prevenção de violência (SOUZA *et al.*, 2018).

O modelo da ESF (Estratégia Saúde da Família) surgiu com o objetivo de fortalecer ainda mais a Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de promover oportunidades para alcançar a integralidade em saúde, resolvendo assim a demanda das comunidades (BRASIL, 2005a).

A Atenção Primária à Saúde tem como propósito cuidar das pessoas como um todo, incluindo em seus serviços a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde, cuidados paliativos e controle de doenças crônicas (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1994, para estabelecer vínculos e laços de corresponsabilidade e compromissos entre a população e os profissionais da área da saúde. Sua estratégia é reverter o modelo assistencial, a fim de mudar a forma de atuar, alterar o objeto da atenção, sendo agora a família e seu ambiente, e organizar os serviços prestados, com isso, há a reorganização das práticas assistenciais com novos critérios e bases (BRASIL, 1997).

2.4 Integralidade em saúde e seus diferentes sentidos

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, associa o conceito de integralidade ao atendimento integral, com a premissa de considerar o indivíduo em sua totalidade, como um ser holístico, constituído de dimensões biopsicossociais. Trata-se de um

eixo estruturante do SUS, principalmente no que concerne à Atenção Primária à Saúde, que é a ordenadora do cuidado, servindo também como diretriz para os outros níveis de atenção (BRASIL, 1988).

De acordo com Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta a saúde como direito universal e normatiza o funcionamento do SUS, o conceito de integralidade é instituído como um princípio do SUS, sendo definido como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (Art. 7, inciso II). Deste modo, a lei prevê que o usuário do SUS seja contemplado em todas as suas necessidades, desde o nível de atenção primária ou básica até o nível mais complexo, terciário ou quaternário (BRASIL, 1990).

A integralidade permite ao profissional de saúde desenvolver um olhar ampliado, que transcende a lógica puramente intervencionista, oportunizando almejar o delineamento da compreensão do processo de cuidar, sob a ótica da organização dos serviços de saúde (CARNUT, 2017). Com isso, a integralidade surge para organizar a atuação dos profissionais nos serviços da saúde e conseqüentemente ampliar a compreensão das necessidades da população (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

De acordo com Silva, Miranda e Andrade (2017), a integralidade da saúde assume sentidos polissêmicos como, por exemplo, a intenção dos profissionais e dos serviços de saúde em compreender as necessidades de cada usuário, valorizando sua singularidade. Nesse caso, podemos perceber a integralidade como uma forma de entendimento da medicina em que o médico e os serviços ao reconhecerem toda a complexidade do usuário buscam contemplá-la, considerando aspectos que não só aqueles diretamente ligados à doença. Ela busca olhar para o usuário como sujeito integral, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos e sociais, superando o olhar fragmentado, especializado, fruto do paradigma biomédico.

O movimento da integralidade tem relação conhecida na medicina integral, que teve origem em discussões durante o ensino médico americano. A principal crítica da medicina integral é a fragmentação que os médicos adotavam no tratamento dos pacientes. Eles utilizavam um sistema por especialidades, recortando e analisando seus pacientes conforme o aparelho e sistema que se especializaram, e não os avaliavam como um todo (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Para Oliveira e Cutolo (2018) a integralidade, proposta na medicina integral, tem a ver com um modelo de atitude desejável do médico em relação ao atendimento do paciente, em que se recusaria a reduzir o paciente a um sistema biológico. Esse tipo de atitude deveria ser proporcionado na escola de medicina e relacionado como uma boa prática. O médico, segundo a integralidade, deve aproveitar o encontro com seu paciente, que vem por conta de um sofrimento, para verificar os riscos de outras doenças que não envolvam o sofrimento acometido no momento da consulta, investigando as que ainda não estão expressas.

Com a crítica levantada pela medicina integral foi proposta uma reforma no currículo do ensino médico. A ideia sugerida foi a de formar médicos com mais atitude, menos fragmentados e reducionistas, sendo eles capazes de compreender seus pacientes e necessidades de uma forma mais integral. Essa reforma do currículo do ensino médico tomou dois eixos; de um lado foi tratado de modificar a aceção básica, com a introdução de novos conhecimentos relacionados à questão do adoecimento e também à relação do médico com o paciente, assim como nos contextos culturais e relativos à sociedade, valorizando a integração dos conhecimentos básicos na prática da medicina. Por outro lado, foi enfatizado o ensino em comunidades e ambulatorios, lugares que facilitam o exercício da compreensão da vida do paciente (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Outro possível significado para o termo integralidade da saúde seria a organização dos serviços e das práticas de cuidado, ressaltando a articulação entre a assistência e os diferentes elementos que compõem as práticas de saúde pública, apontando, agora de forma coletiva, as necessidades da população. Nesse caso, pode ser compreendida como a forma com a qual as redes de atenção se organizam de forma coletiva, garantindo acesso do usuário a todos os níveis do sistema, além de buscar a resolução e compreensão ampliada das necessidades da população (PINHEIRO; MATTOS, 2008). Desse modo, torna-se fundamental a articulação das práticas da saúde e sua assistência. Uma das críticas da integralidade refere-se à dissociação entre as práticas assistenciais e as práticas de saúde pública (CECÍLIO, 2008).

A integralidade exige uma "horizontalização" de programas que anteriormente eram verticais. As equipes de saúde deveriam pensar em suas práticas a partir do horizonte dos cidadãos que recebem e necessitam do atendimento médico, e não pelo ponto de vista específico do programa ministerial (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Por último, os autores também apontam um terceiro significado da integralidade, que deve ser pensado a partir das políticas públicas, em que pese a responsabilidade dos órgãos governamentais na resolução de problemas de saúde. Nesse caso, integralidade diz respeito ao planejamento e execução de políticas pensadas como resposta para certos problemas de saúde (CECILIO, 2008).

A integralidade não é somente uma atitude, mas sim uma marca de um novo modo de organizar o desempenho do trabalho médico, para que seja otimizado o impacto da incidência das doenças. Isso remete a um outro exemplo, vindo da integralidade, no qual não é possível aceitar serviços da saúde organizados para se tratar a doença, pois os serviços necessitam ser organizados para obter uma compreensão ampliada da população que a equipe atende (PINHEIRO; MATTOS 2008).

A integralidade também não é somente um plano do SUS, definida na Constituição, ela é considerada uma “bandeira de luta” para o sistema de saúde. Ela fala de valores pelos quais vale a pena lutar, por se relacionarem a um ideal para uma sociedade mais solidária e justa (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Para Faria *et al.* (2018) não há uma grande compreensão da necessidade de se trabalhar em equipes multiprofissionais, isso se encontra enraizado e reproduzido no sistema educacional formal; também no processo da formação de profissionais e na área técnica da saúde.

A integralidade possui outro conjunto de sentidos que está relacionado às apresentações de algumas políticas, chamadas de políticas especiais, segundo Pinheiro e Mattos (2008). Elas são desenhadas para oferecer respostas a um tipo específico de problema de saúde, ou mais, que atinge a uma certa quantidade de cidadãos.

A integralidade, segundo Oliveira e Cutolo (2018), repudia a redução dos objetos descontextualizados e dos sujeitos sobre os quais as políticas recaem. Um exemplo de integralidade no Brasil é o tratamento da Aids, em que os profissionais cuidam tanto da prevenção quanto da assistência dos portadores.

A integralidade pode ser reconhecida por seus princípios orientadores de processos de trabalhos, das práticas e da estruturação das políticas. E, especialmente, tem como princípio a abertura para o diálogo entre as especialidades, para eliminar o reducionismo e a objetificação do sujeito (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Os médicos necessitam ser lembrados de que o paciente não se reduz apenas a uma lesão, causando dor naquele momento; não se reduz apenas a um corpo que pode gerar novas lesões, naquele momento silenciosas. O médico necessita ter um olhar astuto, para enxergar além (CECILIO, 2008).

Esse olhar ampliado dos médicos mostra a necessidade de obter informações de forma apurada, verificando as fragilidades dos casos, entrando em detalhes da vida dos pacientes, nas pessoas envolvidas, assim como em situações pertinentes, com a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita reorganizar os fatos e compartilhar o cuidado (BATISTA *et al.*, 2014).

2.5 Projeto Terapêutico Singular

Durante a trajetória do SUS no Brasil foi possível constatar a aplicação prática da ampliação do conceito de saúde; as ações foram se expandindo na intenção de contemplar uma maior intervenção, capaz de garantir a maior integralidade na assistência à saúde da população. Foi observada a necessidade de integrar diferentes profissionais para o melhor tratamento, visando o cuidado interdisciplinar (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015).

Nesse sentido, foi criado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um dispositivo no cuidado que se insere no cenário interdisciplinar com o objetivo de intervenções centradas na necessidade da saúde do sujeito em seu contexto social (MARTINS *et al.*, 2010; CECCIM, 2010).

O PTS (Projeto Terapêutico Singular), conforme a definição das Cartilhas da Política Nacional de Humanização - Equipe de Referência, Projeto Terapêutico Singular e Clínica Ampliada, é um conjunto de orientações de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo ou coletivo, resultante de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar. É um dispositivo de cogestão e coprodução do processo terapêutico a ser amplamente incluído nos serviços de saúde do país (DEPOLE, 2018).

Anteriormente, o termo era nomeado como PTI (Projeto Terapêutico Individual), e sua definição constava em vários documentos oficiais do Ministério da Saúde, assim como em cartilhas técnicas e literaturas científicas, com diversas linguagens e formas. Entre as principais políticas difusoras do uso teórico-prático do PTS podem ser citadas a Política Nacional de Saúde Mental- PNSM (BRASIL, 2001a), a Política Nacional da

Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012) e a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2003a).

Conforme o documento “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, o Projeto Terapêutico Individual é definido como um conjunto de atendimentos que respeita a individualidade de cada usuário e singulariza cada um desses atendimentos, na unidade e fora dela (BRASIL, 2004a). Essa definição se amplia em outras leituras, como na cartilha “HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e o projeto terapêutico”, a qual evidencia que o projeto terapêutico necessita englobar ações com objetivo de aumentar a autonomia do usuário e de sua família/rede social sobre seu problema, no sentido da habilitação de cuidadores e do cuidado de si, com a transferência de técnicas desse cuidado e informações (BRASIL, 2004b).

O PTS é um dispositivo utilizado como estratégia para a reorganização do trabalho em equipe na área da saúde, em diferentes níveis de atenção, assim como no cenário das residências multiprofissionais, estabelecendo interconexões entre os serviços dentro da rede de atenção, com o objetivo da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2008). Esse projeto traz um conjunto de propostas relacionadas às condutas terapêuticas articuladas para o indivíduo e também para o coletivo, resultando em discussões coletivas de uma equipe multiprofissional, com apoio da família, se for necessário. Na verdade, o PTS parte de uma discussão do caso do paciente (BRASIL, 2007a).

Esse mecanismo incorpora a noção de equipe multiprofissional, que contribui com diversas especialidades e diferentes profissionais. Após uma avaliação compartilhada sobre as condições do paciente é acordado um procedimento a cargo de diferentes membros da equipe interdisciplinar, chamada de equipe de referência. Cada profissional com sua especialidade ficará encarregado de acompanhar o paciente ao longo de seu tratamento, providenciando intervenções com outros serviços de apoio e profissionais, quando necessário, assegurando uma alta e contínuo acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO *et al.*, 2011).

A literatura e experiências práticas evidenciam que o Projeto Terapêutico Singular é construído como uma proposta articulada a outros conceitos propostos pelos autores Campos e Domitti (2007), em que se incluem o conceito de Equipe de Referência e de Clínica Ampliada, como cogestão e apoio matricial.

2.5.1 Clínica Ampliada

O conceito de clínica ampliada está afinado aos preceitos da integralidade, pautado na singularidade do sujeito e nas relações que estabelece com o meio, com a rede, interferindo na produção do cuidado. A clínica ampliada valoriza a autonomia e o protagonismo do sujeito nas diferentes formas de cuidar (CAMPOS, 2007).

Essa concepção de clínica não só incorpora esses aspectos biopsicossociais ao cuidado como também amplia as possibilidades de intervenção dos profissionais da saúde, além de promover maior autonomia dos pacientes, por contemplar sua dimensão subjetiva no processo de adoecimento e autocuidado. Trata-se de uma estratégia de humanização, através de um cuidado que contemple o sujeito em sua singularidade nos diferentes níveis de atenção, com ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação à saúde (CUNHA, 2009).

Para Carnut (2017, p. 1182)

A clínica ampliada tematiza a expressão única da doença no corpo biológico do sujeito, identificando como os sinais e sintomas desse sujeito – que se concretizam de forma difusa e muitas vezes são minorados ou confundem-se com comorbidades – sinalizam a expressividade única da doença nele mesmo. Nesta medida, pode-se dizer, então, que a clínica ampliada é uma não padronização diagnóstica, que se contrapõem àquela própria do ensino biomédico, podendo-se, também, afirmar que esta clínica pretende considerar o sujeito em si.

Dessa forma, a medicina deve lidar com cada paciente em sua singularidade e totalidade, considerando a família, o trabalho, a religião e todas suas relações sociais, para chegar às suas possibilidades de diagnóstico e intervenção, sem renunciar à ontologia das doenças (CAMPOS, 1991).

Segundo Amarante (1996), quando a doença é colocada de lado, o olhar deixa de ser clínico e técnico, transformando a pessoa no centro da atenção, alterando o processo de uma “reprodução social do paciente” e também uma “invenção da saúde”.

Há a necessidade de sair do objeto ontologizado da área da medicina, da doença, e entrar no lugar do paciente. Esse paciente, sendo um sujeito concreto, subjetivamente constituído e social. Deve-se lembrar que a doença perturba e pode levar à morte, mas raramente se liquida todas as demais dimensões desse sujeito (CUNHA, 2009). Segundo Campos (1997), o paciente deve ser tratado como um todo em seus distúrbios, dores, sofrimentos, riscos de finitude e a doença em si.

Cunha (2005) lembra que a doença pode ser posta entre parênteses, mas não pode ser esquecida, ela pode ser colocada de lado para que haja a reentrada do paciente em cena, para se voltar o olhar ao indivíduo em sua totalidade, mas não deve ser esquecida por completo.

No caso do adoecimento de um sujeito, há várias posições em relação a como lidar com a doença. Há vezes que a doença ocupa um grande espaço em sua existência; em outras, a doença é somente uma gota de água, algo passageiro (CAMPOS, 1997).

Para compreender melhor o processo de saúde-doença, há a necessidade de se investigar elementos como as condições de moradia, trabalho, meio ambiente, transporte, acesso a serviços de saúde, lazer, educação, alimentação e renda da população. Isso auxilia a desmistificar a saúde e a doença como produções passíveis de ação, transformação e social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Conforme Camargo Junior (1992), a medicina demonstrou operar um objeto de estudo e trabalho reduzido, o que trouxe implicações para o campo dos saberes a respeito das técnicas e métodos de intervenção. Também pode se constatar que, atualmente, essa redução de responsabilidade da Clínica Oficial em relação à integralidade do sujeito faz com que a Clínica se responsabilize apenas pela enfermidade e não pelo doente.

