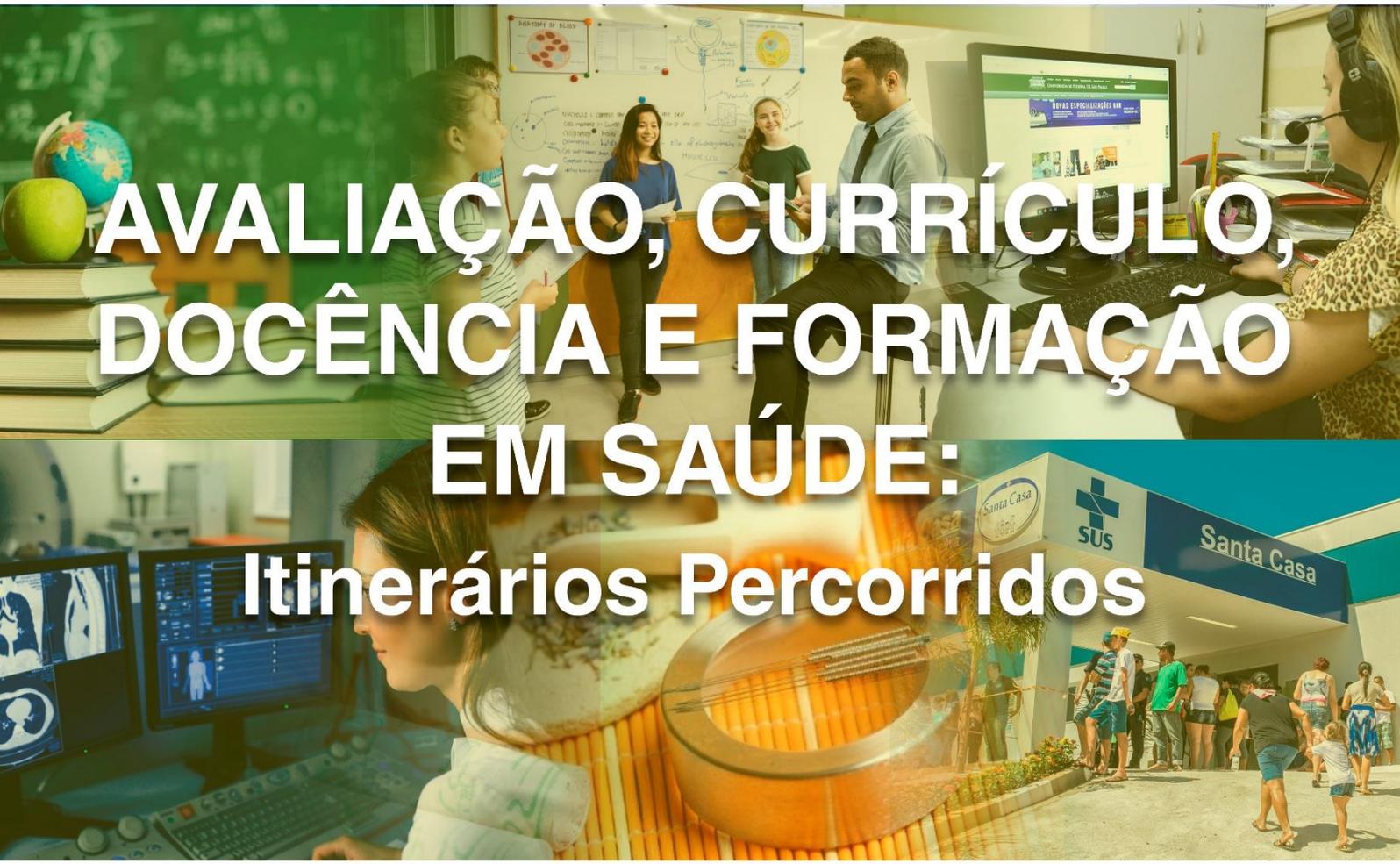


COLEÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**AVALIAÇÃO, CURRÍCULO,
DOCÊNCIA E FORMAÇÃO
EM SAÚDE:
Itinerários Percorridos**

**Rosana Aparecida Salvador Rossit; Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
(Orgs.)**

volume

1

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

(orgs.)

COLEÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

1ª Edição

**AVALIAÇÃO, CURRÍCULO, DOCÊNCIA E FORMAÇÃO
EM SAÚDE:**

Itinerários Percorridos

Volume 1

São Paulo, SP

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Reitora: Soraya Soubhi Smali

Vice-Reitor: Nelson Sass

Pró-Reitora de Administração: Tânia Mara Francisco

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis: Anderson da Silva Rosa

Pró-Reitora de Extensão e Cultura: Raiane Patrícia Severino Assumpção

Pró-Reitor de Gestão com Pessoas: Murched Omar Taha

Pró-Reitora de Graduação: Isabel Marian Hartmann de Quadros

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa: Lia Rita Azeredo Bittencourt

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM

Diretora: Janine Schirmer

Vice-Diretor: Alexandre Pazetto Balsanelli

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE – CEDESS

Coordenador: Nildo Alves Batista

PPG ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL

Coordenadora: Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Vice-Coodenador: Leonardo Carnut

CONSELHO EDITORIAL

Cristina Zukowsky-Tavares – Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP

Cristiano Gil Regis – Universidade Federal do Acre – UFAC

Emiko Yoshikawa Egrý – Universidade de São Paulo – USP

Janine Schirmer – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

José Vieira de Sousa – Universidade de Brasília – UnB

Leonardo Carnut – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Neide Barbosa Saisi – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Nildo Alves Batista – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Regilson Marciel Borges – Universidade Federal de Lavras-UFLA

Susana Maciel Guillaume – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Sylvia Helena Souza da Silva Batista – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Organizadoras

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Coordenação Técnica e Pedagógica

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia B. Seiffert

Editores Eletrônicos

Rosely Aparecida Ramos Calixto

Arte e Design da Capa

Nilton Nunes dos Santos



Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)



Escola Paulista de Enfermagem (EPE)



Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS)

Rua Pedro de Toledo, 859 – Vila Clementino
São Paulo/SP – Cep 04032-900

E-mail: cedess@unifesp.br

<http://www2.unifesp.br/centros/cedess/index.htm>

A945

Avaliação, currículo, docência e formação em saúde: [recurso eletrônico] Itinerários Percorridos / Organização de Rosana Aparecida Salvador Rossit, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert. – 1. ed. -- São Paulo [SP] : Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) ; Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), 2020. 297 p. -- (Coleção Ensino em Ciências da Saúde ; v.1).

ISBN 978-65-00-02812-6 [coleção completa]

ISBN 978-65-00-02829-4 [volume 1]

1. Ensino. 2. Ciências da Saúde. I. Rossit, Rosana Aparecida Salvador (org.) II. Seiffert, Otilia Maria Lúcia Barbosa (org.) III. Título.

CDD 610.7

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
<i>Nildo Alves Batista, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
AGRADECIMENTOS.....	9
APRESENTAÇÃO.....	10
<i>Ively Abdalla, Rosana Aparecida Salvador Rossit, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert</i>	
MESTRADO PROFISSIONAL: UM ESTUDO COM EGRESSOS DO PROGRAMA ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	18
<i>Sueli Pedroso, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
FORMAÇÃO DOCENTE NA SAÚDE: DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA A UMA PLATAFORMA INTERATIVA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE	38
<i>Paulo Ricardo Giusti da Silva, Maria Stella Peccin, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
ATITUDE PROFISSIONAL: UMA COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA	61
<i>Stella Maris Seixas Martins, Antonio Carlos Sansevero Martins, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>	
UM CERTO LABORATÓRIO DE LEITURA: O CARÁTER PIONEIRO E SEMINAL DE UMA PESQUISA SOBRE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA LITERATURA	89
<i>Yuri Bittar, Dante Marcello Claramonte Gallian</i>	
“ESPIRITUALIDADE E SAÚDE” NA FORMAÇÃO MÉDICA: AÇÕES DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS NO CONTEXTO ACADÊMICO	105
<i>Sílvia Cristina Borragini-Abuchaim, Luís Garcia Alonso, Rita Maria Lino Tarcia</i>	
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA EM UNIDADES DE SAÚDE DA SUPERVISÃO TÉCNICA DA SÉ DA CIDADE DE SÃO PAULO.....	124
<i>Fernanda Barbosa Pinto de Faria, Lidia Ruiz Moreno</i>	
A FORMAÇÃO DO PEDAGOGO E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL	141
<i>Amanda Macitelli Bastos, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert</i>	
CONTRIBUIÇÃO DA GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM RADIOLOGIA PARA A PRÁTICA DO TECNÓLOGO.....	158
<i>Daniel Marques dos Santos, Beatriz Jansen Ferreira, Nildo Alves Batista</i>	
HISTÓRIA ORAL DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SÃO PAULO E SEUS DESDOBRAMENTOS NA COMUNIDADE DE DESTINO	172
<i>Daniela Oliveira de Carvalho Veríssimo e Melo, Dante Marcello Claramonte Gallian</i>	

PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA	190
<i>Dulcimar Batista Alves, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>	
A FORMAÇÃO DO MÉDICO PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA E PROGRAMAS DE PROVIMENTO	208
<i>Flávio Dias Silva, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert</i>	
FONTES DE INFORMAÇÃO PARA PESQUISA: UM MANUAL PARA O APERFEIÇOAMENTO DA COMPETÊNCIA INFORMACIONAL DE ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE	230
<i>Cibele Fernandes de Oliveira, Daianny Seoni de Oliveira, Nara Rejane Cruz de Oliveira</i>	
A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM HOSPITAL ASSISTENCIAL	244
<i>Ana Maria Pedroso de Campos Neta, Maria Aparecida de Oliveira Freitas, Nildo Alves Batista</i>	
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – RMS: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES	259
<i>Alexandra Cristina Cruz Carlini, Regina Celia Coelho de Moraes, Sanay Vitorino de Souza, Beatriz Jansen Ferreira</i>	
FORMAÇÃO EM AVALIAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR: UM PROTOCOLO PARA ANÁLISE DE ITENS DE MÚLTIPLA ESCOLHA.	277
<i>Elen Cristina Nascimento de Araujo Tombi, Cristina Zukowsky-Tavares, Irani Ferreira da Silva Gerab</i>	
NOTA DOS AUTORES	291
FONTES CONSULTADAS	297

PREFÁCIO

A alegria e a emoção nos envolveram desde o primeiro momento em que fomos, generosamente, convidados a escrever o prefácio da Coletânea Ensino na Saúde: alegria por poder reencontrar, visitar e compartilhar estudos que são tão significativos na trajetória do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional. Emoção por nos remeter ao trabalho coletivo e aglutinador que vem constituindo o nosso PPGECS-MP!!!

E por entre alegria e emoção, fomos tecendo os sentidos de uma obra que assume como objetivo “organizar as produções tecnológicas/educacionais e científicas originadas no PPG Ensino em Ciências na Saúde – Mestrado Profissional e publicizar os conhecimentos gerados.”

O PPGECS-MP foi proposto pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado pela CAPES em 2002, constituindo uma iniciativa pioneira no Brasil nesta área de conhecimento. Como um dos mais antigos e consolidados programas de Mestrado Profissional na área de Ensino na Saúde, objetiva a formação de um Mestre Profissional que: a) planeje, implemente e avalie ações educativas inovadoras no seu espaço profissional; b) produza conhecimentos sobre o Ensino em Ciências da Saúde a partir da problematização dos cenários de atuação profissional e, c) propicie uma qualificação técnica, criativa e potencialmente transformadora das práticas cotidianas no Ensino da Saúde.

O Programa agrega docentes e pesquisadores interessados e atuantes na mencionada área e, sem dúvida, desenvolve uma função de incubadora para a implantação de propostas formativas inovadoras no campo da formação em saúde. Assim, envolve novos docentes e técnico-administrativos que chegam à Unifesp na sua expansão e seus processos de constituição como universidade plena.

E, com o jeito CEDESS de ser, o PPGECS-MP expande suas atividades para o Campus Baixada Santista, a partir de 2012: com um funcionamento na modalidade intercampi, integra turmas simultâneas vinculadas ao campus São Paulo (CEDESS) e ao campus Baixada Santista (Instituto Saúde e Sociedade – ISS), traduzindo movimentos de crescimento e consolidação no contexto da Universidade Federal de São Paulo.

Esta contextualização histórica possibilita reconhecer os movimentos intensos vividos pela própria Unifesp e seus impactos no Programa. O PPGECS-MP foi proposto e aprovado ainda no contexto da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, uma universidade por campo do saber. Logo após a sua criação, a UNIFESP torna-se uma universidade plena e vem evidenciando sua potência científica e relevância social, acadêmica e política.

O PPGECS teve um protagonismo importante nessa expansão, sendo uma das fontes de criação do Campus Baixada Santista: desde a autoria e proposição de um Projeto Pedagógico inovador (educação interprofissional em saúde), passando pela formação docente nos anos iniciais do Campus, até a produção de conhecimento sobre a proposta formativa que fora implantada, o Programa contribuiu decisivamente, bem como foi robustecido em suas Linhas e fortalecimento dos Grupos de Pesquisa.

O PPGECS-MP também expressa suas transformações no campo das políticas de pós-graduação vigentes na Unifesp desde sua criação. Nos anos iniciais, marcante foi sua conquista de espaço e construção da identidade no escopo da modalidade Profissional da Pós-Graduação. No âmbito desta modalidade, configura um campo de práticas e produção de conhecimentos que conecta diferentes saberes. Envolve tanto as ciências básicas como os campos específicos de atuação profissional nas áreas da saúde, educação, políticas públicas.

A Coletânea Ensino na Saúde, ao enfatizar as produções do PPGECS-MP, inscreve-se como um dispositivo potente de desvelar as marcas que a trajetória do Programa impregna nas pesquisas realizadas, compondo desenhos investigativos que se articulam, se desdobram e se conectam, inserindo novos desafios, novas questões, novas problematizações.

A Coletânea funda-se na área de concentração do Programa – ensino em ciências da saúde – configurando seus três primeiros títulos no escopo das linhas de pesquisa – Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde na Comunidade, abrangendo as produções no período de 2004 a 2019.

Ao registrar as investigações desenvolvidas, a Coletânea possibilita a emergência das diferentes vozes nos processos de produção e análise de dados, permitindo (re)construir itinerários teóricos de compreender os objetos de estudo, conceber formas e vias de acesso aos campos empíricos, (re)conhecer as conexões entre os percursos investigativos e as dinâmicas de criação, proposição e avaliação dos produtos.

Esta Coletânea é registro, é memória, é história de pesquisa, é experiência:

O sujeito da experiência é um sujeito “ex-pos-to”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “im- posição” (nossa maneira de impormos), nem a “pro- posição” (nossa maneira de propormos), mas a “ex- posição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre.¹

Todos e todas nós, leitores e leitoras, temos em mãos, assim, uma obra que se desdobra, não apenas em três volumes, mas fomenta dobraduras, ressignificações, reinvenções, novas estampagens de significados, novas experiências. Eis o convite que as professoras organizadoras, parceiras e partícipes, Otília Seiffert e Rosana Rossit, nos fazem com implicação ético-política, rigor científico e com humana estética da criação. Eis o convite que os(as) autores (as) nos fazem, pois ao se ex-porem abrem brechas, sinalizam pistas, deixam indícios para seguirmos comprometidos com tempos históricos de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da educação pública, das políticas públicas e sociais.

Nildo Alves Batista

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

¹ LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência (2002) **Revista Brasileira de Educação**. Disponível em: http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/rbde19/rbde19_04_. Acesso em: 19 jun. 2020.

AGRADECIMENTOS

Às(Aos) autoras(es), docentes-orientadoras(es) e mestres, que compartilham generosamente resultados de pesquisas e produtos educacionais implicados com a transformação de práticas no campo do Ensino em Ciências da Saúde.

Às(Aos) colaboradoras(es) e instituições participantes das pesquisas que inspiraram e tornaram possível a construção de conhecimentos e propostas aqui socializados.

Às pessoas que se envolveram com afeto e compromisso na construção desta Coleção Ensino em Ciências da Saúde.

Todo esse esforço se concretizou ancorado na premissa que “o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inauguram com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento da história” ¹

¹ FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia – Saberes Necessários à Prática Educativa**. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2015. p.133.