2.6 Interdisciplinaridade

O ser humano, em sua singularidade subjetiva e complexidade física, psíquica e social, torna o trabalho dos profissionais da saúde desafiador, pois se fazem necessários não só conhecimentos amplos e diversificados sobre o sujeito em sua totalidade, mas também a articulação desses saberes entre as diferentes especialidades de saúde. Entretanto, desde a formação desses profissionais, o que se observa é a fragmentação das formas de trabalho e a maneira como se inserem no mercado de trabalho (PIERANTONI *et al.*, 2008).

O modelo biomédico elabora as questões de saúde-doença conforme a lógica da ciência biológica, segundo Camargo Junior (2003). O corpo é definido como uma máquina, na qual há causa e efeito, doenças e lesões, e o trabalho dos médicos é mais racional, uma vez que exclui a possibilidade de haver algo além do processo da doença.

As práticas de especialização e atenção básica no trabalho, na área da saúde, se mantém enfrentando os desafios de compartilhar conhecimentos, segundo Morin (2002); aumentar a perspectiva biomédica (CAMARGO JUNIOR, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a); e ultrapassar a fragmentação na atenção da saúde, por conta do sistema hierarquizado, sem responsabilidade e qualidade, além dos custos sempre aumentando (CECILIO, 1997, SCALLY; DONALDSON, 1998).

A abordagem interdisciplinar, conforme Japiassu (1976) e Fazenda (1995), é considerada recente. Para Silva (1999), que proporcionou a revisão do modelo disponibilizado por Jantsch e Bianchetti, a diferença entre uni, pluri, multi, inter e transdisciplinar é identificada na interação entre o indivíduo e o objeto, tanto quanto na produção de práticas (JANTSCH, 2000).

Nessa percepção, o panorama unidisciplinar, no princípio analítico, separa as partes do fenômeno para que haja uma melhor compreensão; é determinado pelos conhecimentos e práticas de uma disciplina. Já o multidisciplinar, é determinado pela composição de distintos saberes. No caso do interdisciplinar, há a promoção da inclusão entre as disciplinas, no intuito de construir conceitos em comum. O transdisciplinar supera as barreiras das disciplinas (FURTADO, 2007).

Na educação dos profissionais da saúde há uma escassez na colaboração e cooperação entre as diferentes especialidades. Segundo Morin (1999), é preciso construir uma abordagem mais interdisciplinar para uma ligação entre os conhecimentos em diferentes disciplinas e áreas, e assim organizar um aprendizado com o intuito de desenvolver a capacidade do profissional em contextualizar e problematizar. Para isso, é necessário reconhecer o outro com os seus saberes, mesmo sendo diferente do seu conjunto de valores, conhecimentos, desejos e interesses. Isso objetiva construir uma abordagem mais ampla no cuidado na área da saúde (MATURANA, 2005).

Para que isso ocorra, os profissionais carecem de se desenvolver em habilidades e competências que estão além das clínicas tradicionais e da epidemiologia, como por exemplo a construção de vínculos, a corresponsabilidade na promoção da saúde e a autonomização. Campos *et al.* (2001) destacam a necessidade de rever e organizar o preparo dos profissionais que atuam nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da APS, já que pode trazer benefícios para resolver 80 % dos problemas da população na área da saúde.

2.7 Diretrizes Curriculares Nacionais

No começo do século XXI foram estabelecidas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais, as quais modificaram as estruturas de todas as universidades brasileiras, fazendo com que professores, alunos, funcionários e principalmente os gestores, discutissem as propostas implantadas pelo Ministério da Educação. As novas diretrizes dos cursos de saúde foram elaboradas na década de 1990, e homologadas em 2001 e 2002. Essas diretrizes apontam a necessidade de formar profissionais humanistas, generalistas, críticos e reflexivos (ROSSINI; LAMPERT, 2004).

A área da Educação Física estuda os movimentos e a motricidade do corpo humano; possui como foco diferentes jeitos de exercitar os músculos, sejam eles por meio de luta, dança, jogo ou ginástica. O curso de Educação Física tem o intuito de cuidar da formação e educação, do lazer, do rendimento esportivo, assim como das necessidades da população na área da saúde, segundo a resolução CNE/CES nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Os conhecimentos adquiridos durante esse curso são: compostos psicológicos, socioculturais e biológicos do ser humano. O graduando deve finalizar o curso possuindo as habilidades e conhecimentos para exercer a função de professor, e nas áreas da saúde, lazer, cultura e esporte (BRASIL, 2018a).

O curso de graduação de Enfermagem, segundo a resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, forma profissionais humanos, críticos, reflexivos e generalistas, qualificados a exercer a profissão na área, com bases intelectuais e científicas, com princípios éticos. Os profissionais são capazes de intervir e conhecer os problemas e situações de saúde e doença que mais ocorrem na população, mesmo em instituições privadas como no SUS, conseguindo identificar quais são as dimensões biopsicossociais que determinam. Eles estarão aptos a atuar, com ética e compromisso ao cuidado do cidadão, promovendo a saúde integral (BRASIL, 2001b).

Em janeiro de 2018, houve a atualização da resolução do curso de Enfermagem (Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018), a qual reforça a necessidade de o profissional formado trabalhar em equipe multiprofissional para melhor atendimento do paciente, sempre se baseando nos princípios do SUS, com destaque à integralidade do paciente (BRASIL, 2018b).

A Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, referente ao curso de Fisioterapia, afirma que o profissional finaliza o curso como um fisioterapeuta de formação humana, geral, reflexiva e crítica, sendo capaz de atuar nos níveis de atenção à saúde da população, com formação intelectual e científica. Os profissionais

possuem um olhar amplo e global, sempre respeitando a ética profissional. O fisioterapeuta tem como objeto de estudo os movimentos do corpo humano em formas de potencialidades e expressão, sendo nas alterações cinético-funcionais, patológicas, e também nas repercussões orgânicas e psiquiátricas, com o objetivo de desenvolver, preservar, restaurar os sistemas, funções e órgãos, elaborando diagnósticos funcionais e físicos, execução e eleição dos procedimentos conforme cada situação (BRASIL, 2002).

A graduação de Farmácia, segundo a resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017, aponta que o profissional finaliza a graduação com o conhecimento centrado nos medicamentos, na assistência farmacêutica e nos fármacos. O graduando recebe a formação em cosméticos e alimentos, análises toxicológicas e clínicas, a fim de cuidar da saúde do ser humano, de sua família e da população em geral. O profissional sai do curso com o compromisso de cuidar e defender a saúde do indivíduo, verificando os aspectos políticos, ambientais, de gênero, socioeconômicos, culturais, de orientação sexual e necessidades da população (BRASIL, 2017).

Para os profissionais de Nutrição também é prevista uma formação humana, geral e crítica, tornando-lhe capaz de atuar tanto no SUS como em instituições privadas, priorizando a atenção dietética e segurança alimentar do indivíduo. O alimento e a nutrição se apresentam como fundamentais para promover, recuperar e também na manutenção da saúde, prevenindo assim doenças na população e no indivíduo. Dessa forma, contribui para melhoria de vida da população, sempre pautado pelos princípios da ética, com reflexão sobre a realidade política, cultural, econômica e social, segundo a Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001c).

O profissional graduado no curso de Odontologia, segundo a Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021, deverá se formar com as seguintes particularidades: dotado de fundamentação científica e técnica, generalista, ativo, sempre reciclando seu conhecimento, habilidade de trabalhar em equipe na forma interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional, participativo e consciente em relação às políticas culturais, econômicas, sociais e inovações da área tecnológica (BRASIL, 2021).

O curso de Psicologia, segundo a Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011, prevê que o graduando desenvolva competências na interação dos

fenômenos humanos, sociais e biológicos, proporcionando a compreensão de um todo e também a contextualidade dos processos psicológicos e dos fenômenos. O psicólogo poderá exercer suas funções na comunidade em que for inserido, inclusive em hospitais privados e também no SUS (BRASIL, 2011).

Em 13 de setembro de 2018, houve uma atualização na resolução do curso de Psicologia, (Resolução, nº 597), na qual foi incrementado que o graduado deve estar apto a reconhecer seu paciente como um todo, ou seja, a sua integralidade, respeitando seus determinantes sociais, culturais, históricos e políticos, assim como suas condições pessoais. Com isso, a decisão dos profissionais deve ser tomada na preservação do bem-estar do outro e seus direitos, sempre considerando os padrões legais e éticos. Foi adicionado também que o psicólogo deve atuar de maneira inter e multiprofissional, ou seja, trabalhando em equipe, trocando conhecimentos com outras áreas para um melhor tratamento do paciente, como organizações, instituições e grupos (BRASIL, 2018c).

A aprovação das novas diretrizes curriculares não foi suficiente para que os eixos fossem incorporados, pois se dá na prática da inserção de cada universidade e também na avaliação dos resultados dessas alterações (ROSSINI; LAMPERT, 2004).

O curso de Medicina, anteriormente, era dividido em três fases: ciclo básico, clínico e internato, conforme apontam Cardoso Filho *et al.* (2015). O ciclo básico previa em sua grade curricular disciplinas teóricas para a formação de seus graduandos, como anatomia, fisiologia, farmacologia e histologia. No ciclo clínico era permitido aos alunos ampliar seu conhecimento teórico-técnico com algumas matérias práticas como pediatria, clínica médica, semiologia e demais especialidades. Já no internato, o discente se via inserido no ambiente da prática, momento importante do curso para utilizar seus conhecimentos teóricos. Esse modelo de formação perdurou durante anos, mas acabou sendo questionado, resultando em grandes mudanças curriculares (COSTA *et al.*, 2014; FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014).

Com a implantação do SUS essa formação foi evidenciada como inconsistente, já que não era capaz de atender às demandas da população, tendo em vista a ineficácia da personalidade generalista que os médicos carregavam (COSTA *et al.*, 2014; MORETTI-PIRES; BUENO, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2015).

Em 2001, foram criadas as primeiras diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina, as quais deveriam guiar a grade curricular das universidades. Essas diretrizes propunham habilidades em comum para todos os cursos da área da saúde

e habilidades específicas para os discentes do curso de medicina, demonstrando uma inovação no ensino em saúde. As diretrizes de 2001 foram insuficientes em alguns aspectos quanto às transformações ocorridas paralelamente no Sistema Único de Saúde, pois ainda que preconizassem a interdisciplinaridade necessária para uma visão integral do cuidado do paciente, era possível notar a formação de médicos com pouca habilidade na prática clínica e pouco envolvidos com a visão humanística e histórico-social dos pacientes (BRASIL, 2001d; COSTA *et al.*, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2010a).

Já em 2014, foram publicadas novas diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina que traziam várias recomendações às quais as instituições de ensino deveriam se adequar. Nelas, aspectos humanísticos, socioculturais e biológicos do ser são considerados em uma forma multiprofissional e interdisciplinar durante o curso. A proposta é enfatizar a preocupação da formação de médicos generalistas efetivos na abordagem de paciente da urgência/emergência e atenção básica, sendo atendimentos resolutivos na redução dos riscos e promoção da saúde (BRASIL, 2014).

As DCN's são centradas em três grandes áreas: Educação em Saúde, Atenção Integral à Saúde e Gestão em Saúde, que propõem aos alunos o aprendizado de habilidades permitindo uma maior aptidão em lidar com problemas da saúde pública e da sociedade, com ênfase na adequação das demandas do SUS e também aos programas como a Política Nacional de Atenção Básica. Tudo isso por meio da articulação teoria e prática do projeto pedagógico, com o objetivo de integrar os conhecimentos de outras áreas, além do alinhamento das normas de instâncias governamentais, serviços oferecidos pelo SUS e instituições prestadoras de serviço, oferecendo uma formação interprofissional e flexível, respeitando as necessidades da população (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014; MORETTI-PIRES; BUENO, 2009; GARCIA *et al.*, 2007; GOMES; REGO, 2011).

As metodologias empregadas defendem o aprendizado baseado em problemas (ABP), a utilização de portfólios e disciplinas de cunho prático que contribuem na transformação da visão do próprio aluno acerca da graduação e sua atuação como médico (SILVEIRA *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2010^a; GOMES; REGO, 2011; TRINDADE; VIEIRA, 2009; PENAFORTE, 2001; DINI; BATISTA, 2004). A ABP é caracterizada por uma filosofia curricular que pode ser uma solução na melhoria na qualidade do processo de ensino-aprendizagem, sendo um eixo de aprendizado

teórico, integrando as disciplinas, a prática e a teoria (PENAFORTE, 2001).

O emprego de metodologias, como por exemplo a ABP, já está previsto nas novas diretrizes, Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, no artigo 29, parágrafo II, do curso de medicina: “[...] utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 2014, p.12).

Neste instante, há a necessidade de refletir em relação às bases conceituais que apoiam o perfil geral proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais ao profissional que está em processo de formação na área da saúde. Ao se almejar um profissional com formação humanista, generalista, que ofereça saúde de forma integral, o que se espera deste como profissional da área da saúde? Essas transformações visam subtrair, substituir o que foi proposto antes ou modificar, com o intuito de acrescentar, adaptar, agregar e tornar o profissional um especialista mais completo durante a sua formação? (FURLANETTO *et al.*, 2014).

O quadro abaixo foi elaborado para apresentar o panorama da evolução do perfil egresso dos alunos dos cursos da área da saúde escolhidos pelo autor para realização do presente estudo.

Quadro 1 - Diretrizes Curriculares de cursos da área da saúde

CURSO	Nº DO PARECER / RESOLUÇÕES	DATA	PERFIL DO EGRESSO
Educação Física	Parecer N° CNE/CES - 138/2002	03 de abril de 2002	Preconiza formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificada para o exercício profissional com base no rigor científico e intelectual e pautado no princípio ético.
Educação Física	Resolução CNE/CES N° 6	18 de dezembro de 2018	Prevê aos discentes habilidades e conhecimentos para exercer a profissão como professor, e também nas áreas da saúde, lazer, cultura e esporte.
Enfermagem	Parecer CNE/CES N° 1.133/2001	07 de agosto de 2001	Preconiza a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, graduando um profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.
Enfermagem	Resolução CNS N° 573	31 de janeiro de 2018	Profissional formado para trabalhar em equipe multiprofissional, com o intuito de melhor atendimento ao paciente, sempre trabalhando com base nos princípios do SUS, com destaque para a integralidade do paciente.