APRESENTAÇÃO

Na diversidade e riqueza do campo do Ensino em Ciência da Saúde inserem-se os temas avaliação, currículo, docência e formação docente, desdobrando-se de maneira entrelaçadas em reflexões e análises sobre o processo ensino-aprendizagem em seus diversos níveis (individual, de grupos, de programas e de instituições), os desenhos e estratégias de planejamento, a graduação em saúde, as inovações curriculares na perspectiva da interdisciplinaridade e interprofissionalidade, da docência e dos processos de desenvolvimento docente (CEDESS, 2020)¹. A ênfase nesses temas auxilia o(a) mestrando(a) na sua trajetória de formação em ensino em ciências da saúde, o que irá se ampliar ao ser instigado(a) a refletir sobre o que é ser um profissional e/ou um docente da área da saúde e a projetar possibilidades de intervenções transformadoras.

A avaliação é assumida como processo inerente à construção da ação educacional para levantar informações acerca da sua efetividade e qualidade, gerando evidências que podem sinalizar o alcance de objetivos e metas conforme o planejado, além de considerar como esses objetivos são percebidos e vividos pelos atores sociais envolvidos na sua execução. Ademais, deve sustentar decisões sobre continuidade, intervenções e redirecionamentos e, assim, contribuir para a construção dos resultados esperados. De acordo com Luckesi (2011)² no ato de avaliar a aprendizagem a finalidade maior de qualquer instituição educativa é um caminho para tornar os atos de ensinar e aprender produtivos e satisfatórios, logo consiste em investigar a qualidade que constitui o seu objeto de estudo em relação à intencionalidade planejada. Avalia-se para levantar dados, subsidiar análises e tomar decisões, continuar ou provocar mudanças em uma dada direção.

As mudanças na estrutura social, nos aspectos geopolíticos e econômicos, na organização do trabalho e na estruturação dos Estados nacionais têm situado a educação superior no centro dos debates e da formulação de políticas para o desenvolvimento econômico

¹ CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – CEDESS. **Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde** – Mestrado Profissional. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/mest_profissional.htm

² LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem** - componente do ato pedagógico. São Paulo: Cortez, 2011.

e social (TAVARES *et al.*, 2014)³. Nesse cenário, intensificam-se debates e estudos sobre o papel da educação superior, a qualidade dos cursos de graduação, e, por conseguinte, o próprio perfil acadêmico dos docentes e sua formação para a docência. A compreensão acerca do ser docente exige refletir sobre os fundamentos que ancoram o ato pedagógico – da pedagogia tradicional à pedagogia crítica. A superação do papel de mero transmissor de conhecimento para o facilitador e mediador da aprendizagem explicita a complexidade do “ser docente” diante dos desafios de formar o futuro profissional.

A formação profissional não é a simples sobreposição ou somatória de disciplinas, mas a interligação entre vários campos do conhecimento, que sinaliza o significado e a aplicabilidade ao aprendizado. É nessa direção que os(as) mestrandos(as) são estimulados(as) a refletir sobre a formação na área da saúde, identificando e refletindo sobre as concepções atuais e inovadoras de currículo, discutindo a importância do planejamento do projeto pedagógico, e refletindo sobre a interdisciplinaridade e a educação interprofissional. A ênfase interdisciplinar e interprofissional no exercício da docência em saúde revela-se uma necessidade em direção à promoção de mudanças do modelo centrado no adoecimento, fragmentado e uniprofissional para um modelo centrado na pessoa, holístico, interprofissional. Por conseguinte, mobiliza-se a formação de profissionais para o trabalho em equipe, a prática colaborativa e a integralidade no cuidado favorecendo novas interações entre os profissionais de uma equipe e os pacientes, famílias e comunidades.

A formação em saúde é mais do que um conjunto de competências a serem desenvolvidas ou aprimoradas, constitui-se de experiências significativas nas quais se valorizam as trocas de experiências, o compartilhamento de saberes, o diálogo, o respeito, a ética, a valorização do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos que se organizam de diversos modos (BATISTA, 2012)⁴. Dessa maneira, percebe-se a importância de pesquisadores(as) interessados(as) no ensino superior em saúde em dedicarem parte de seus estudos às temáticas sobre as inovações curriculares, as tendências contemporâneas na formação orientada por competências, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a avaliação como processo e a educação mediada por tecnologias, as quais têm permeado o percurso formativo na área da saúde.

³ TAVARES, M. G. M. *et al.* A relação expansão-avaliação da educação superior no período pós-LDB/1996. **Rev. Eletrôn. Educ.** (São Carlos), v. 8, p. 92-105, 2014.

⁴ BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, 2012.

Os sentidos da docência em saúde se pautam na/pela organização do trabalho acadêmico, interdisciplinaridade e trabalho em equipe; e pela institucionalização do desenvolvimento docente como atividade intencional e sistemática.

Assim, no Mestrado Profissional, ao desenvolver atividades nessa linha de pesquisa, o(a) mestrando(a) é estimulado(a) a refletir sobre a importância do lugar do Ensino na Saúde como balizador da formação e da pesquisa, reconhecendo os objetos de investigação que emergem dos cenários de prática; a importância das redes de investigação; a relevância dos projetos coletivos e as diferentes possibilidades de transformação no contexto da prática profissional no campo da saúde.

Os 15 capítulos que integram este Volume 1 versam sobre diferentes temas que envolvem o processo de formação de profissionais da saúde com ênfase em questões do contexto brasileiro. Os capítulos, de coautoria de orientadores(as) e mestrandos(as), são exemplos de distintos processos de formação em saúde a partir da observação e questionamentos do cotidiano desses profissionais.

O estudo de abertura desta obra trata da pesquisa **“Mestrado Profissional: um estudo com egressos do Programa Ensino em Ciências da Saúde”**, que apresenta o olhar dos egressos sobre sua vivência no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS) do CDESS/UNIFESP. As autoras destacam o perfil desses egressos que já são profissionais vinculados ao campo da saúde e da educação, inseridos no mundo do trabalho com atuação na formação em saúde (nível graduação e ensino técnico) e na educação de profissionais dos serviços de saúde. Ademais, evidenciam que a articulação do mestrado com a prática profissional representa importante aspecto da formação, atendendo dessa forma as expectativas iniciais e motivações para o ingresso no Programa. Os profissionais que cursaram o MP buscaram uma formação para uma atuação profissional mais crítica e reflexiva e reconheceram nesse programa sua vocação para o campo educativo e o procuraram também como espaço de formação docente. Nessa perspectiva, o trabalho **“Formação Docente na Saúde: da revisão sistemática de literatura a uma plataforma interativa de desenvolvimento docente”** destaca que o desenvolvimento docente em cursos de graduação da área da saúde carece de estudos que avaliem a efetividade das diferentes intervenções nos docentes, discentes e instituições. A revisão de literatura forneceu direcionamentos para a criação de uma plataforma interativa *on-line* para desenvolvimento docente. Já no capítulo

“Atitude Profissional: uma competência a ser desenvolvida”, as autoras defendem a premissa que a formação médica exige que o estudante desenvolva qualificações além do domínio cognitivo e das habilidades psicomotoras, devendo incluir qualidades humanísticas como compaixão, cortesia, comportamento respeitoso, comunicação, capacidade de relacionar-se com outros profissionais, responsabilidade, confiabilidade, honestidade, qualidades estas essenciais na construção do profissionalismo médico.

Na temática da Humanização, Espiritualidade e Saúde na formação acadêmica situam-se os próximos trabalhos. No capítulo **“Um Certo Laboratório de Leitura: o caráter pioneiro e seminal de uma pesquisa sobre Humanização em Saúde a partir da Literatura”**, os autores apresentam e discutem o caráter pioneiro e seminal de um projeto de pesquisa sobre a experiência no Laboratório para a Humanização em Saúde que tem se constituído em espaço inovador para a formação acadêmica na UNIFESP. Além de mostrar como foi desenvolvida a pesquisa sobre essa experiência, indica como, posteriormente, se constituiu em base e referencial de mais de uma dezena de trabalhos científicos que, ao longo de uma década, constituíram uma linha de pesquisa de relevância internacional, com repercussões não apenas para o campo da educação em saúde, mas para outros territórios do saber. As autoras do capítulo **“Espiritualidade e Saúde na Formação Médica: Ações Didático-Pedagógicas no Contexto Acadêmico”** analisam a inserção de questões referentes à Espiritualidade e Religiosidade no currículo de faculdades de Medicina. Partem da premissa que é possível promover a sensibilidade psicossocial e espiritual dos estudantes, no entanto, salientam que poucos são os instrumentos e os modelos educacionais validados. Os principais percalços para a integração de Espiritualidade e Saúde no ensino médico são a tendência à laicização da Medicina e o receio da coerção religiosa.