Farmácia	Parecer N° CNE/CES 1300/01	06 de novembro de 2001	Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.
Farmácia	Resolução CNE/CES N° 6	19 de outubro de 2017	Compromisso de cuidar e defender a saúde do indivíduo, verificando os aspectos políticos, ambientais, de gênero, socioeconômicos, culturais, orientação sexual e necessidades da população
Fisioterapia	Parecer N°: CNE/CES 1210/2001	12 de setembro de 2001	Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitada a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.
Fisioterapia	Resolução CNE/CES N° 4	19 de fevereiro de 2002	Formação humana, geral, reflexiva e crítica, sendo capaz de atuar nos níveis de atenção à saúde da população, com formação intelectual e científica. Os profissionais possuem um olhar amplo e global, sempre respeitando a ética profissional.
Nutrição	Parecer N°: CNE/CES 1.133/2001	07 de agosto de 2001	Formação generalista, humanista e crítica. Capacitado em atuar, visando à atenção dietética e segurança alimentar, e também em todas as áreas do conhecimento que a nutrição e a alimentação se apresentem como fundamentais para a manutenção, promoção e recuperação da saúde, e na prevenção de doenças de grupos populacionais ou indivíduos, contribuindo na melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade política, social, cultural e econômica.
Nutrição	Resolução CNE / CES N° 5	07 de novembro de 2001	O egresso deve promover, recuperar e também atuar na manutenção da saúde, prevenindo assim doenças na população e no indivíduo, contribuindo na melhoria de vida da população, sempre pautado pelos princípios da ética, com reflexão sobre a realidade política, cultural, econômica e social
Odontologia	Parecer N°: CNE/CES 1300/01	06 de novembro de 2001	Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico.
Odontologia	Resolução CNE/ CES N° 3	21 de junho de 2021	Profissional dotado de fundamentação científica e técnica, generalista, e ativo, sempre reciclando o seu conhecimento, com a habilidade de trabalhar em equipe, na forma interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional, participativo e consciente em relação às políticas culturais, econômicas, sociais e inovações da área tecnológica
Psicologia	Parecer N°: CNE/CES 1.314/2001	7 de novembro de 2001	O graduando deve lidar com diversos tipos de problemas e contextos possíveis na atuação como psicólogo, amparado por um sólido suporte científico e técnico.

Psicologia	Resolução CNE/CES N° 5	15 de março 2011	O profissional desenvolve competências na interação dos fenômenos humanos, sociais e biológicos, e proporcionando a compreensão de um todo e também a contextualidade dos processos psicológicos e dos fenômenos.
Psicologia	Resolução CNS N° 597/18	13 de setembro de 2018	Profissional apto a reconhecer seu paciente como um todo, ou seja, a sua integralidade, respeitando seus determinantes sociais, culturais, históricos e políticos, assim como suas condições pessoais. Com isso, a decisão dos profissionais deve ser tomada na preservação do bem-estar do outro e seus direitos, sempre considerando os padrões legais e éticos.

Fonte: Elaborador pelo autor, 2022.

2.8 Ensino em saúde

A atuação de diferentes profissionais da saúde em um único sistema demandou a necessidade de uma formação permanente. Para tanto, foi implantada a Política de Educação Permanente em Saúde, em que foram criadas as residências multiprofissionais em saúde, com o intuito de possibilitar a reorientação de formação dos profissionais (PAIVA *et al.*, 2013; BRASIL, 2004c).

A residência foi criada para desenvolver intervenções ampliadas no cuidado da saúde, para que seja superada a fragilidade da formação na graduação e também consolidar as diretrizes do SUS, que tem como um dos principais alicerces o princípio da integralidade (BÖING; CREPALDI, 2010; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Nesse contexto, a proposta da residência multiprofissional é uma iniciativa voltada à humanização da área da saúde, sendo uma estratégia para a gestão do serviço público e práticas de atenção, promovendo a reorientação das práticas pautada nas redes de diálogo entre o serviço de saúde, comunidade e ensino (BRASIL, 2004a; CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Ensinar é transferir conhecimentos e conteúdos para que um sujeito criador dê alma, forma ou estilo a um indivíduo acomodado e indeciso. Não existe docência sem aprendizado, quem ensina também aprende durante sua aula. O papel do educador não é apenas o de ensinar conteúdo ao aluno, mas ensinar, também, a ter um pensamento certo. Para isso, o professor deve ser mais do que um indivíduo que memorize e repita frases aprendidas, e sim que desafie seus alunos a pensar e pesquisar (FREIRE, 2011).

Para que haja uma mudança é importante que os processos educativos não sejam centradas no professor e na pedagogia tradicional, mas que o aluno assuma um papel ativo em seu aprendizado e o professor atue mais como um facilitador e orientador (CASTRO; DIAS; OLIVEIRA, 2017).

A educação no estilo transformador é caracterizada pelo vínculo contextual à realidade dos indivíduos envolvidos no processo do ensino e aprendizagem. A partir do próprio contexto os indivíduos conseguem, com mais facilidade, compreender o significado dos conteúdos, não de uma forma imposta, mas relacionando às reais condições de trabalho (PITANO; NOAL, 2009).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004a) as formações acadêmicas seguem um fluxo de ensino voltado para a formação de especialistas, visando o mercado de trabalho e causando, assim, um distanciamento do compromisso social. Esse movimento, segundo Campos *et al.* (2001), acontece porque a construção das bases do SUS foi mais rápida do que a reformulação do ensino, evidenciando outros problemas, como por exemplo a escassez e distribuição de profissionais de saúde, bem como a participação destes nos serviços de saúde pública.

O ensino dos profissionais da área da saúde é considerado por Almeida Filho (2013) e por Ceccim e Feuerwerker (2004a) uma questão crítica, por conta do reducionismo, do caráter hegemônico e hospitalocêntrico, fazendo com que haja maior distanciamento das demandas sociais, mantendo assim a formação de profissionais centrados apenas nas questões tecnológicas, se mantendo conservadores a novas ideias e tipos de tratamentos. Campos *et al.* (2001) reforçam também a necessidade da atualização permanente, não só dos estudantes, mas também dos profissionais já atuantes na área da saúde.

Superar a limitação dos modelos de ensino tradicionais quanto à questão da interdisciplinaridade é essencial para atender demandas profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do setor privado, o que torna o tema necessário e desafiador. Dentre as diretrizes do SUS, para que se garanta uma assistência de boa qualidade, é necessária uma equipe integrada e multidisciplinar, pois dessa forma é possível pensar o trabalho em equipe (PEDUZZI, 1998).

Desse modo, é essencial uma maior ligação entre os profissionais da saúde na APS, reforçando a necessidade de se reorganizar a formação, estimular os profissionais a trabalharem em conjunto, sendo uma equipe multiprofissional, formando assim um novo modelo de ensino-aprendizado centrado no estudante e

também na integração ensino, serviço e comunidade (IESC), com o objetivo da relevância social e excelência técnica (CAMPOS *et al.*, 2001).

Na Educação Permanente há um elemento essencial chamado educação interprofissional, imprescindível para a sua implantação. Ela tem sido usada como estratégia no ensino, com o intuito de formar profissionais reflexivos, críticos e com habilidade de trabalhar em conjunto com as outras especialidades, assim como responder às necessidades de seus pacientes. Os pilares da educação interprofissional são aplicados na educação permanente e constituem o desafio da construção de inovações na tecnologia para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Essas alterações têm como objetivo articular teoria e prática e também integrar o aprendizado e o ensino, influenciando na instrumentalização dos graduados na área da saúde (FARIA *et al.*, 2018).

Mais uma inovação seria a prática da avaliação formativa, que inicialmente pode causar estranhamento e receio, mas as DCN sugerem que essa atividade seja permanente, pois pode ser capaz de propor caminhos de ação-reflexão-ação. Por conta disso, a avaliação poderá proporcionar aprendizados e verificar as dificuldades e problemas que os graduandos têm na sua formação profissional, quais são as habilidades, conhecimentos e atitudes que faltam desenvolver (NOGUERO, 2007 LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Esse tipo de avaliação fará com que o docente tenha um *feedback* permanente de pontos a melhorar no ensino dos alunos, criando novas rotas; para os alunos, verificar as dificuldades que precisam ser desenvolvidas e também seus pontos fortes (COTTA *et al.*, 2012).

Para que haja mudança é preciso incluir nesse novo modelo de ensino-aprendizagem, metodologias participativas, a fim de estimular o papel ativo dos graduandos e processos avaliativos (SOUZA; CARCERERI, 2011; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016a).

Entende-se o estudo permanente em saúde (EPS) como um caminho para desenvolver um novo modelo de ensino no e para o SUS; e as metodologias ativas provocadoras de uma nova reflexão em relação às necessidades de ensino e processo de trabalho, permitindo assim a reforma dos profissionais da área e também unir a gestão, clínica e pedagogia (BRASIL, 2004b).

As pedagogias problematizadoras podem ampliar a formação dos graduandos. O EPS tem potencial para construir locais de avaliação e reflexão sobre o sentido dos

problemas cotidianos de pessoas e equipes reais, segundo Ceccim (2005), preparando os profissionais e alunos para e no SUS.

Para Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010), a conexão entre teoria e prática auxilia no entendimento dos graduandos. Para que isso ocorra, os professores precisam se adaptar e capacitar ao novo processo, para se horizontalizar na sua relação com os estudantes, na intenção de que haja um maior vínculo entre eles, estimulando assim maior reflexão crítica em relação à realidade da atuação profissional.

É de conhecimento que há a dificuldade de lidar com essa nova técnica de estudo, aprendizado e construção de conhecimento para o docente, pois por muito tempo o conteúdo recebido já vinha pronto. Para Dreher *et al.* (2007), o estudo tradicional foi pautado pelos pilares do escutar, ler, decorar e repetir, e o professor era considerado o portador e interlocutor do conhecimento. Com isso, a comunicação que existe é apenas transmissiva, unidirecional e hierárquica e os alunos se tornam apenas receptores e memorizadores (NOGUERO, 2007; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A educação libertadora, ao contrário da tradicional, vem para ser praticada lançando um novo modelo de compreensão com o objetivo de ser comunicativa, crítica, responsável, comprometida e criativa na transformação (FREIRE, 2011). Nesse sentido, as metodologias ativas são pautadas em aprender a ser, conviver, aprender e fazer, conforme Delors *et al.* (1998), o que fundamenta a participação dos alunos como agentes ativos na transformação social, não apenas receptores de informações, estimulando-os a ter autonomia e autogerenciamento no seu aprendizado, fatores importantes para a sua formação.

Segundo Cotta, Costa e Mendonça (2013) e Gomes *et al.* (2010b), as metodologias ativas são consideradas instrumentos imprescindíveis na formação profissional dos estudantes da área da saúde por quebrar com os processos massificadores e desenvolver a autonomia, buscando no indivíduo a capacidade de se autogovernar durante sua formação, proporcionando um aprendizado mais dialético e problematizador, mostrando assim que o diálogo é algo indispensável para esclarecer a realidade.

Segundo Cyrino e Torales-Pereira (2004), o principal papel do docente nas metodologias ativas é gerar desequilíbrios, com o objetivo de formar novos conhecimentos. Com essa proposta, as metodologias ativas podem potencializar a formação de profissionais responsáveis pela sua própria história, ajudando-os a se

capacitar quando forem necessárias intervenções em momentos de complexos e incertezas, utilizando sua experiência e conhecimentos desenvolvidos na sua vida e na prática (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

É importante reforçar que a prática necessita de uma postura na problematização do discutido, vivido e observado e que o aluno, segundo Batista e Batista (2016), precisa assumir seu papel no seu processo de aprendizado. Essa tática aparece como base no ensino problematizador, posto de forma crítica ao cotidiano social e de forma reflexiva aos alunos. Ceccim e Ferla (2008) corroboram que na formação de conhecimentos se adquirem as respostas concernentes às vivências e experiências e, a partir daí, gera-se mais perguntas sobre o atuar e ser no mundo.

Para Faria *et al.* (2018), há a necessidade de se formar profissionais que saibam trabalhar em equipe. Atualmente os cursos das áreas da saúde formam profissionais sem esse conhecimento necessário para trabalhar em equipes multiprofissionais e para ampliar o compartilhamento de práticas e conhecimentos.

Para Nistal (2008), o PET-Saúde se tornou referência metodológica em princípios de pesquisa e ação, pois valorizou o protagonismo do indivíduo nos métodos de transformação social. Essa nova metodologia se torna importante no processo de ensino e aprendizado, obtendo o território como indicação na formação da saúde, ressaltando a necessidade da reflexão da prática vivida na intenção de proporcionar mudanças e interação na condição sanitária, cultural e social, obtendo assim a possibilidade de diálogo com os indivíduos que habitam (GONDIM; MONKEN, 2008; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Essa estratégia acarreta o enfrentamento de desafios, como por exemplo, construir um currículo ajustado em que seu eixo principal articule na formação prática, trabalho e cuidado (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004; VASCONCELOS; STEDEFELD; FRUTUOSO, 2016).

Conforme Faria *et al.* (2018), destaca-se a implicação subjetiva e a importância de os estudantes serem protagonistas, compartilhando os saberes já construídos para que a mudança pedagógica e social ocorra.

2.9 Quadrilátero da Saúde

A Portaria MS nº 1996/2007 dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual afirma ser necessário:

Considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007b, Art. 1o., parágrafo único).

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), definidas como instâncias interinstitucionais permanentes, têm a função de formulação, desenvolvimento e condução regional da PNEPS, juntamente com os Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2019).

As CIES, como instâncias intersetoriais e regionais, devem ser compostas pelos gestores da saúde, gestores da educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007b).

A Portaria MS nº 3.194/2017 dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PROEPS-SUS, que possui o objetivo geral de:

Estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017, Art. 2o).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, conjuntamente com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação, elaboraram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, o qual tem a expectativa de que essa reorientação aconteça concomitantemente nos diferentes eixos, conforme as necessidades identificadas pela Instituição de Ensino Superior (IES), prevendo a academia integrada aos serviços de saúde.

Dessa forma, atende resolutamente às demandas dos usuários, de forma individual e coletiva, bem como contribui significativamente na formação de recursos humanos, produzindo ciência aplicada à realidade profissional e assistência à saúde, visando o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005b). Essa iniciativa visa a aproximação entre a formação do ensino superior em saúde no país e as necessidades da Atenção

Básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2005a).

A PNEPS e o Pró-Saúde procuraram manter a coerência teórica de suas ações com tais pressupostos e também com as diretrizes que orientam o SUS e, para tanto, assumiram o referencial denominado de quadrilátero da formação para a área da saúde como estratégia de desenvolvimento da política e também do programa. Com esse propósito, cada um dos vértices desse quadrilátero é composto pela interseção relacional entre os segmentos gestão, atenção, ensino e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

O quadrilátero da formação da saúde serve para organizar e construir a gestão do ensino na área da saúde integrada à gestão do sistema de saúde, restabelecendo a imagem dos serviços como gestão e atenção à saúde, valorizando o controle social, conforme ilustra a figura 1 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Figura 1 - Ensino em Saúde orientado a partir do quadrilátero da saúde



Fonte: Vendruscolo; Prado; Kleba, 2016b (p. 255).