Nas vertentes possíveis da discussão e pesquisa no campo da saúde se insere o estudo **“Medicina Tradicional Chinesa em Unidades de Saúde da Supervisão Técnica da Sé da Cidade de São Paulo”**. As autoras colocam em debate a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) fundamentos que vão ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde e aos princípios do SUS. Embora a Política Nacional de Práticas Integrativas-Complementares – PNPIC, a MTC regule a aplicação dessa modalidade da medicina no sistema público de saúde do Brasil, sua inserção enfrenta numerosos desafios relacionados aos processos de formação para exercê-la, à caracterização das práticas realizadas e às concepções de saúde utilizadas.

A formação de profissionais na educação superior é tema norteador de alguns capítulos deste Volume, dentre esses **“A Formação do Pedagogo e a Educação Inclusiva: a experiência de uma universidade pública federal”**, que toma como pilares norteadores os fundamentos da Educação Inclusiva (EI) e os desafios para se concretizar e consolidar a Inclusão Social dos deficientes físicos (DF) na Educação Infantil. Essa pesquisa trata da formação do Pedagogo no que se refere à EI dos DF no contexto da Educação Infantil numa instituição pública federal. As autoras argumentam que a concretização das políticas de educação inclusiva implica no fortalecimento de estudos de EI na formação de professores para a Educação Infantil, tornando-se elo facilitador na atuação junto ao DF para assim contribuir à adequação no ambiente escolar por meio do trabalho colaborativo em equipe. No capítulo **“Contribuição da Graduação em Tecnologia em Radiologia para a Prática do Tecnólogo”**, os autores abordam parte de uma pesquisa sobre a formação do Tecnólogo em Radiologia, relacionando-a com as demandas da prática profissional e o preconizado pela legislação vigente. Os tecnólogos em Radiologia que atuam na UNIFESP, vindos de diferentes cursos de graduação do município de São Paulo, foram críticos com relação à formação e demonstraram ciência quanto às dificuldades apresentadas na graduação, o que leva a defenderem um currículo interdisciplinar, com integração ensino e serviço por meio de uma assistência interprofissional. O capítulo **“História Oral da Terapia Ocupacional em São Paulo e seus desdobramentos na comunidade de destino”** explora as fronteiras da Terapia Ocupacional, pelo ofício historiográfico do diálogo com diferentes campos para contextualizar e historicizar a fundação da Terapia Ocupacional como profissão em São Paulo. Os autores afirmam que essa investigação permitiu a desconstrução do mito fundador, a reparação às primeiras turmas formadas; a localização de documentos e, a constatação que a delimitação da história da Terapia Ocupacional como campo de conhecimento e pesquisa. O capítulo **“Percepção de Fisioterapeutas sobre sua Formação Profissional para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa”** destaca as competências e habilidades gerais e específicas estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia, que preveem que a formação contemple as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS, estimulando o pensamento crítico e produtivo, baseado nos problemas da população assistida, valorizando o conhecimento produzido nas unidades de saúde e articulando-o com o produzido nas universidades. As autoras ressaltam que mesmo que as competências estejam presentes em momentos da formação profissional, isso não garante a efetividade do trabalho em equipe e das práticas colaborativas nos cenários da assistência, que ainda se mostra centrada no modelo biomédico.

O capítulo **“A Formação do Médico para o Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Graduação, Residência e Programas de Provimento”** transita por alguns ciclos da formação profissional apresentando uma análise da formação do médico em relação à Atenção Primária à Saúde (APS). Os autores ressaltam que a carência de médicos é problema histórico no Brasil e que iniciativas do Governo Federal têm tentado, ao menos desde 2001, melhorar esse cenário, incluindo-se políticas de reorientação da graduação médica; aumento da quantidade de vagas de alunos em cursos de medicina e melhor distribuição desses cursos pelo país; fomento à criação de mais – e melhores – programas de residência, especialmente em Medicina de Família e Comunidade (MFC); estabelecimento de programas de provimento emergencial de médicos acoplados à estratégias concomitantes de formação; e, uma recente proposta de plano de carreira incluindo-se a exigência de obtenção do grau de especialista em MFC.

O compromisso com o desenvolvimento de competência facilitadora da pesquisa se expressa no capítulo **“Fontes de Informação para Pesquisa: Um Manual para o Aperfeiçoamento da Competência Informacional de Estudantes da Área de Saúde”**. O trabalho aborda a relevância de se desenvolver o aperfeiçoamento da competência informacional dos estudantes, no sentido de buscarem fontes fidedignas de informações científicas para a produção de conhecimento. Apresenta uma produção técnica – um Manual -, originária de duas dissertações, que tematizam acerca do comportamento e da competência informacional de estudantes de graduação da área de Saúde, indicando a necessidade de melhoria das habilidades, conhecimentos e atitudes de pesquisa acadêmica dos estudantes.

Com foco na residência multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, o capítulo **“A Residência Multiprofissional em Hospital Assistencial”** apresenta as percepções de gestores, coordenadores locais e preceptores acerca do papel da Residência Multiprofissional em Saúde – RMS no Hospital Assistencial. Os autores ressaltam que o Hospital Assistencial pode ser considerado um espaço para a reorganização do SUS, a partir da reestruturação na formação dos profissionais, e argumentam que RMS contribui para o crescimento institucional com aprimoramento da qualidade dos serviços, resultando na melhoria da qualidade da assistência; na mudança para um perfil de Hospital de Ensino; para o crescimento dos profissionais por meio do contato direto com residentes; para reorganização dos serviços, com aprimoramento do trabalho de equipe e estímulo ao cuidado integral; além de favorecer o processo de Educação Permanente dos profissionais. Nessa mesma ótica, o capítulo **“Residência Multiprofissional em Saúde – RMS: Desafios e Contribuições”** problematiza a

RMS à luz de suas configurações pedagógicas, de gestão, da integração com os cenários de prática e do perfil da preceptoria como elemento formativo, a partir de três pesquisas realizadas nos estados do Amazonas, Minas Gerais e São Paulo. Os autores destacam que as RMS são fundamentais para um país continental como o Brasil e que podem qualificar e fortalecer a educação Interprofissional.

No campo da Avaliação da Aprendizagem, os momentos de avaliação envolvem diferentes atores sociais e ocorrem em diversas oportunidades no percurso formativo. Um dos aspectos abordados em muitas pesquisas, é uma prática comum no cotidiano educacional, é o uso de testes e provas elaborados com itens de múltipla escolha. Nesse prisma insere-se o capítulo **“Formação em Avaliação no Ensino Superior: um protocolo para análise de itens de múltipla escolha”** que apresenta a trajetória de uma pesquisa sobre a qualidade dos itens de múltipla escolha formulados por docentes de um curso de graduação em saúde de uma universidade paulistana no processo de avaliação. A análise de um Teste de Progresso possibilitou conhecer e discutir a qualidade dos itens e propor instrumentos para melhoria da sua elaboração, e evidenciar acerca da importância do preparo do docente no preparo de instrumentos de avaliação da aprendizagem.

As produções aqui apresentadas nos convidam à reflexão e a percorrer debates mundiais e nacionais acerca das tendências da formação na área da saúde, que têm induzido docentes e profissionais da saúde à perspectiva do trabalho em equipe, da prática interprofissional colaborativa, no sentido de se distanciar das ações uniprofissionais caracterizadas por ações isoladas, fragmentadas e centralizadas nas condições de adoecimentos. Apreende-se o compromisso de ancorar os processos de formação e do trabalho assistencial nos fundamentos da interprofissionalidade e da prática colaborativa, além da comunicação aberta e respeitosa com vistas à qualidade da atenção, à redução da ocorrência de erros e à maior resolutividade das demandas de saúde.

Os desafios dos processos formativos vêm de longa data, mas com o momento atual da Pandemia Covid 19, novos desafios estão postos ao Sistema Único de Saúde e ao sistema educacional, desencadeando novas aprendizagens por meio de estratégias mediadas por tecnologias digitais, estreitando a comunicação, a conectividade e a interatividade nas plataformas virtuais, criando mecanismos para a convivência interativa, a articulação e compartilhamento dos saberes e fazeres em saúde.