Ceccim e Bilibio (2003) referem que a formação dos profissionais da saúde, anteriormente, era baseada apenas em ensino e serviço. Os autores apontam que poderiam ser inovadoras as experiências de integração entre gestores, usuários,

formadores e estudantes, com o intuito de qualificar a formação da equipe para as necessidades reais da saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), o sistema de gestão deve oferecer propostas que transformem as práticas profissionais, baseadas na reflexão crítica em relação ao trabalho e a experimentação da alteridade com os usuários e o trabalho em saúde, permitindo assim que o cotidiano, em conjunto com a gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde se incorporem ao ensinar e ao aprender, formando assim esses profissionais.

A formulação das diretrizes curriculares para Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) deve contemplar os seguintes pontos: a implementação de política de formação de docentes orientados para o SUS; prioridades expressas pelo perfil demográfico e epidemiológico em todas as regiões do país; formação de gestores que sejam capazes de mudar os atuais paradigmas de gestão, garantindo recursos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, ensino e extensão (BRASIL, 2003b).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde aprovou e apresentou, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, a “Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”. Esta tem a finalidade de atender aos requisitos referidos na NOB/RH-SUS, a qual propõe conquistar relações orgânicas entre as instituições de ensino (práticas de produção de conhecimento, prestação de serviço e formação); gestão da saúde (organização da rede e práticas gerenciais); serviços de atenção (profissionais e suas práticas) e órgãos de controle social (movimentos sociais e de educação popular, conselhos de saúde).

A apresentação da proposta feita pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, supõe a integração entre serviço e ensino, desenvolvimento institucional, controle social e formação e gestão setorial. Desse ponto de vista, o proponente da educação permanente em saúde para o SUS, o gestor federal, desencadeou o processo de constituição de gestão colegiada da educação permanente em saúde. Para o gestor federal do SUS, a articulação interinstitucional da educação permanente, com uma gestão colegiada, acaba com a regra de verticalidade hierarquizada e única nos fluxos organizativos. Sendo assim, supera, também, a tradicional concepção educativa dos treinamentos para o pessoal de

serviços e a racionalidade gerencial hegemônica (CECCIM, 2003; FEUERWERKER, 2003).

Campos (2000) acredita que com uma roda de cogestão da educação permanente podem ser viabilizadas novas estruturas organizativas e arranjos que possibilitem fortemente o comprometimento com o projeto ético político da Reforma Sanitária Brasileira, decorrente a uma ética de gestão e planejamento descentralizados.

Para se alcançar a atenção integral à saúde, com foco nas necessidades sociais desta, a atenção básica deve cumprir o papel estratégico da dinâmica de funcionamento do SUS, sendo estabelecidas relações contínuas com a população. A atenção básica, em todas as suas modalidades de operação, deve buscar a atenção de qualidade e integral, o fortalecimento e a resolutividade da autonomia das pessoas no cuidado da saúde, estabelecendo articulações orgânicas em conjunto com a rede de serviços (CECILIO, 1997). No entanto, precisa ser incorporada à noção de Atenção Integral à Saúde, tendo a rede de serviços e ações como cadeia de cuidados à saúde, em que tenha dicotomia entre os diversos âmbitos da rede do SUS. A educação em serviço é uma proposta adequada para trabalhar na construção desse modo de operar o sistema, porque permite a articulação da atenção, ensino, controle social e gestão no enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde no território em atuação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A educação permanente interpõe a reflexão crítica das práticas de gestão e assistenciais, podendo realizar a educação aplicada ao trabalho, assim como a educação que pensa o trabalho e a educação, aspirando a produção do mundo. Em ambos os casos, devem-se inserir fluxos à reflexão crítica. A responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e estratégicas da organização da atenção à saúde levam ao desenvolvimento da proposta da educação em serviço, sendo um recurso estratégico na gestão da educação e do trabalho em saúde. Não se trata de organizar diversos cursos ou pacotes programáticos pontuais, porém sempre ordenando o processo formativo e a educação permanente em saúde. Muitas vezes, os cursos primordiais aos profissionais de serviços são mais necessários aos docentes, para instalar sustentabilidade pedagógica local/regional na busca do fortalecimento e levando, assim, a educação profissional e superior aos valores técnicos, éticos, humanísticos e organizacionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O controle social é uma conquista advinda da democracia e estabelecida pela Constituição Federal de 1988. A partir dos princípios da participação popular e da descentralização, instrumentalizou a sociedade para que pudesse exercer seu papel, dando-lhe voz e vez, na medida em que pleiteia, opina e controla as ações do Estado, priorizando o interesse público na busca do bem comum (BREDER, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que rege sobre a organização e o funcionamento do SUS, prevê a participação social como um dos pilares do SUS, implicando na presença dos cidadãos e de suas representações organizadas nas instâncias de decisão dos diferentes órgãos, serviços e níveis de atenção à saúde, incluindo o financiamento e distribuição de recursos. O controle social é um direito garantido por lei no Brasil, efetivado especialmente nos conselhos gestores.

A abordagem da gestão colegiada consiste na igualdade de poder a todos os elementos envolvidos no processo de produção da saúde, de modo que cada parte apresente o contexto e a realidade em que está inserida, bem como assumam compromissos com a gestão democrática e horizontal no contexto da atenção e do ensino em saúde (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016a).

Os conselhos são conceitualmente espaços organizados e regulamentados de diálogo e participação, constituindo-se legalmente como oportunidades do exercício da democracia e da cidadania. Apesar da existência de conflitos, em geral, não podem ser considerados deletérios, em que se pese a prevalência do diálogo entre os vários representantes, convergindo em consensos e propostas de ações para a melhoria dos processos de gestão e organização da integração ensino-serviço-comunidade (VENDRUSCOLO, 2014).

O controle social pode ser exercido por qualquer cidadão usuário do SUS, no entanto, ainda há pouco interesse e conhecimento por parte da população em fazer uso desse direito; frequentemente os representantes dos conselhos e demais órgãos acabam sendo os próprios profissionais dos serviços ou até mesmo os próprios gestores, sem efetivamente haver presença de usuários, que também não integram as categorias de gestão e de prestação de serviços (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016b).

Considerando a formação do estudante da área da saúde, pouco se discute sobre a participação social nas grades curriculares, bem como pouco se desenvolve a habilidade no estudante de que este seja multiplicador e incentivador da participação dos usuários dos serviços no controle social. Trata-se de um assunto marginalizado,

considerando o modelo cartesiano e biomédico ainda vigente nos bancos escolares, por mais que as Diretrizes Curriculares Nacionais recomendem a formação do profissional generalista que considere o sujeito como ser biopsicossocial (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016a; 2016b).

O quadrilátero é importante para a política de formação, pois controla e libera fluxos específicos, dispondo de interlocutores específicos e configurando espaços-tempos com diversas motivações. Ao se deparar com uma apreciação crítica em relação à formação que é feita, e uma formação com o vigor político, se depara com a necessidade de ativar alguns processos e controlar outros. Formar um profissional é muito diferente de informar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Merhy (1994), a busca por melhorias na qualidade de serviços na área da saúde tem se aproveitado dos ruídos que aparecem no cotidiano dos serviços, reorganizando assim o processo de trabalho. Merhy (1997) afirma que não é possível propor ou admitir a captura do trabalho na área da saúde pela lógica apenas das práticas e saberes expressos nas técnicas e equipamentos estruturados, pois o objeto da saúde não é objetificável.

A área da saúde não forma apenas profissionais que podem ser absorvidos em postos de trabalho. Atuar nesta área significa exercer um trabalho de escuta, onde há a necessidade de interação entre o profissional e seu usuário, o que é determinante para a qualidade de seu tratamento. A inclusão de novidades tecnológicas é constante, assim como novos processos decisórios aparecem para a concretização da responsabilidade tecnocientífica, social, ética do tratamento, do cuidado e do acompanhamento da saúde. Profissionais que tratam nessa área, requerem estudo e atualização permanentes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

3 MÉTODO

Trata-se de estudo prospectivo, transversal, exploratório, de abordagem quantitativa, a partir de amostra por conveniência, realizado na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, com os cursos de graduação na área da saúde.

Foi feita uma pesquisa sobre o conhecimento prévio a respeito de integralidade, interdisciplinaridade e clínica ampliada com os alunos regularmente matriculados nos referidos cursos, cursando o último ano da graduação, ou seja, sétimos e oitavos semestres dos cursos de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição; e nonos e décimos semestres dos cursos de Psicologia e Odontologia.

Optamos por trabalhar com esses alunos por conveniência. Caso a pesquisa fosse feita com os alunos matriculados nos semestres iniciais dos cursos, poderia haver risco de estes ainda não terem nenhum contato com esses conceitos, enviesando as respostas. Por isso, a opção dos pesquisadores foi abordar alunos dos dois últimos semestres que antecedem a conclusão da graduação, em razão da oportunidade de maior proximidade da temática abordada na pesquisa.

Após a aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética, Parecer N° 4.390.529, foi solicitado às coordenações dos cursos envolvidos a relação dos e-mails dos alunos matriculados e enviado um convite por e-mail para todos os que se enquadram nos critérios de inclusão deste estudo, explicando os objetivos da pesquisa e dando orientações para participação, caso o aluno aceitasse colaborar.

Considerando que a coleta de dados foi realizada durante o período da pandemia de COVID-19, esta pesquisa foi feita através da aplicação de questionário, por meio da plataforma Google Forms™, com questões objetivas em que foram abordados temas a respeito do seu entendimento dos termos citados anteriormente e também de seu contato com estes durante sua formação. Além disso, houve uma questão de autoavaliação a respeito de competências desejáveis para o exercício de atividades em um contexto interdisciplinar de cuidado. O questionário possuía questões objetivas, com respostas estabelecidas através da escala Likert.

O tempo de preenchimento do questionário foi de aproximadamente 10 minutos. Antes da aplicação do questionário aos participantes, foi realizado um teste piloto com alunos egressos de diferentes cursos da área da saúde da USCS, com o intuito de identificar possíveis erros/inconsistências na ferramenta de avaliação.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados a partir da estatística descritiva, utilizando-se o *software* Excel™.

Foram considerados como critérios de inclusão: alunos regularmente matriculados nos referidos cursos, cursando os últimos semestres da graduação, ou seja, sétimos e oitavos, dos cursos de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição; e nonos e décimos semestres dos cursos de Psicologia e Odontologia.

Definiram-se como critérios de exclusão os alunos que não estivessem regularmente matriculados nos referidos cursos, cursando os últimos semestres da graduação, ou seja, dos sétimos e oitavos semestres dos cursos de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição; e nonos e décimos semestres dos cursos de Psicologia e Odontologia.

O curso de medicina não foi incluído, primeiramente por entendermos que este vive um contexto diferente dos demais cursos da área da saúde, no qual as Diretrizes Curriculares Nacionais já preveem questões relacionadas à integralidade, além de sugerir metodologias alternativas que desenvolvam a autonomia dos profissionais e as habilidades secundárias, como trabalho em equipe. Além disso, por conta dos graduandos do último ano estarem participando do internato e de um projeto relacionado ao atendimento de pacientes com COVID durante a pandemia, o acesso a eles foi inviável.

4 RESULTADOS

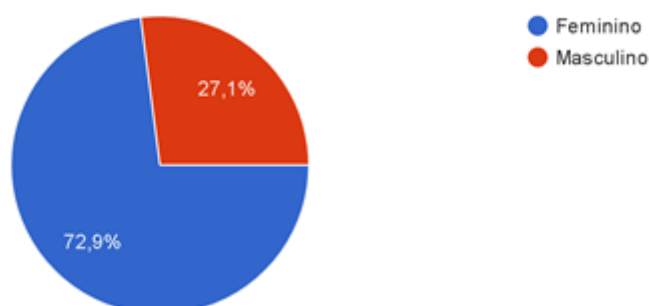
Frente ao desafio que foi realizar esta pesquisa no ano de 2021, em um contexto de pandemia instaurado e a impossibilidade de abordar as pessoas presencialmente, toda a coleta de dados foi feita de forma remota, online, com questionário através da plataforma Google Forms™. O link dos questionários foi disponibilizado pelo site da universidade (USCS), disparado para os e-mails dos alunos que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, além de contato direto pelo WhatsApp com representantes das turmas.

Foram feitos dois convites ao longo de dois meses de coleta de dados, para maior adesão possível. Importante ressaltar que, por esse motivo, algumas pessoas responderam ao questionário mais de uma vez, sendo preciso eliminar as respostas duplicadas para chegarmos à amostra final.

Ainda devido à situação da pandemia do coronavírus, foi necessário excluirmos o curso de medicina da pesquisa, visto que, por serem últimanistas, estes estavam em internato, envolvidos com o projeto do município de atendimento à população, resultando em uma baixa adesão dos mesmos.

A amostra final foi de 133 estudantes, sendo 36 homens e 97 mulheres; com média de idade de 26,2 anos ($\pm 7,2$ DP), variando entre 19 e 53 anos. Analisando apenas as mulheres, observou-se média de idade de 26,7 anos, variando entre 19 e 53 anos; dentre os homens, a média de idade foi de 25,9 anos, variando de 20 a 47 anos.

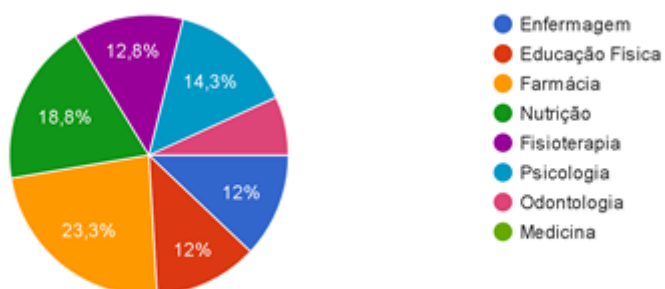
Gráfico 1 - Gênero dos entrevistados



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Os participantes estavam distribuídos nos seguintes cursos: 31 em Farmácia (correspondendo a 23,3% da amostra total); 25 de Nutrição (18,8% da amostra); 19 de Psicologia (14,3% do total de respondentes); 17 de Fisioterapia (12,8% da amostra); 16 do curso de Enfermagem (12%); 16 de Educação Física (12%) e 9 do curso de Odontologia (6,7% do total).