Tanto pela diversidade dos temas pesquisados como pelo perfil dos(s) docentes e mestrandos(as) podemos reconhecer que o MP é um espaço privilegiado de formação de formadores e pesquisadores no campo do Ensino em Ciências da Saúde. Com certeza os(as) leitores(as) ao se aproximarem de cada capítulo terão condições de explorar outras searas exploradas nas pesquisas aqui socializadas.

Ively Abdalla

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

MESTRADO PROFISSIONAL: UM ESTUDO COM EGRESSOS DO PROGRAMA ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sueli Pedroso

Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Santos – SP

RESUMO

Este capítulo tem como objetivo apresentar os achados e o produto derivados da pesquisa *Mestrado Profissional: um estudo com egressos do Programa Ensino em Ciências da Saúde*, desenvolvida e defendida junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS) – Mestrado Profissional (MP), oferecido pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (CEDESS/UNIFESP). A metodologia da investigação envolveu aplicação de um questionário junto a 70 egressos do PPGECS, buscando conhecer motivações, experiências curriculares, contribuições e mudanças na atuação profissional após a conclusão do mestrado. A análise de dados abrangeu a sistematização quantitativa das respostas obtidas na Escala Likert e análise de conteúdo do tipo temática para as questões abertas. Os resultados foram organizados em dois eixos: *Conhecendo os Egressos* e *Os egressos e suas percepções sobre o Mestrado Profissional*. O perfil dos egressos participantes revela profissionais vinculados ao campo da saúde e da educação, já inseridos no mundo do trabalho e com atuação na formação em saúde (nível graduação e ensino técnico) e na educação de profissionais dos serviços de saúde. O conjunto de dados apreendidos nas questões abertas permite capturar o quão importante tem sido o binômio aprendizagem e trabalho como um eixo formativo do PPGECS-MP. O produto gerado – *MONITORAMENTO DE EGRESSOS (PME)* – foi incorporado ao conjunto de instrumentos de acompanhamento e avaliação do Programa.

Palavras-chaves: ensino na saúde, aprendizagem de adultos, egressos, mestrado profissional

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar os achados e o produto derivados da pesquisa *Mestrado Profissional: um estudo com egressos do Programa Ensino em Ciências da Saúde*, desenvolvida e defendida junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS) – Mestrado Profissional (MP), oferecido pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (CEDESS/UNIFESP).

Essa pesquisa foi realizada entre 2009 e 2012, tendo a Defesa Pública da Dissertação e da Produção Técnica ocorrido em 2012. Para o presente capítulo, buscou-se realçar os movimentos analíticos que foram empreendidos, bem como a estrutura do Instrumento de Coleta de Dados. Partiu-se do reconhecimento de que os egressos, por meio de suas vivências singulares, podem auxiliar na melhor compreensão do Mestrado Profissional (MP) como um espaço privilegiado de formação.

1.1 Contextualização Temática

O Programa de Pós-Graduação Ensino de Ciências da Saúde, modalidade Mestrado Profissional, reconhecido e credenciado pela – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em dezembro de 2002, é uma iniciativa pioneira no Brasil nesta área do conhecimento. Assume como objetivos pesquisar e produzir conhecimentos sobre o Ensino em Ciências da Saúde, bem como propiciar uma qualificação técnica, criativa e potencialmente transformadora de professores e técnicos de nível superior para o ensino nesta área (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, CEDESS, 2005).

Os Programas de MP foram mencionados, inicialmente, através do Parecer nº 977/1965 (BRASIL, 1965). Nesse Parecer houve destaque para a diferenciação entre os cursos de mestrado e doutorado, no entanto, não oferece maiores esclarecimentos a respeito do Mestrado Profissional. É apenas em 1995 que a Portaria nº 47 de 1995 (CAPES, 1995) determinou a implantação de procedimentos para a recomendação, acompanhamento e avaliação dos cursos de MP.

Barros *et al.* (2005, p. 126) afirmam que a publicação desta Portaria talvez tenha sido o ato mais arrojado para o direcionamento de uma demanda latente, ao referir-se aos MP, os quais tinham poucas chances de aceitação de suas propostas frente ao modelo de avaliação do mestrado acadêmico, tido como vigente.

Em 1998, foi publicada a Portaria de nº 80, que revogou a Portaria de 1995 e que dispôs sobre o reconhecimento dos MP. De acordo com a CAPES (BRASIL, CAPES, 2002), o MP é o

modelo que enfatiza estudos e técnicas diretamente voltadas ao desempenho de um alto nível de qualificação. Desta forma, o principal objetivo deste tipo de curso é responder a uma necessidade socialmente definida de capacitação profissional com um enfoque diferenciado daquela possibilitada pelo mestrado acadêmico (BRASIL, CAPES, 2005). Neste âmbito, tem a finalidade de qualificar diversos profissionais que não atuam diretamente com a pesquisa. Vale ressaltar que a produção técnico-profissional é altamente valorizada.

O Mestrado Profissional configura a viabilidade de a Universidade atuar de forma pró-ativa, usando os seus recursos para identificar áreas, problemas e impasses que se beneficiariam, e muito, do contato com o que é investigado na sua rotina (GAZZOLA, 2003, p. 2).

Ribeiro (2005) destaca que houve resistência de alguns setores acadêmicos ao MP por acharem que esses cursos se identificavam com interesses das empresas e que, portanto, colocariam a universidade a serviço dessas. O autor argumenta que a função social do MP compreende a demanda sociedade atual por uma formação cada vez mais qualificada, mesmo para setores que não atuam com a docência ou com a pesquisa de ponta. De formação interdisciplinar, o MP deverá contribuir para integrar saberes sem concentração disciplinar, manifestando grande sensibilidade social, cultural e tecnológica (SCARANO; OLIVEIRA, 2005).

Quelhas *et al.* (2005, p.97) defendem que o MP é dirigido a profissionais com ênfase em conteúdos aplicados, em que as atividades de pesquisa devem ser também contempladas, tanto nas disciplinas como na dissertação, possibilitando maior aproximação entre os trabalhos conduzidos pela universidade, as demandas espontâneas ou induzidas pela própria universidade existentes no campo social e profissional, demandas por soluções tecnológicas, sociais e em geral, estruturadoras do conhecimento nas atividades profissionais.

O MP é, assim, uma modalidade de formação que, a partir de uma visão horizontal/vertical do conhecimento consolidado em campo disciplinar (com relações inter e multidisciplinares), busca enfrentar um problema proposto pelo campo profissional de atuação do aluno, utilizando de forma direcionada, verticalizada, o conhecimento disciplinar para equacionar tal problema.

Os autores Quelhas *et al.* (2005, p.97) afirmam:

No caso do MP, o objetivo é um direcionamento claro para encontrar o caminho da resposta a uma pergunta específica proposta pela área profissional ou identificada pela universidade como algo que deve ser investigado e solucionado naquela área. Alguns exemplos de problematização cujos MPs podem investigar e haver uma integração ou complementaridade, entre as universidades e os sistemas produtivos: Como organizar um serviço de saúde, dadas certas condições? Como reduzir o custo em certos processos de produção industrial? Que modelos de organização e atuação poderiam favorecer um melhor tratamento

das questões de segurança pública? Como articular políticas que incrementem e difundam o consumo da cultura? Os MPs são voltados à problemática identificada pela instituição ou proposta por instituições/entidades/ empresas específicas, que trariam como demanda, um campo de problemas a serem enfrentados, e, como alunos, os profissionais aos quais cabe a tarefa de equacioná-los no cotidiano.

Para Fischer (2005) o MP deve ser reconhecido como experiência inovadora capaz de contribuir para a renovação da pós-graduação brasileira. A autora afirma baseada nos documentos regulatórios, que o MP pode variar quanto ao público a quem se destinam, quanto à estrutura, ao local e tempo de duração, exigências de dedicação do estudante e natureza do ensino.

Uma característica fundamental do MP compreende o trabalho de conclusão de curso, configurado como dissertação que demonstre domínio do objeto de estudo, além da investigação aplicada à solução de problemas que possa ter impacto na prática. Deve conter a descrição e discussão dos resultados, conclusões e recomendações de aplicações práticas ancoradas em um referencial teórico. O seu conteúdo pode incluir, por exemplo, resultados de estudos de casos, desenvolvimentos e descrição de metodologias, tecnologias e *softwares*, patentes que decorrem de pesquisas aplicadas (FISCHER, 2005).

Agopyan e Lobo (2007, p.79) identificaram que a comunidade reconhece como desafios para o MP uma melhor definição desta modalidade de pós-graduação, ampliação da rede de trocas entre diferentes MP, em permanente trabalho de explicitação das áreas de concentração, linhas de pesquisa e produtos e por fim, o processo de avaliação.

Esclarecedoras são as afirmações feitas por Hortale *et al.* (2010, p.2056):

O desenvolvimento institucional para enfrentar os desafios do atual contexto brasileiro demanda a formação de lideranças criativas, a democratização do conhecimento e sua utilização aplicada à da gestão das organizações. Competência para interpretar informação científica e aprofundar diagnósticos institucionais que orientem a tomada de decisões são estratégicas em diversos setores, como nas áreas da saúde e da ciência e tecnologia. O curso de MP contribui para resgatar o sentido da terminalidade deste nível de pós-graduação, atualmente interpretado por muitos como mera etapa preparatória para o doutorado.

No âmbito avaliativo, Negret (2008) afirma que a avaliação é um instrumento de gestão a ser utilizado que busca os resultados de um programa ou projeto. É importante também avaliar os entraves, as dificuldades e as lições aprendidas no processo de desenvolvimento do programa para ajustar os procedimentos, mudar os rumos e melhorar o desempenho e,

consequentemente, os resultados. Insere-se com força a importância de pesquisas que busquem analisar experiências de MP no país.

Vilela e Batista (2015) afirmam:

[...] que a avaliação dos programas surge como mais um desafio a ser enfrentado pelos MP. Identificou-se a preocupação com a produção intelectual, principalmente com a científica, quando a discussão atual se faz também focada no impacto do produto final (produção técnica ou educacional) e na avaliação do egresso (p. 326).

É evidente a expansão do MP e sua diversidade temática. Nessa diversidade, a identidade dos MP não está somente determinada pela sua área temática, mas pelo desafio de integrar rigor a pesquisa e conseguir a aplicabilidade dos resultados. Existem diferentes níveis de desenvolvimento entre os mestrados, em decorrência dos anos de criação e experiência, entretanto, todos estão construindo, aperfeiçoando e consolidando, num âmbito de transdisciplinaridade, métodos e procedimentos que permitam analisar a realidade social local, institucional ou empresarial, gerar conhecimento e conseguir a sua aplicabilidade (NEGRET, 2008).

Múltiplos têm sido os estudos no âmbito de pesquisas com egressos de Mestrados: Salles (2004) investigou a relevância do programa e dos cursos de pós-graduação *stricto-sensu* da Faculdade de Saúde Pública para a área do meio ambiente e para a vida profissional dos alunos que se formam no programa do Departamento de Saúde Ambiental, como também para o desenvolvimento da saúde ambiental no Brasil. Já Ramos *et al.* (2010) estudaram as percepções de egressos do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina acerca das contribuições de sua formação para o trabalho profissional. E, ainda, Hortale *et al.* (2010) realizaram um estudo com egressos dos cursos de mestrado profissional de Gestão de Ciências e Tecnologia em Saúde, Gestão de Informação e Comunicação em Saúde, e Tecnologia de Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz. Essa pesquisa mostrou a diversidade na área de formação em uma instituição de pesquisa voltada para o setor de saúde. Os 43 egressos participantes informaram que seus conhecimentos aumentaram e indicaram que a proposta de trabalho não foi implantada, o que pode indicar um baixo compromisso institucional, apesar da iniciativa pessoal (HORTALE *et al.*, 2010).

Viniegra *et al.* (2019), Marquezan e Savegnago (2019), Engstrom, Hortale e Moreira (2019), também desenvolveram importantes estudos com egressos de MP da área de saúde e educação, corroborando com a relevância de estudarmos egressos como fonte e inspiração para

processo avaliativos e garantia de propostas formativas rigorosas cientificamente e eticamente implicadas.

O recorte privilegiado na pesquisa que originou o presente capítulo assume um lugar singular visto o crescimento dos Programas de MP em Ensino na Saúde, fato decorrente, em grande parte, da implementação de políticas públicas indutoras:

Em 2010 foi lançada a política do Pró-Ensino na Saúde, que teve como um dos eixos a indução de mestrados profissionais em Ensino na Saúde (MPES), acreditando-se na possibilidade de esta modalidade de pós-graduação responder, de maneira mais rápida e eficiente, à implementação das políticas públicas para a formação na área (VILELA; BATISTA, 2015, p. 309).

2 CONHECENDO O ESTUDO

A pesquisa, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP 0709/11), foi realizada junto a egressos do PPGECS-MP. O referido Programa foi implantado em 2003, pelo CEDESS/UNIFESP, após aprovação e reconhecimento pela CAPES e está vinculado à área de Avaliação Ensino. Mantém como objetivos nucleares: pesquisar e produzir conhecimentos sobre o Ensino em Ciências da Saúde, bem como propiciar uma qualificação técnica, criativa e potencialmente transformadora de professores e técnicos de nível superior para o ensino nessa área (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, CEDESS, 2005).

A estrutura curricular do MP Ensino em Ciências da Saúde contempla um conjunto de atividades que constituem subsídios teórico-conceituais e metodológicos para uma atuação crítica, reflexiva e criativa dos futuros mestres nos seus ambientes de prática profissional. Tal estrutura curricular fundamenta e viabiliza a elaboração de um trabalho de conclusão de Mestrado que represente uma análise situacional e um projeto de intervenção com vistas à transformação das práticas. São três as Linhas de Pesquisa: Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde; Educação Permanente em Saúde; e, Educação em Saúde na Comunidade.

No percurso histórico pode-se caracterizar três ciclos de desenvolvimento do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde: 1) 2003–2006: momento de implantação; 2) 2007–2010: momento de consolidação; e, 3) 2011 até os dias atuais: momento de ampliação (o *campus* Baixada Santista da UNIFESP vinculou-se ao Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde, modalidade Profissional, do CEDESS, transformando o PPGECS em Mestrado Profissional Interunidades).

No período de dezembro de 2004 a novembro de 2019 foram titulados 319 mestres profissionais pelo PPGECS. O estudo em foco foi realizado com egressos que vivenciaram os dois primeiros ciclos do PPGECS, em um total de 71 participantes. Esse universo teve a redução de um egresso por motivo de falecimento. Assim, de um universo total de 70 egressos selecionados para este estudo e para os quais foram enviados os questionários, 43 foram devolvidos respondidos. Este compreende o campo empírico desta pesquisa.

Como instrumento de coleta dos dados da pesquisa foi utilizado questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas e questões em formato em Escala Likert, contemplando os eixos temáticos: caracterização do perfil dos egressos quanto a: sexo, região/país, idade, formação acadêmica, atividade profissional atual, tempo de inserção na profissional, natureza da instituição, tipo de vínculo; mapeamento das atividades desenvolvidas no Mestrado que, na ótica dos egressos, contribuíram para uma prática profissional mais qualificada; identificação das transformações que os egressos citaram em suas práticas, após a conclusão do Mestrado. Juntamente com o questionário foi enviada aos egressos, carta convite e explicativa, referente aos objetivos da pesquisa.