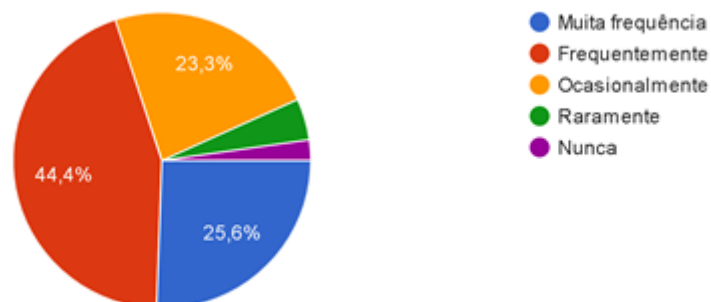
Gráfico 2 - Curso em que está se formando



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Quanto à frequência da abordagem dos conceitos de integralidade e clínica ampliada durante a graduação, 59 discentes (44% da amostra) responderam que frequentemente; 34 (25,6%) afirmaram que foram tratados com muita frequência; 31 (23,3%) ocasionalmente; 6 pessoas (4,5%) afirmaram que raramente e 3 pessoas (2,3%) responderam que nunca tiveram esses conceitos abordados.

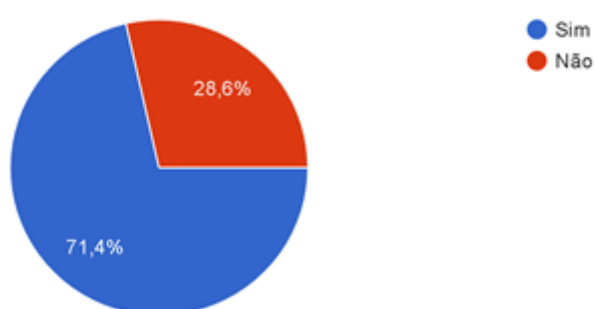
Gráfico 3 - Distribuição da frequência da abordagem dos conceitos de saúde integral e clínica ampliada durante a graduação



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

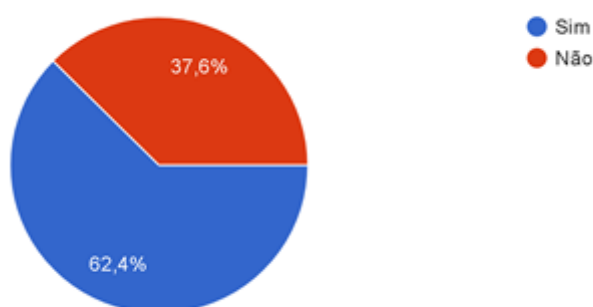
Durante o curso de graduação, 95 discentes (71,4%) referiram ter presenciado ou ter contato com alguma prática interdisciplinar, ao passo que 38 (28,6%) declararam que não tiveram. Questionados quanto sua percepção em estarem preparados para atuar em equipes interdisciplinares, 83 (62,4%) responderam que sim, enquanto 50 (37,6%) responderam que ao saírem do curso não se sentiriam preparados.

Gráfico 4 - Contato com práticas interdisciplinares durante a graduação



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Gráfico 5 - Crença no preparo para trabalhar em equipes multidisciplinares ao sair da graduação

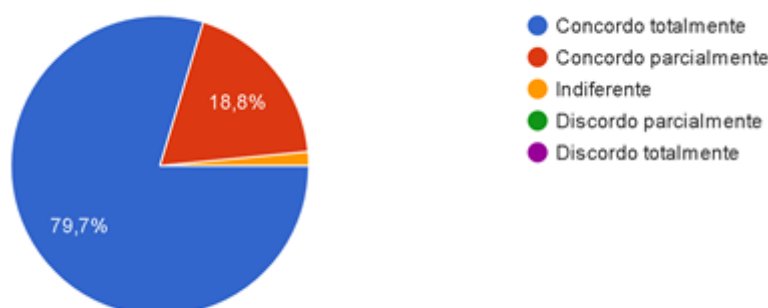


Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Em relação à afirmativa: especializar-se em sua área de atuação não é suficiente para garantir a promoção de saúde, mas a articulação desse saber com o de outros profissionais se faz indispensável para a ampliação desse cuidado, 106 participantes (79,7%) concordaram totalmente; 25 (18,8%) concordaram parcialmente

e 2 (1,5%) responderam que eram indiferentes.

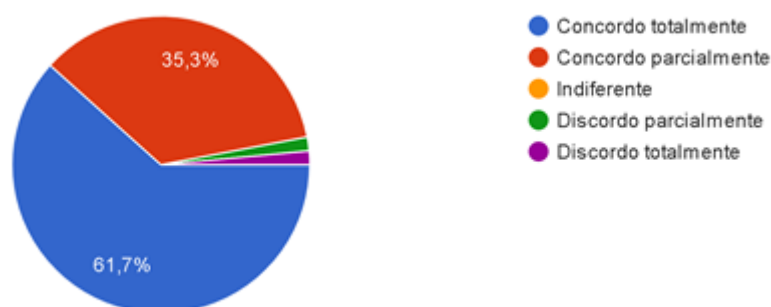
Gráfico 6 - Especialização e articulação do saber para a promoção de saúde



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Considerando a afirmação: além das competências técnicas, o profissional deve sair do ensino superior capacitado a trabalhar em equipe, produzir sob pressão, ter senso crítico, coletivo e interdisciplinar, resolver problemas, além de outras competências, 82 participantes (61,7%) responderam que concordam totalmente com a afirmação; 47 (35,3%) concordam parcialmente, 2 (1,5%) discordam parcialmente e outros 2 (1,5%) discordam totalmente.

Gráfico 7 - Competências desejáveis aos egressos do ensino superior



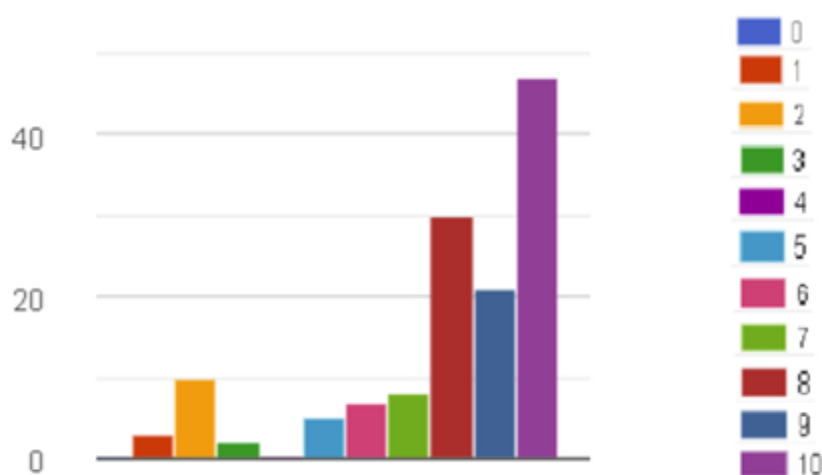
Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Por último, o questionário traz uma questão de autoavaliação, em que o sujeito deve atribuir uma nota de 0 a 10 para cada um dos itens correspondentes, onde a nota zero significa que ele não se considera capaz de fazer e nota 10 significa que ele

se considera totalmente capaz de fazer; atividades ou atitudes desejáveis para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

O primeiro item era sobre trabalhar em equipe. Verificou-se que 47 (35,4%) participantes atribuíram nota dez; 30 (22,5%) se deram nota oito; 21 (15,8%) nota nove; 10 (7,5%) se deram nota dois; 8 (6,0%) consideraram a nota sete; 7 (5,3%) nota seis; 5 (3,8%) atribuíram nota cinco; 3 (2,2%) consideraram nota um; e 2 (1,5%) se deram nota três.

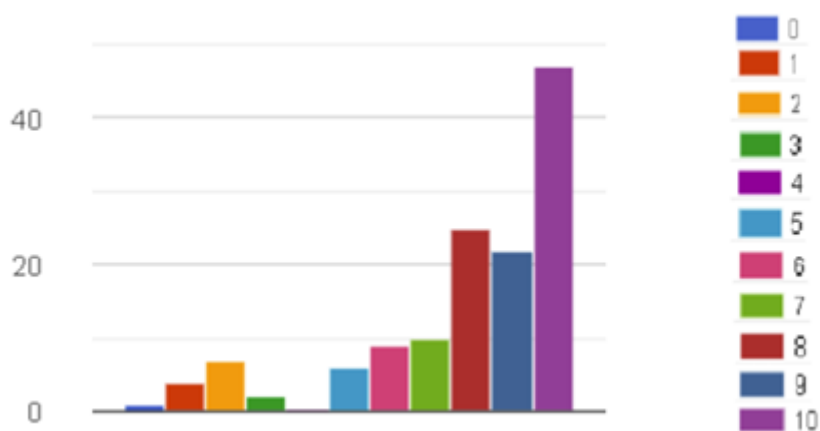
Gráfico 8 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação ao trabalho em equipe



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

O segundo item questionava se em caso de discussão o participante conseguiria ouvir a opinião dos colegas, mesmo quando considerasse que estivesse certo. Nesse item, 47 participantes (35,4% do total da amostra) se deram nota dez; 25 (18,8%) consideraram nota oito; 22 (16,5%) atribuíram nota nove; 10 (7,5%) se deram nota sete; 9 (6,8%) atribuíram nota seis; 7 (5,3%) se deram nota dois; 6 (4,5%) se deram nota cinco; 4 (3,0%) consideraram nota um; 2 (1,5%) consideraram nota três; e 1 (0,7%) atribuiu nota zero.

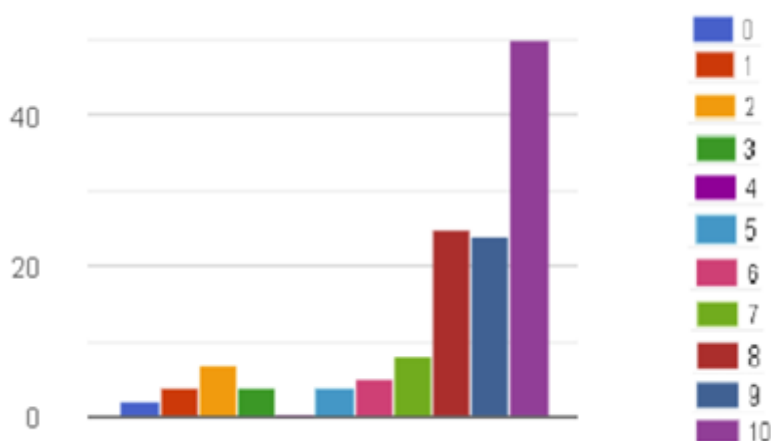
Gráfico 9 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação a ouvir a opinião do colega



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

No terceiro item os participantes deveriam pontuar sua capacidade de contribuir positivamente nas discussões em trabalhos/tarefas em grupo. Nesse item, 50 (37,6%) participantes atribuíram nota dez; 25 (18,8%) consideraram nota oito; 24 (18,1%) atribuíram nota nove; 8 (6,0%) se deram nota sete; 7 (5,3%) se deram nota dois; 5 (3,7%) consideraram nota seis; 4 (3,0%) atribuíram nota cinco; 4 (3,0%) consideraram nota três; 4 (3,0%) se deram nota um; 2 (1,5%) atribuíram nota zero.

Gráfico 10 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação à contribuição para discussões

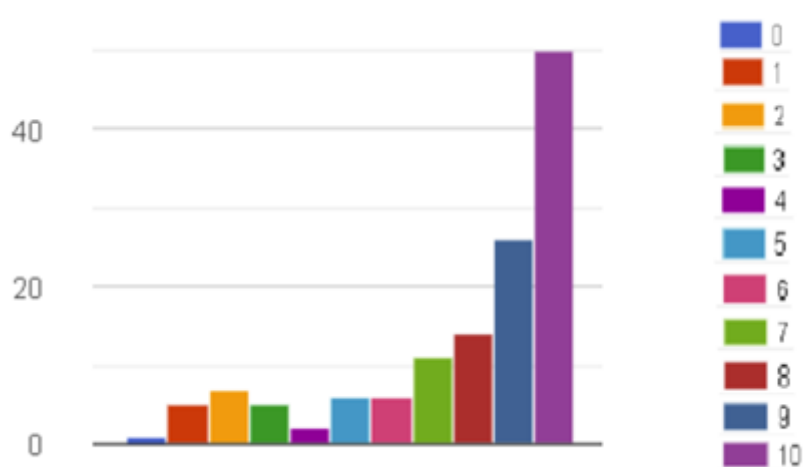


Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

O quarto item diz respeito à capacidade do entrevistado em encorajar os

colegas a participarem das discussões nas atividades em grupo. Nesse item, 50 participantes (37,6% do total da amostra) se deram nota dez; 26 (19,5%) consideraram nota nove; 14 (10,6%) se deram nota oito; 11 (8,2%) participantes atribuíram nota sete; 7 (5,3%) se deram nota dois; 6 (4,5%) consideraram nota seis; 6 (4,5%) atribuíram nota cinco; 5 (3,7%) se deram nota três; 5 (3,7%) atribuíram nota um; 2 (1,5%) consideraram nota quatro; 1 (0,7%) atribuiu nota zero.

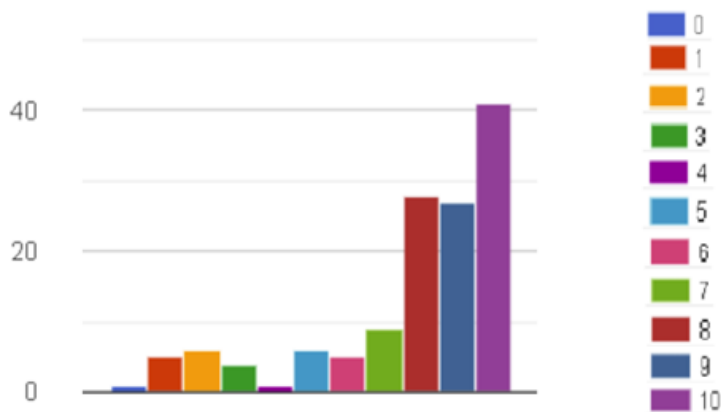
Gráfico 11 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação a encorajar meus colegas a participarem de discussões



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

O quinto item trata da flexibilidade diante de conflitos e discordâncias em atividades em grupo. Observou-se que 41 (30,9%) participantes atribuíram nota dez; 28 (21,1%) consideraram nota oito; 27 (20,3%) se deram nota nove; 9 (6,8%) atribuíram nota sete; 6 (4,5%) se deram nota cinco; 6 (4,5%) atribuíram nota dois; 5 (3,7%) se deram nota seis; 5 (3,7%) consideraram nota um; 4 (3,0%) se deram nota três; 1 (0,7%) atribuiu nota quatro; 1 (0,7%) atribuiu nota zero.

Gráfico 12 - Atribuição de nota a respeito da autoavaliação em relação a flexibilidade diante de conflitos



Fonte: Dados de pesquisa, 2021.

Considerando participantes que atribuíram notas menores ou igual a cinco, a autoavaliação demonstrou que 15% deles se sentem pouco capazes ou incapazes de trabalhar em equipe; 15% apresentam dificuldades ou incapacidade de respeitar a opinião dos colegas; 15,8% consideram que possuem dificuldades ou incapacidade em contribuir positivamente nas discussões e tarefas; 19,4% reconheceram pouca ou nenhuma capacidade em favorecer a participação de colegas nas discussões; 17,1% referiram pouca ou nenhuma flexibilidade diante de conflitos e discordâncias.

5 DISCUSSÃO

Todos os profissionais da área da saúde devem reconhecer a saúde como direito humano e condição digna de vida e atuar com base no direito ao acesso universal à saúde e aos demais princípios do SUS, tais como os de universalidade, integralidade e equidade, de forma contínua e articulada com todos os setores da sociedade; atuar na integralidade do cuidado à saúde por meio do desenvolvimento de ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde, individual e coletiva, exigidos para cada caso, em todos os pontos da rede de atenção do SUS que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (CASTRO *et al.*, 2019).

Os resultados do presente estudo alertam para a necessidade de (re)avaliação formativa dos discentes, pois apesar das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde e da legislação vigente no SUS preconizarem a formação generalista e integrada, cerca de um terço dos discentes entrevistados referiram pouco contato com os conceitos de integralidade e clínica ampliada, os quais seriam imprescindíveis para atuação interdisciplinar e da atenção centrada na pessoa.

Vale ressaltar que, além disso, é previsto também em todos os respectivos cursos o desenvolvimento de determinadas competências, como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento, tanto de força de trabalho quanto dos recursos físicos, materiais e de informação, além da educação permanente, que seria a capacidade de aprendizagem contínua tanto na formação quanto na prática profissional (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

As respostas adquiridas na pesquisa corroboram os princípios do SUS e as novas diretrizes curriculares de todos os cursos, que preveem a abordagem dessa temática na formação desses profissionais, valorizando assim os aspectos humanos e a interdisciplinaridade, assim como um efetivo serviço de saúde resolutivo, voltado à necessidade da saúde dos cidadãos (BRASIL, 2001e; ROSSINI; LAMPERT, 2004).

Em relação à questão de ter contato com alguma prática interdisciplinar, mais de um quarto dos participantes referiram que não tiveram. Santana *et al.* (2010) observaram algumas contradições nos discursos e práticas de ensino da área da saúde, nas quais foi demonstrada a inviabilidade de práticas da integralidade por

conta de uniprofissionais, ações normativas e tradicionais. Os discentes informam que há resistência entre os colegas nos cenários de prática e também limitações como, por exemplo, dificuldades na construção da integralidade. Por conta disso, acredita-se que a formação das práticas e sentidos da integralidade exige investimentos coletivos e pessoais dos profissionais.

Questionados quanto sua percepção em estarem preparados para atuar em equipes interdisciplinares, a maior parte dos participantes respondeu que sim, enquanto um terço respondeu que ao saírem do curso não se sentiriam preparados. Para os autores Santos e Cutolo (2003), Lock-Neckel *et al.* (2009) e Bispo, Tavares e Thomaz (2014), é importante se trabalhar com uma equipe interdisciplinar para superar a fragmentação, reconhecer e respeitar as especificações de cada área e juntar conhecimento e experiência para que o paciente seja tratado como um todo. Para isso, é importante que todos os estudantes aprendam na universidade a importância de se trabalhar com todas as áreas da saúde.

Agravando ainda mais o cenário de despreparo dos graduados, quase 40% dos alunos entrevistados afirmaram que não se sentem preparados para atuar em equipes interdisciplinares. Considerando a previsão dessa competência nas diretrizes curriculares e apesar da presença do conteúdo nos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde, diante da situação contrastante de despreparo dos discentes deve-se pensar também nas limitações geradas pela infraestrutura e escassez de docentes qualificados, que podem fragilizar o desenvolvimento de currículos interprofissionais nos cursos de graduação em saúde. Por isso a importância da proposição de formação continuada para docentes do ensino superior, preferencialmente a partir das metodologias ativas de ensino como estratégias para assegurar esse tipo de qualificação (GONTIJO; FREIRE; FORSTER, 2020).

Ao se autoavaliarem, uma parcela considerável de entrevistados atribuiu notas baixas, sinalizando se sentirem pouco capazes ou até mesmo incapazes de trabalharem em equipe, respeitar opinião dos colegas, contribuir positivamente nas discussões, pouca ou nenhuma capacidade em favorecer a participação de colegas nas discussões e ainda referiram pouca ou nenhuma flexibilidade diante de conflitos e discordâncias. Para o autor Dewey (1971), a universidade não se trata apenas de uma experiência, mas sim de promover o crescimento e também o alargamento do aprendizado dos estudantes, articulando os elementos internos do indivíduo, os aspectos objetivos e subjetivos, e o ambiente exterior. Essa oportunidade faz com que

o estudante vivencie as práticas, permitindo que haja a fixação de um novo conteúdo, levando-o a uma nova realidade e também uma nova forma de pensar e de se comportar, corroborando com a pesquisa.

Em relação à afirmativa: especializar-se em sua área de atuação não é suficiente para garantir a promoção de saúde, mas a articulação desse saber com o de outros profissionais se faz indispensável para a ampliação desse cuidado, a maior parte dos participantes concordaram totalmente, enquanto menos de um quarto concordaram parcialmente ou são indiferentes. Para Pereira *et al.* (2015), há a necessidade de ampliar os estudos com uma extensão universitária para que os estudantes e professores saiam de seus muros acadêmicos e tenham um ensino e uma aprendizagem real e também um complexo trabalho interdisciplinar na área da saúde.

Para Silva e Sena (2008), é importante aplicar tecnologias mais leves na análise de dados, como por exemplo o momento da escuta, criação e valorização de vínculos das subjetividades, singularidade, espiritualidade e vínculos afetivos. No entanto, o trabalho da área da saúde aparece sendo sustentado por um modelo de caráter positivo, que prevalece organizando seus serviços sustentado pela atenção curativa, atendimento aos sintomas biológicos e reforçando a medicalização, que são o contrário da finalidade do trabalho da integralidade no cuidado da saúde do paciente.

Há um desafio muito grande na integralidade do cuidado, especialmente na construção de vínculos entre profissionais e usuários. Além disso, há também o desafio de criar um dispositivo que supere um modelo centralizado no ato dos profissionais da saúde e com pouca visibilidade nas ações que promovem a saúde para se construir o cuidado centrado no paciente (SILVA; SENA, 2008).

É importante ressaltar que a integralidade é construída em um movimento cotidiano nas práticas da saúde; com isso, interfere nas micropolíticas do dia a dia da equipe da saúde (SILVA; SENA, 2008). A integralidade é um princípio que deve ser seguido mesmo com a resistência ao modelo biomédico, centrado no individualismo, na tecnificação do trabalho, na especialização, na concentração de recursos e na atenção curativa. Segundo Santana *et al.* (2010), essa utopia é um ideal que deve ser orientado para transformar a realidade e considerar como uma parte necessária na proposta de mudanças na área da saúde, já que assinala novos rumos na transformação a partir de algo real.

Segundo Moscovici (1997), mesmo com a conclusão de que estavam na fase

de aprendizagem e crescimento pessoal, as inseguranças e incertezas são esperadas, mostrando que há o desejo de se realizar intervenções no cuidado dos pacientes que visitam. São frequentes as queixas de discentes, de que tinham vontade de se intrometer, porém não sabiam como fazer. É difícil para os graduandos pensarem em intervir na situação e tentar mudar algo nos profissionais, porque não possuem uma boa base de conhecimento em relação aos aspectos econômico, social, psicológico e cultural dos pacientes. E também não adquiriram ainda um embasamento para avaliar quais são as necessidades dos pacientes que acompanham. É esperado que professores e alunos tenham mais clareza em relação a quanto, quando, como e o que devem aprender. Há a necessidade de se observar a realidade por novos aspectos (econômico, social, psicológico, cultural, ético, político, administrativo, entre outros) e que a ela pudessem estar relacionados, para que juntos, no momento do aprendizado, sejam extraídos os problemas. Com isso, na perspectiva do ensino (metodologia da problematização), no qual o método indutivo é centrado na aprendizagem, a observação é considerada muito importante para o questionamento intelectual, a formulação de novas hipóteses e também uma sequência que leve a conclusões válidas.

Há a necessidade de que tanto o estudante quanto o docente obtenham o entendimento de que a formação deve ir além da capacidade técnica do aluno. Onde aprender se constitui em construir, reconstruir, constatar, para que se possa mudar e intervir, permitindo que o aluno atue em situações difíceis e desafiadoras. Para isso, é importante que o professor se prepare e sustente as atividades de ensino compatíveis ao cenário do mercado de trabalho e ao ambiente; que o aluno possa se sentir acolhido para não ser julgado, mas sim orientado (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008; LUCKESI, 2005; ITO *et al.*, 2006).

6 PRODUTO

O produto originário desta pesquisa se trata de uma proposta de ensino em integralidade do cuidado, na qual, além de elucidar conceitos fundamentais para a temática, sugerimos diferentes atividades práticas para alunos dos diferentes cursos da saúde, para a articulação e resolução de problemas reais de forma multiprofissional e interdisciplinar.

O produto técnico tecnológico foi elaborado com base nos achados da pesquisa realizada com os alunos dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Ele é composto por um guia de boas práticas, denominado “Guia de Boas Práticas de Ensino de Integralidade na área da saúde”, onde há a parte teórica relacionada com o tema central e também atividades que podem promover um melhor aprendizado dos discentes em relação ao tema, com base em metodologias ativas.

A conceituação das metodologias ativas representa o processo interativo de análise, conhecimento, pesquisas, estudos e decisões coletivas ou individuais, com o intuito de solucionar um problema. O professor estimula os alunos a refletir, fazer pesquisas e decidir por eles mesmos, para assim atingir os objetivos estabelecidos. Constituem processos para que o aluno desenvolva a capacidade de analisar situações, com ênfase nas condições locais e regionais, apresentando soluções de acordo com o perfil da comunidade inserida (ABREU, 2009).

As metodologias ativas consistem em formas de se desenvolver o exercício de aprender, usando experiências simuladas ou reais, com o objetivo de solucionar com sucesso os desafios vindos das atividades da prática social (BERBEL, 2011).

As metodologias ativas não são constituídas como algo novo, pois seus primeiros indícios foram encontrados em obras de Emílio de Jean Jacques Rousseau (1712-1778), nas quais foi mostrado que a experiência assume destaque, ao contrário da teoria. Posteriormente, o filósofo, psicólogo e pedagogo John Dewey (1859-1952), traz uma nova ênfase no aprendizado, a partir de situações problemáticas, onde houve grande influência na pedagogia contemporânea. Ele formulou um ideal onde o aluno aprende pela ação - *learning by doing* (ABREU, 2009; BERBEL, 2011).

Com o objetivo de elaborar novas propostas pedagógicas, os cursos da área

da saúde foram estimulados a incluir e reorganizar as metodologias de ensino, que permitem oferecer o ensino para o novo perfil de profissionais (BERBEL, 2011).

Para Freire (1996), as metodologias ativas impulsionam o aprendizado para a superação de desafios, construção do conhecimento e resolução de problemas, a partir de experiências e conhecimentos prévios dos alunos.

Mitre *et al.* (2008) orientam que as metodologias ativas se utilizam de problematizações, com o intuito de ensino/aprendizagem, a fim de motivar e alcançar o discente, para que quando estiver diante do problema ele possa examinar, refletir, relacionar a história, passando a ressignificar as descobertas. A problematização leva o aluno a ter contato com informações e assim produzir conhecimento, com o intuito da solução de impasses e promoção de seu desenvolvimento. A aprendizagem por meio de problematizações e/ou resoluções de problemas, é uma possibilidade de envolvimento dos alunos no seu processo de formação.

6.1 Metodologia do produto

Este produto técnico tecnológico foi desenvolvido em formato digital, com o intuito de contribuir na orientação dos docentes a trabalharem a temática “Integralidade do cuidado” na sala de aula, nos cursos da área da saúde, baseado nos resultados encontrados em pesquisa que apontaram para a necessidade de revisão das práticas de ensino em saúde relacionadas à atuação interdisciplinar.

Vale ressaltar que este guia foi pensado considerando as demandas identificadas no questionário aplicado nos alunos dos cursos da área da saúde da USCS, no qual ficam claros os conceitos que precisam de mais aprofundamento e aqueles que os alunos já têm mais intimidade; além das habilidades e ferramentas que eventualmente são desejáveis para os egressos e das quais estes se consideram carentes. Também foram levados em consideração os tópicos das DCNs de cada um dos cursos e a suposta carência de metodologias de ensino que favoreçam o desenvolvimento dos futuros profissionais.

O guia é composto por recortes teóricos indispensáveis para a elucidação do tema integralidade do cuidado, como Implantação do SUS, Integralidade na saúde, Projeto Terapêutico Singular, Interdisciplinaridade e Metodologias Ativas, seguido de sugestões referenciais para aprofundamento em cada um dos temas. Posteriormente, sugestões de atividades a serem aplicadas nos discentes, com base nas metodologias ativas, de forma a agregar ao trabalho do docente.

No guia sugerimos duas atividades:

1. ATIVIDADE:

Reflexões sobre o filme: SI PÚO FARE (DÁ PARA FAZER)

Tópicos abordados:

- Integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Atuação profissional considerando as dimensões sociais, psicológicas e biológicas;
- Continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde;
- Desenvolvimento de iniciativas públicas que pautem modificações no que tange às condições de vida e determinantes da saúde, a partir da intersetorialidade.

1. Estratégias de ensino

Material audiovisual;

Estudo de caso;

Compartilhar dos grupos.

2. Recursos

Filme;

Google Meet;

Google Forms.

3. Avaliação

Percepção da atividade de cada um dos grupos;

Amarração generalista da atividade;

Incentivar os participantes a preencher o questionário final de feedback.

2. ATIVIDADE:

SCAPE ROOM

Nessa atividade é apresentado um estudo de caso aos alunos, a proposta é que

eles se organizem em grupos, simulando uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de forma interdisciplinar. É interessante que eles assumam papéis diferentes dos que estão habituados, ou mesmo do curso em que estão se formando. Para o desfecho da atividade, além das soluções propostas pelo grupo, deve-se valorizar a percepção de cada aluno na inversão de papéis e dar enfoque aos desafios que encontraram na articulação e definição do plano de cuidado.

Tópicos abordados:

- Princípios e Diretrizes do SUS;
- Princípio da atuação em rede de atenção à Saúde;
- Exige olhares e ações interdisciplinares;
- Interdisciplinaridade: interação entre os diferentes saberes, incorporando práticas integradas que convergem para interesses e objetivos comuns compiladas em um plano de cuidado centrado no paciente, prevendo a atuação concatenada e complementar, respeitando-se as particularidades técnicas de cada profissional.