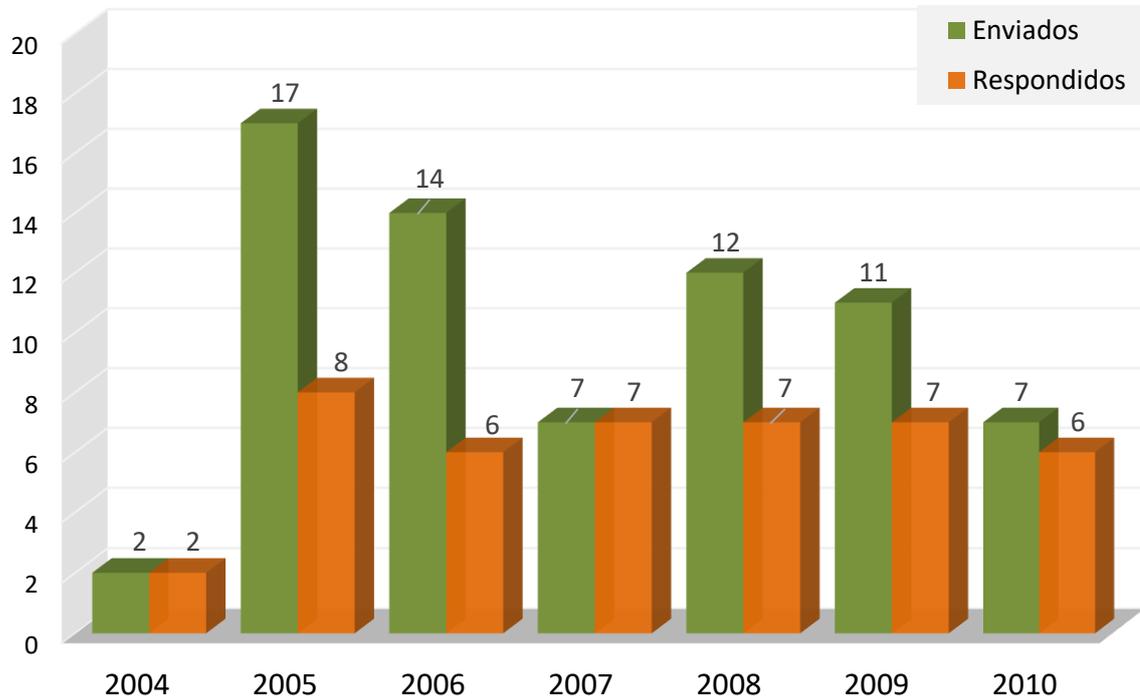
Os dados obtidos nos 43 questionários dos respondentes foram analisados via sistematização dos indicadores de perfil (descrição e quantificação) e análise de conteúdo das respostas abertas. Para a sistematização dos indicadores de perfil de descrição e quantificação foi utilizada estatística descritiva, com as frequências dos escores alcançados em cada assertiva.

As questões abertas foram analisadas a partir da análise de conteúdo. Bardin (1977) define análise de conteúdo como uma técnica utilizada para fazer interferências por meio da identificação objetiva e sistemática de características específicas da mensagem, podendo-se apresentar os resultados por meio de indicadores quantitativos ou não. Dessa forma, foram selecionadas publicações de pesquisadores que abordam os seguintes temas: Aprendizagem de Adultos; Mestrado Profissional e Pós-Graduação.

3 CONHECENDO OS EGRESSOS

A dimensão quantitativa do retorno dos questionários pode ser considerada satisfatória, evidenciando a presença de respondentes de todos os anos que estão compreendidos no período estudado. Em estudos similares com egressos de Programas de Mestrado Profissional (TAKAHASHI; VERCHAI. MONTENEGRO, 2010; HORTALE *et al.*, 2010) a média de respondentes foi dentre 40% e 51%, o que permite afirmar que esta pesquisa abrangeu uma parte significativa do universo investigado.

Figura 1 – Número de questionários enviados e respondidos por ano de titulação dos egressos, CEDESS, 2004 a 2010



A partir da análise dos questionários foi possível delinear o perfil dos egressos, participantes deste estudo no que se refere a gênero, idade, região de origem, área de formação, titulação, natureza da instituição e, tipo de vínculo trabalhista.

No que se refere ao sexo, à análise dos dados revelou que 35 mulheres e oito homens responderam ao instrumento, o que demonstra uma predominância de egressos do sexo feminino. Com relação à *faixa etária*, a análise dos dados identificou que a predominância dos egressos distribuiu-se na faixa de 30 a 53 anos, sendo que apenas um respondente tinha 60 anos.

No que se refere às *regiões do país*, a maior parte dos egressos são oriundos da região sudeste (32), sendo quatro da região norte, dois da região nordeste e três da região centro-oeste do Brasil. Nessa questão, dois egressos não informaram a região. Este dado corrobora vários outros estudos que identificam a presença significativa de pós-graduandos da região sudeste. Todavia, merece realce o fato do PPGECS-MP ter titulado profissionais e professores das regiões Norte e Nordeste do país, sinalizando a potência de formação de novos pólos de produção de conhecimento e intervenção na realidade.

Os dados referentes à *área de formação dos egressos* apontam que a mais frequente abrange a área de enfermagem com onze respondentes, seguida de medicina com seis, seis de fisioterapia, três de nutrição, dois de odontologia, dois de psicologia, dois de biblioteconomia-documentação, dois de letras, um de fonoaudiologia, um de educação física, um de serviço

social, um de administração de empresas, um de ciências da computação, um de ciências farmacêuticas-medicamentos, um de comunicação social-relações públicas, um de economia, um de engenharia química.

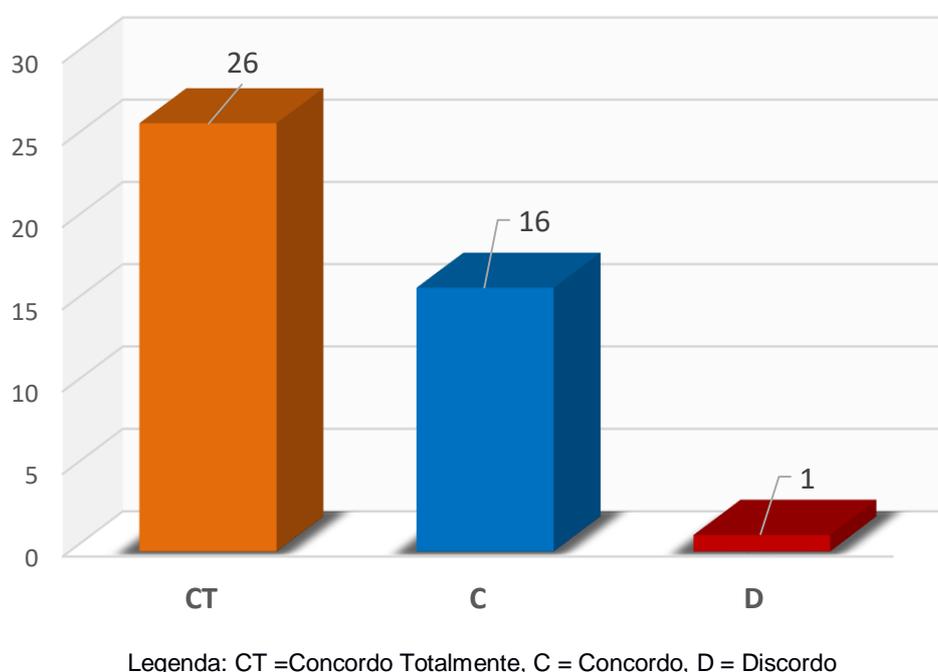
A área nuclear do PPG ECS-MP revela-se como plural, interdisciplinar e interprofissional (RUIZ-MORENO *et al.*, 2008), o que mobiliza interesses e motivações das diferentes profissões da saúde, bem como de outras áreas afins ao campo educativo.

O perfil que pode ser configurado dos egressos participantes deste estudo revela um conjunto de profissionais fortemente vinculados ao campo da saúde e da educação, já inseridos no mundo do trabalho e com uma atuação forte na formação em saúde (nível graduação e ensino técnico) e no campo da educação de profissionais dos serviços de saúde.

4 OS OLHARES DOS EGRESSOS A PARTIR DOS QUESTIONÁRIOS

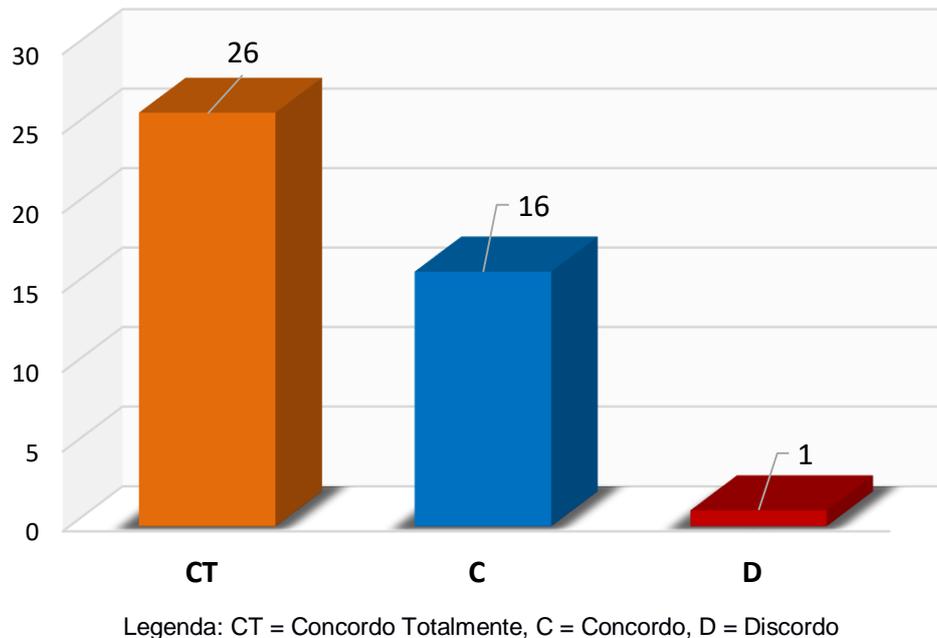
Em relação ao **planejamento das disciplinas**, observa-se que para 26 dos respondentes houve total concordância com a assertiva referente ao planejamento das disciplinas.