1. Estratégias de ensino

Estudo de caso;

Compartilhar dos grupos.

2. Recursos

Google Meet;

Google Forms.

3. Avaliação

Percepção da atividade de cada um dos grupos;

Amarração generalista da atividade;

Incentivar os participantes a preencher o questionário final de feedback.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa nota-se que menos da metade dos discentes responderam ter a abordagem dos conceitos de integralidade e clínica ampliada durante a sua graduação. Os achados apontam a necessidade de revisão nas práticas de ensino em saúde relacionadas à atuação interdisciplinar, evidenciando que apesar das diretrizes preconizarem a formação generalista e integrada, ainda há alunos que se sentem despreparados e incapazes de atuar em equipe, sendo imprescindível reforçar princípios e diretrizes do cuidado integral e interdisciplinar, valorizando a atuação em equipe.

As instituições de ensino superior devem garantir o intercâmbio de conhecimentos entre as diferentes especialidades no cuidado à saúde, o desenvolvimento de habilidades de relacionamento e comunicação, que vão além das técnicas, além de preparar os futuros profissionais para práticas interdisciplinares.

Foi notado na pesquisa que para uma parcela de entrevistados não está claro que, além das competências técnicas, o profissional deve sair do ensino superior capacitado a trabalhar em equipe, produzir sob pressão, ter senso crítico, coletivo e interdisciplinar, resolver problemas, além de outras competências.

Considerando a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, é importante que haja a revisão e adoção das novas Diretrizes para os demais cursos da área da saúde, seguindo a mesma lógica das Diretrizes do curso de Medicina, que preveem a adoção de metodologias de ensino para melhoria do processo de ensino-aprendizagem. É urgente valorizar metodologias ativas desenvolvidas a partir de currículos inovadores, bem como a educação interprofissional, em que se agregue e partilhe saberes, valorizando a construção coletiva e interdisciplinar das competências do profissional de saúde.

São necessários novos estudos com amostras maiores e em outras regiões do Brasil para se obter um panorama das condições de ensino em saúde, visando apontar lacunas no que concerne à formação profissional direcionada para a atenção à saúde, principalmente no SUS.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. R. P. **Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas - Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas**. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18510>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.], v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, 142 p.
- BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.], v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- BATISTA, K. A. *et al.* Reflexão Teórica e conceitual sobre integralidade, clínica ampliada e projeto terapêutico singular. **Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação** ISSN 1807-5762, Interface (Botucatu) [online], supl. 3, 2014. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/4888>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.], v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0388>. Acesso em: 07 fev. 2022.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>. Acesso em: 11 jun. 2022.
- BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.], v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>. Acesso em: 28 fev. 2022.
- BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 337-350, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0158>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BLOCK, O.; RAUSCH, R. B. Saberes docentes: dialogando com Tardif, Pimenta e Freire. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 15, n. 3, p. 249-254, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/461.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, [s.], v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BONITA, R. *et al.* Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. **The Lancet**, [s.], v. 381, n. 9866, p. 575-584, 2013. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1081.172&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofeder al.pdf. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.008, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília- DF: 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: DF [documento online], 2007b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e dá outras providências. Brasília: DF, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Seção 1, p.8-11. Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=191741-rces003-21&category_slug=junho-2021-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, p. 38, 9 nov. 2001 (2001d).

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia e dá outras providências. Brasília: DF, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição e dá outras providências. Brasília: DF, 2001c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 5, de 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 6, de 19 de outubro 2017**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília: DF, 2017. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%206%2C%20DE%2019%20DE%20OUTUBRO%20DE%202017%20\(*\),vista%20o%20disposto%20no%20Art.](http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%206%2C%20DE%2019%20DE%20OUTUBRO%20DE%202017%20(*),vista%20o%20disposto%20no%20Art.) Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências. Brasília: DF, 2018a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55877795/do1-2018-12-19-resolucao-n-6-de-18-de-dezembro-de-2018-55877683. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018**. Brasília: DF, 2018b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018**. Brasília: DF, 2018c. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/52748594/do1-2018-11-30-resolucao-n-597-de-13-de-setembro-de-2018-52748138. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019**. Brasília: DF, 2019. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso617.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo de assistência**. Brasília: DF, 1997, 36 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde**. Brasília (DF): MEC, 2001e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: DF, Série Cadernos Técnicos, 2003b. ISBN 85-334-0590-1, 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. 1. ed. Brasília: DF, 2004. ISBN 85-334-0775-0, 86 p., 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. 2ª ed. Brasília: DF, 2004b, 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde**. 1. ed. Brasília: DF, 2004, 68 p., 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. 1. ed. Brasília: DF, 2005. ISBN 85-334-0865-X, 84 p., 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE**. Brasília: DF, 2005. ISBN 85-334-1014-X, 77 p., 2005b. Disponível em : https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: DF, 2007. ISBN 978-85-334-1337-5, 60 p., 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF, 2012. ISBN 978-85-334-1939-1, 110 p.

BREDER, J. C., **Controle Social – um modelo em construção**: contribuições do Tribunal de Contas da União. Brasília: Tribunal de Contas da União 2006, 22 p. Disponível em: [file:///C:/Users/Dani/Downloads/2054156%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Dani/Downloads/2054156%20(1).PDF). Acesso em: 09 fev. 2022.

CAMARGO JUNIOR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de saúde coletiva**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 203-230, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311992000100008>. Acesso em: 23 fev. 2022.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1163-1174, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400037>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v25.2-007>. Acesso em: 04 fev. 2022.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. 1997. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2002.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação Médica – Diretrizes. **Cad ABEM**, [s.l.], v.3 :p.6-10, 2007. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel_rede_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARDOSO FILHO, F. A. B. *et al.* Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). **Rev Bras Educ Med** 2015, [s.l.], v.39, n. 1, p.32-40, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e01092014>. Acesso em: 08 jul. 2022.

CARNUT, L. Cuidado, Integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, [s.l.], v.41, n.115, p.1177-1186, out/dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CASTRO, J. L.; DIAS, M. A.; OLIVEIRA, R. F. S. **A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores**. Natal, RN: Una, 2017, 331 p. ISBN 978-85-60036-35-6. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/24810>. Acesso em: 02 jul. 2022.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [s.l.], v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext). Acesso em: 08 fev. 2022.

CASTRO, S. S. *et al.* O processo saúde-doença e o modelo Biopsicossocial entre supervisores de um curso de Fisioterapia: Estudo Qualitativo em uma Universidade Pública. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, [s.l.], v., 2 n. 3, p. 23-38, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v2n3p23>. Acesso em: 02 jun. 2022.

CECCIM, R. B. Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: entrevista. **Formação**, [s.l.], v. 3, n. 7, p. 113-120, jan./abr. 2003.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>. Acesso em: 01 fev. 2022.

CECCIM, R. B., Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS [prefácio]. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs.). **Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 343-372.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde** [Internet]. 2. ed. rev.

ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 478 p. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>. Acesso em: 06 fev. 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>. Acesso em: 03 fev. 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, [s.], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 11 jul. 2022.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.], v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>. Acesso em: 03 fev. 2022.

CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **IMS ABRASCO**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 113-126, 2008.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A psicologia na estratégia de saúde da família: vivências da residência multiprofissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 211-224, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/5tk8YyC5HqVPkmPYhGTJLtt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a15.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. CNS. Relatório Final. **VIII Conferência Nacional de Saúde** [Internet]. 17 a 21 de março de 1986. Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

CÔRTEZ, C. N.; QUEIROZ, C. M. Diálogos de saberes em atividades de pesquisa colaborativa intercultural, ensino e extensão. *In*: CAPUTO, M. C; TEIXEIRA, C. F. **Universidade e sociedade: concepções e projetos de extensão universitária**. Salvador: EDUFBA, 2014, p 111-124.

COSTA, J. R. B. *et al.* A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. **Rev Bras Educ Med**, [s.], v. 38, n. 1, p. 47-58, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100007>. Acesso em: 08 jul. 2022.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.; MENDONÇA, E. T. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.], v. 18, n. 6, p. 1847-1856, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600035>. Acesso em: 04 fev. 2022.

COTTA, R. M. M. *et al.* Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 787-796, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300026>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Ed Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica**. 2009. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médica. Campinas, SP, 2009. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/296852218.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>. Acesso em: 01 fev. 2022.

DELORS, J. *et al.* **Educação um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

DEPOLE, B. F. **A produção brasileira sobre o projeto terapêutico singular: Revisão de Escopo**. 2018. 184 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, 2018.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. São Paulo: Nacional, 1971.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.], v. 32, num. esp, p. 232-245, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hn8vJgNwvG7dLQG3433WTqd/?lang=pt>. Acesso em 24 abr. 2022.

DINI, P. S.; BATISTA, N. A. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. **Rev Bras Educ Med.**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 198-203, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.3-026>. Acesso em: 08 ago. 2022.

DREHER, S. A. S. *et al.* Os paradigmas e seus reflexos na educação. *In: Anais do VII Congresso Nacional de Educação (EDUCERE)* [Internet]; 2007, Curitiba. Curitiba: PUCPR; 2007. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-174-05.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FARIA, L; QUARESMA, M.A.; PATIÑO, R.A.; SIQUEIRA, R.; LAMEGO, G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1257-1266, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1995.

FERRARINI, N. da L.; CAMARGO, D. de. O sentido da psicologia e a formação do psicólogo: Um estudo de caso. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 710–719, 2012.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200004>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 2, p. 24-27, 2003.

FIORIN, P. B. G. *et al.* O Ensino Interdisciplinar na Área da Saúde: Perspectivas para a formação e a atuação multiprofissional. **Revista Didática Sistemática**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 30-43, 2014.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. **Rev Bras Educ Med**, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FROTA, A. M. M. C. Origens e destinos da abordagem centrada na pessoa no cenário brasileiro contemporâneo: reflexões preliminares. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v.18, n. 2, p. 168-178, dez. 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200007. Acesso em: 29 abr. 2022.

FURLANETTO, D. L. C. *et al.* Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. **Comun Cienc Saude**, [s.], v. 25, n. 2, p. 193-202, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Reflexoes_sobre_as_bases.pdf. Acesso em: 29 abr. 2022.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.], v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>. Acesso em: 06 fev. 2022.

GARCIA, M. A. A. *et al.* A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. **Rev Bras Educ Med**, [s.], v. 31, p. 147-155, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/HDZyJxrBNmYkvrgw59PHW7N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2022.

GOMES, A. P. *et al.* Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.], v. 34, n. 3, p. 390-396, 2010a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300008>. Acesso em: 03 fev. 2022.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da Educação Médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Rev Bras Educ Med**, [s.], v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

GOMES, M. P. C. *et al.* O Uso de Metodologias Ativas no ensino de graduação nas Ciências Sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação (Bauru)**, v.16, n. 1, p. 181-198, 2010b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011>. Acesso em: 02 jul. 2022.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde** [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 487 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>. Acesso em: 08 fev. 2022.

GONTIJO, E. D.; FREIRE FILHO, J. R.; FORSTER, A. C. Educação Interprofissional em Saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. **Cadernos do Cuidado**, v. 3, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/cc.v3n2.186>. Acesso em: 01 mar. 2022.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J de. Integralidade da saúde - norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.], v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

ITO, E. E. *et al.* O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400017>. Acesso em: 01 mar. 2022.

JANTSCH, A. P. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. *In*: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (orgs.) **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 113-44.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LACERDA, F. C. B.; SANTOS, L. M. dos. Integralidade na formação do ensino superior: metodologias ativas de aprendizagem. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, Sorocaba: SP, v. 23, n. 3, p. 611–627, 2018.

LAMELA, D.; BASTOS, A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 684-690, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300021>. Acesso em: 06 jun. 2022.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2011. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/19/o/Microsoft_Word_-_DESCENTR_e_RRAS_final_2.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Porto Alegre: EDUSC, 2003.

LOCK-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, suppl. 1, p. 1463-1472, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800019>. Acesso em: 28 fev. 2022.

LUCKESI, C. C. Avaliação da aprendizagem na escola: reelaborando conceitos e recriando a prática. *In*: **Avaliação da aprendizagem na escola: reelaborando conceitos e recriando a prática**. 2005, p. 115-115. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/223094/mod_resource/content/1/Avaliacao_da_Aprendizagem_na_escola_Luckesi.pdf. Acesso em: 01 mar. 2022.

MACINKO, J. *et al.* Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607003553?via%3Di%3Dhub>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MARTINS, A. R. *et al.* Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que está posto. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs.) **Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. CEPESC IMS/UERJ 8º Edição, Rio de Janeiro, 2008.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MCCOLLUM, L.; PINCUS, T. A biopsychosocial model to complement a biomedical model: patient questionnaire data and socioeconomic status usually are more significant than laboratory tests and imaging studies in prognosis of rheumatoid arthritis. **Rheumatic Disease Clinics**, [s.l.], v. 35, n. 4, p. 699-712, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962614>. Acesso em: 20 maio 2022.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708>. Acesso em: 29 abr. 2022.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In*: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum Estud Mídia Cult Democr**, [s.l.], v.14, N. 27, p. 283-308, 2009.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. C.; GOMES, P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (orgs.). **Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 25-34.

MERHY, E.E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, num. esp. 6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 31 jan. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde coletiva**, [s.l.], v. 13, suppl.

2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em: 11 jun. 2022.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública**, [s.], v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>. Acesso em: 08 fev. 2022.

MOREIRA, A. V. **Análise da contribuição do Curso de Medicina da UFC para os níveis da atenção primária, secundária e terciária à saúde no município de Sobral**. 2020. 284 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/56848>. Acesso em: 13 mar. 2022.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, [s.], v.22, n. 4, p. 439-444, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400015>. Acesso em: 04 jul. 2022.

MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. *In*: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. (orgs.). **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

NISTAL, T. A. Redes y mapas sociales: desde la investigación a la intervención social. **Portularia: Revista de Trabajo Social**, [s.], v. 8, n. 1, p. 131-51, 2008. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/webredes/portularia/08.Tomas_Alberich_Nistal.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.

NOGUERO, F. L. **Metodología participativa en la enseñanza univervitaria**. 3. ed. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 2007. 176 p.

NUTO, S. A. S. *et al.* O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.], v. 11, n. 1, p. 89-96, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CtsPk4VtX5ycYHDpCY8Hzfb/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Percepção dos alunos dos cursos de graduação na saúde sobre integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.], v. 39, n. 2, p. 208-217, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nYL6vjGn63d8LXkSPZ4d34k/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2022.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFAM, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 143-164.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Buchalla CM, editor. Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

PAIVA, L. F. A. *et al.* A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 595-600, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.061>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. *In*: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; TOMAZ, J. B.; SÁ, H. (orgs.). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/ São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 49-78.

PEREIRA, S. C. L. *et al.* A Percepção de monitores do PET-Saúde sobre sua formação e trabalho em equipe interdisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, p. 869-878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0840>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. CEPESC IMS/UERJ 8ª Edição. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Os-Sentidos-da-Integralidade-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-e-no-Cuidado-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf#page=43>. Acesso em: 20 maio 2022.

PINHEIRO, S. B. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. **Revista Longeviver**, Ano III, n. 9, p. 33-44, 2021. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/867/927>. Acesso em: 29 abr. 2022.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [s.], v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>. Acesso em: 24 abr. 2022.

PITANO, S. C.; NOAL, R. E. Horizontes de diálogo em Educação Ambiental: contribuições de Milton Santos, Jean-Jacques Rousseau e Paulo Freire. **Educ. em Rev.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 283-298, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-46982009000300014>. Acesso em: 22 abr. 2022.

RIBEIRO, A. L. *et al.* Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. **Circulation**, [s.], v. 133, n. 4, p. 422-433, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727>. Acesso em: 14 fev. 2022.

ROSSINI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87-98, 2004.

SANTANA, F. R. *et al.* Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.], v. 15, suppl. 1, p. 1653-1664, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700077>. Acesso em: 01 mar. 2022.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **Bmj**, [s.], v. 317, n. 7150, p. 61-65, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SCHMALLER, V. P. V. *et al.* Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 346-361, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12362/8651>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SILVA, D.J. **O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental**. Workshop sobre interdisciplinaridade - Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, São José dos Campos, 2 e 3 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.gthidro.ufsc.br/arquivos/transdisciplinaridade.pdf> Acesso em 06 de fevereiro de 2022.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100007>. Acesso em: 01 mar. 2022.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: Entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [s.], v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SILVA, R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 721-734, 2008.

SILVEIRA, J. L. G. C. *et al.* Pesquisa e Extensão em Saúde e a Aprendizagem nos Níveis Cognitivo e Afetivo. **Rev Bras Educ Med**, [s.l.], v. 39, n. 4, p.550- 557, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02852014>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 15, n. 39, p. 1071-1084, 2011. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000025>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>. Acesso em: 14 fev. 2022.

TRINDADE, L. M. D. F.; VIEIRA, M. J. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. **Rev Bras Educ Med**, [s.l.], v.33, n. 4, p. 542-554, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400005>. Acesso em: 08 ago. 2022.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 56, p. 147-158, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>, Acesso em: 07 fev. 2022.

VENDRUSCOLO, C. **Integração ensino-serviço: movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde**. 2014. 352 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. do; KLEBA, M. E. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p. 2949-2960, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>. Acesso em: 03 fev. 2022.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO; M. L. do; KLEBA, M. E. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p. 246-260, 2016b.

APÊNDICE A- CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Convite para participação da pesquisa

Me chamo Gabriel Siqueira, sou psicólogo clínico, mestrando na USCS, e atualmente estou pesquisando a respeito da integralidade do cuidado nos cursos da área da saúde da USCS. Pesquisa que tem como finalidade identificar a percepção do conhecimento dos alunos matriculados que estejam cursando os últimos semestres da graduação dos cursos da área da saúde.

Por esse motivo, venho por meio deste pedir que utilizem 10 minutos do seu dia para responder o questionário a seguir, que é de extrema importância para a coleta de dados e conseqüentemente para o desenvolvimento da pesquisa, que tem como um de seus objetivos a capacitação dos alunos envolvidos a trabalharem com equipes multidisciplinares de forma interdisciplinar.

<https://forms.gle/CY4UkQ5ShDLnQLTv6>

Sua participação é voluntária, sua identidade será mantida em sigilo e seus dados pessoais não serão divulgados.

Este trabalho está sendo elaborado conforme os preceitos da Resolução 466/2012, do CONEP.

Caso tenha alguma dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato através deste e-mail mesmo: gabrielnetto.psicologo@gmail.com

Muito obrigado!

Gabriel Netto Marquez de Siqueira

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Integralidade do Cuidado no Ensino nos cursos da área da Saúde da USCS

Nome do(a) pesquisador(a) responsável: Gabriel Netto Marquez de Siqueira

A pesquisa tem como objetivo primário identificar a percepção do conhecimento dos alunos a respeito da atuação do profissional da saúde em equipe interdisciplinar por meio da integralidade do cuidado e da clínica ampliada, e como objetivo secundário capacitar os alunos envolvidos a trabalharem com equipes multidisciplinares de forma interdisciplinar. O estudo será útil para orientar a comunidade acadêmica e científica sobre o conhecimento dos alunos de graduação dos cursos da área da saúde sobre práticas de cuidado pautadas nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade e clínica ampliada, o que pode favorecer a intensificação e a proposição de vivências de aprendizado ainda na graduação.

A sua participação se dará em etapas, sendo que na primeira etapa, você responderá um questionário do Google Forms™ com perguntas abertas e fechadas, em que serão abordadas questões a respeito do seu entendimento dos termos citados anteriormente e também de seu contato com estes durante sua formação. Na etapa seguinte, será convidado para capacitação online, que em sua essência trará tópicos fundamentais como interdisciplinaridade, equipes multidisciplinares, integralidade em saúde e clínica ampliada. Após a capacitação, na terceira e última etapa, você receberá um novo questionário, sobre a mesma temática, com o intuito de avaliar a assimilação da capacitação proposta.

Esta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os riscos são mínimos. O aluno entrevistado pode se sentir incomodado, pois vai precisar de um tempo para preencher o questionário e participar da capacitação. Caso o aluno se sinta desconfortável ou inseguro para fazer qualquer atividade, pode consultar o docente supervisor a qualquer momento. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para o primeiro questionário, o tempo de preenchimento é de aproximadamente 10

minutos. A capacitação tem carga horária prevista de 3 horas. Para o segundo questionário, tempo aproximado de preenchimento 10 minutos.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para você. Sempre que quiser você poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a) do projeto que consta no final deste documento e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da USCS que é (11) 42393282, de segunda a sexta das 8h às 12h, situado na Rua Santo Antônio, 50, Centro de São Caetano do Sul, CEP 09521-160.

As informações desta pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, exceto para os responsáveis pelo estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo. Não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Você terá direito a buscar indenização ou ressarcimento caso você se sinta prejudicado em decorrência desta pesquisa.

Estando de acordo com este termo pedimos o seu consentimento para participar da pesquisa. Nesse sentido, por favor, assinale em “concordo” e depois em “continuar” para que o formulário apareça na página seguinte.

Nome do(a) Pesquisador(a): Gabriel Netto Marquez de Siqueira	
Telefone de contato: (34) 99123-3726	
Email: gabrielnetto.psicologo@gmail.com	
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Profª Drª Celi de Paula Silva
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282	

Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul
Email do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Concordo com tudo o que foi escrito acima e me declaro maior de idade (idade igual ou superior a 18 anos).

Agradecemos desde já sua participação. Você tem interesse em receber os resultados deste estudo? Sim Não

E-mail: _____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO

Questionário Interdisciplinaridade na Saúde

Este formulário faz parte de uma pesquisa de mestrado, e tem como finalidade identificar a percepção e investigar o conhecimento dos alunos matriculados que estejam cursando os últimos semestres da graduação, ou seja, dos sétimos e oitavos semestres dos cursos de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição; nonos e décimos semestres dos cursos de Psicologia e Odontologia e nonos e décimos semestres do curso de graduação em Medicina.

Ele pode ser facilmente respondido em 10 minutos, e é de extrema importância para a coleta de dados e conseqüentemente para o desenvolvimento da pesquisa, que tem como um de seus objetivos a capacitação dos alunos envolvidos a trabalharem com equipes multidisciplinares de forma interdisciplinar.

Sua participação é voluntária, sua identidade será mantida em sigilo e seus dados pessoais não serão divulgados.

Este trabalho está sendo elaborado conforme os preceitos da Resolução 466/2012, do CONEP.

Caso tenha alguma dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato através do e-mail: mestrado.saude.uscs@gmail.com.

Nome do(a) Pesquisador(a): Gabriel Netto Marquez de Siqueira

Desde já agradeço sua participação. Obrigado!

***Obrigatório**

E-mail *

Seu e-mail _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *

- Após ler a explicação sobre a pesquisa, e entender sua finalidade, eu concordo em participar voluntariamente.

Gênero *

- Feminino
- Masculino

Idade *

Sua resposta

Em qual curso está se formando? *

- Enfermagem
- Educação Física
- Farmácia
- Nutrição
- Fisioterapia
- Psicologia
- Odontologia
- Medicina

Qual período está cursando? *

- Sétimo ou oitavo
- Nono ou décimo
- Nenhum destes semestres. Se essa é a sua opção, agradecemos o interesse mas você não cumpre os requisitos para participar da pesquisa.

Saúde Integral e clínica ampliada foram conceitos abordados com que frequência durante sua graduação? *

- Muita frequência
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

Durante a graduação você presenciou ou teve contato com alguma prática interdisciplinar? *

- Sim
- Não

Você acredita que sai da graduação preparado para trabalhar em equipes multidisciplinares? *

- Sim
- Não

Justifique sua resposta *

Você acredita que sai da graduação preparado trabalhar em equipes multidisciplinares?

Sua resposta

Especializar-se em sua área de atuação não é suficiente para garantir a promoção de saúde, mas a articulação desse saber com o de outros profissionais, se faz indispensável para a ampliação desse cuidado. *

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Indiferente
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

Para você, o que é clínica ampliada? Qual a relação desta com sua atuação profissional? *

Sua resposta

Além das competências técnicas, o profissional deve sair do ensino superior capacitado a trabalhar em equipe, produzir sob pressão, ter senso crítico, coletivo e interdisciplinar, resolver problemas, além de outras competências. *

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Indiferente
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integralidade do Cuidado no Ensino nos cursos da área da Saúde da USCS

Pesquisador: GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39847720.1.0000.5510

Instituição Proponente: Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.390.529

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo experimental, transversal, quanti-qualitativo, com intervenção, a ser desenvolvido na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, entre os cursos de Medicina, Educação Física, Farmácia, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. O estudo tem como objetivos capacitar os alunos envolvidos a trabalharem com equipes multidisciplinares de forma interdisciplinar, além de identificar a percepção e investigar o conhecimento dos alunos a respeito da clínica ampliada. Participarão do projeto os alunos regularmente matriculados nos referidos cursos, cursando os antepenúltimos semestres da graduação, ou seja, dos quintos e sextos semestres dos cursos de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição; sétimos e oitavos semestres dos cursos de Psicologia e Odontologia e nono e décimo semestres do curso de graduação em Medicina.

Após a aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética, será solicitado às coordenadoras dos cursos envolvidos a relação dos e-mails dos alunos matriculados nos semestres envolvidos e será enviado um convite por e-mail para todos os alunos que se enquadram nos critérios de inclusão deste estudo, explicando os objetivos da pesquisa, e orientações para participação, caso o aluno aceite colaborar. O questionário será elaborado a partir da ferramenta Google Forms™ e o link será disponibilizado aos participantes que aceitarem colaborar e que assinem o TCLE eletronicamente.

Após a aplicação de questionário para identificar a percepção e investigar o conhecimento dos alunos a respeito da integralidade, será desenvolvida uma capacitação online através da

Endereço: Rua Santo Antônio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SÃO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.390.529

plataforma Google Classroom™ para o tema da integralidade na produção do cuidado, considerando as demandas mais presentes nos resultados deste questionário. Após a capacitação, um segundo questionário com o intuito de avaliar o conhecimento e as ferramentas adquiridas será aplicado.

Os dados quantitativos serão tabulados e analisados a partir da estatística descritiva, utilizando-se o software Excel™ e os dados qualitativos serão trabalhados utilizando-se a análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Como produto desta pesquisa, será elaborado um toolkit sobre a temática, no formato digital, a ser amplamente divulgado nas redes sociais, visando instrumentalizar outros estudantes e profissionais da área da saúde.

Hipótese:

As práticas integradas durante em saúde durante a graduação ajudam na formação desses profissionais, e consequentemente na promoção de saúde da sociedade em que ele atua.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a percepção e investigar o conhecimento dos alunos a respeito da atuação do profissional da saúde em equipe interdisciplinar por meio da integralidade do cuidado e da clínica ampliada.

Objetivo Secundário:

Capacitar os alunos envolvidos a trabalharem com equipes multidisciplinares de forma interdisciplinar.

Produção do toolkit sobre a temática, no formato digital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os riscos são mínimos. O aluno entrevistado pode se sentir incomodado, pois vai precisar de um tempo para preencher o questionário e participar da capacitação. Para o primeiro questionário, o tempo de preenchimento é de aproximadamente quinze minutos. A capacitação tem carga horária prevista de três horas. Para o segundo questionário, tempo aproximado de preenchimento dez minutos. Caso o aluno se sinta desconfortável ou inseguro para fazer qualquer atividade, pode consultar o docente supervisor a qualquer momento. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SÃO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.390.529

Benefícios:

O estudo sera util para orientar a comunidade academica e cientifica sobre o conhecimento dos alunos de graduacao dos cursos da area da saude sobre praticas de cuidado pautadas nos principios da integralidade, interdisciplinaridade e clinica ampliada, o que pode favorecer a intensificacao e a proposicao de vivencias de aprendizado ainda na graduacao. A pesquisa tambem promovera a producao tecnica sobre o assunto, que podera ser amplamente disseminada nas redes sociais. E os alunos participantes tambem poderao pleitear a contabilizacao de horas de atividades complementares, ao concluirem a capacitacao.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se que este estudo venha corroborar com o melhor entendimento ensino integrado na Universidade. Como produto desta pesquisa, sera elaborado um toolkit sobre a tematica, no formato digital, a ser amplamente divulgado nas redes sociais, visando instrumentalizar outros estudantes e profissionais da area da saude que pode vir a ser relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista e Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos no projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhar ao CEP os relatórios parciais e final em forma de notificação.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - CEP USCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no. 466 de 2012 e na Norma Operacional no. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do referido projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Santo Antonio, 50
 Bairro: Centro CEP: 09.521-160
 UF: SP Município: SAO CAETANO DO SUL
 Telefone: (11)4239-3282 Fax: (11)4221-9888 E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.390.529

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1598638.pdf	04/11/2020 17:02:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Plataforma_Brasil.docx	04/11/2020 16:59:06	GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Quest_Pos_Capacitacao_Interdisciplinar_Saude.pdf	04/11/2020 16:58:15	GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Quest_Interdisciplinaridade_saude.pdf	04/11/2020 16:56:41	GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/11/2020 16:54:50	GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/11/2020 16:51:50	GABRIEL NETTO MARQUEZ DE SIQUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CAETANO DO SUL, 10 de Novembro de 2020

Assinado por:
celi de paula silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br