Figura 2 – Grau de Concordância dos Egressos em relação à assertiva “Houve adequada relação entre conteúdo programático proposto e o ministrado nas aulas do curso”, CEDESS, 2004 a 2010



Em relação aos **conteúdos das disciplinas** 26 respondentes avaliaram positivamente os conteúdos ministrados nas disciplinas.

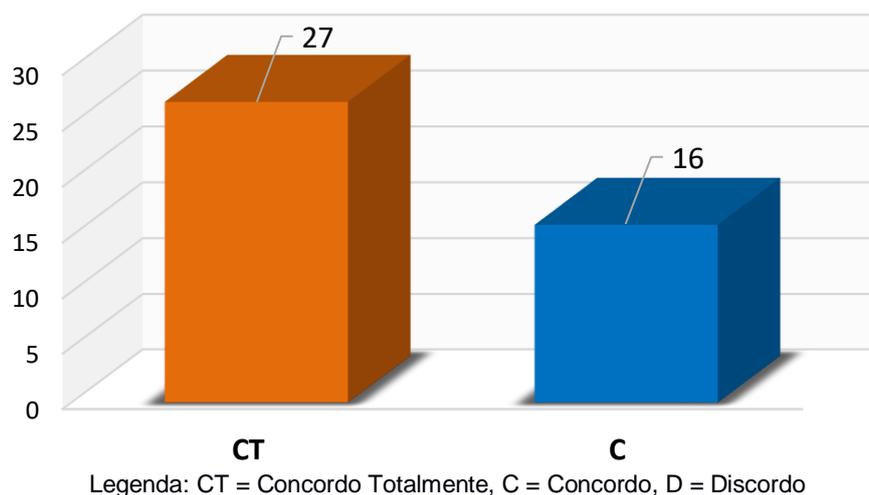
Figura 3 – Grau de Concordância dos Egressos em relação à assertiva “Os conteúdos abordados nas disciplinas propiciaram um bom embasamento para a sua prática educativa e/ou docente em saúde”, CEDESS, 2004 a 2010



Este conjunto de respostas para as três assertivas evidencia o quanto a estrutura curricular do PPG ECS-MP apresenta, na ótica dos egressos, uma potência significativa de aprendizagem e formação. Batista N (2014) ao discorrer sobre o processo de planejamento sinaliza a importância de articulação entre conteúdos e objetivos, argumentando que a intencionalidade do planejar a ação educativa expressa-se nos diferentes constituintes do plano de ensino.

O olhar dos egressos também identificou as **situações de aprendizagem** como estimulantes, críticas e reflexivas.

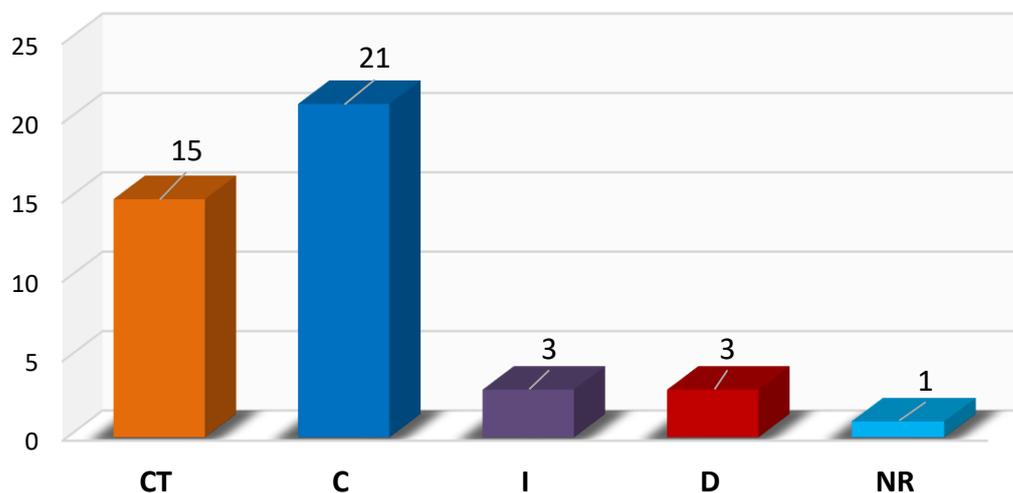
Figura 4 – Grau de concordância dos egressos em relação à assertiva “As situações de ensino e aprendizagem utilizadas estimularam a participação e a análise reflexiva e crítica”, CEDESS, 2004 a 2010



Observa-se desta forma, que o eixo orientador da trajetória curricular do Mestrado em estudo abrange a perspectiva de uma proposta formativa que, a partir dos princípios de adultos como aprendizes, investe na crítica, na reflexão, na troca e na atribuição de significados (BATISTA S., 2014).

Nesta direção, ganha realce a avaliação positiva feita por 21 titulados sobre a **relação teoria e prática** vivenciada no mestrado:

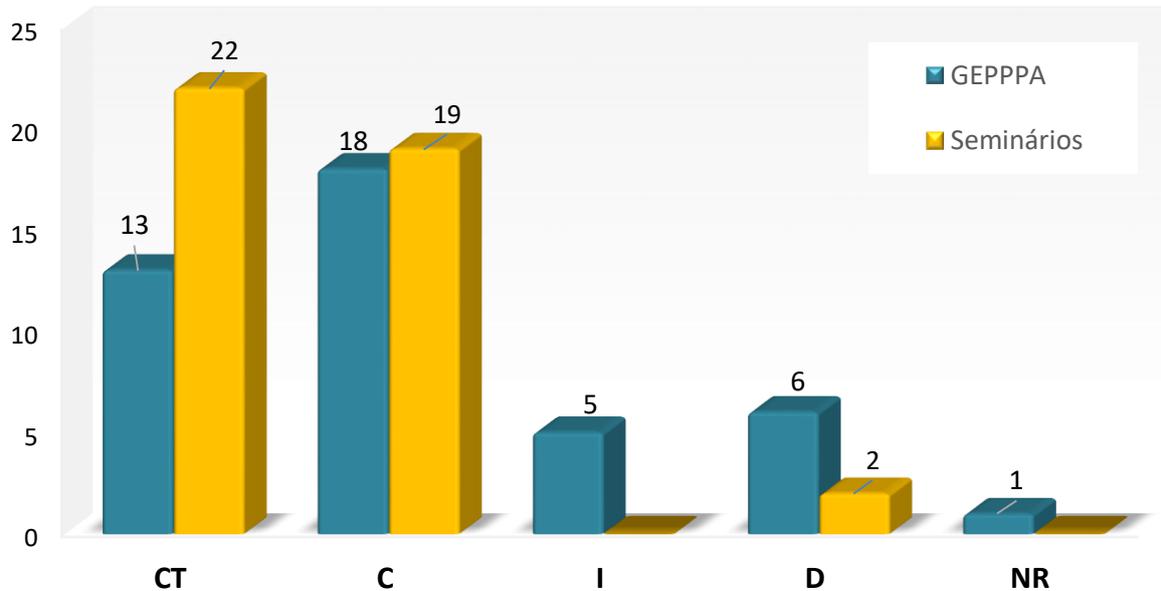
Figura 5 – Grau de concordância dos egressos em relação à assertiva “A articulação teoria e prática mostrou-se adequada às atividades das disciplinas”, CEDESS, 2004 a 2010



Legenda: CT = Concordo Totalmente, C = Concordo, I = Indiferente, D = Discordo, NR = Não Respondeu

É fundamental reconhecer que os egressos identificam nos Grupos de Estudos e Práticas (GEPPRA-Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Prática I, II e III) e nos Seminários Temáticos I, II e III estes movimentos de autoria, troca e partilha.

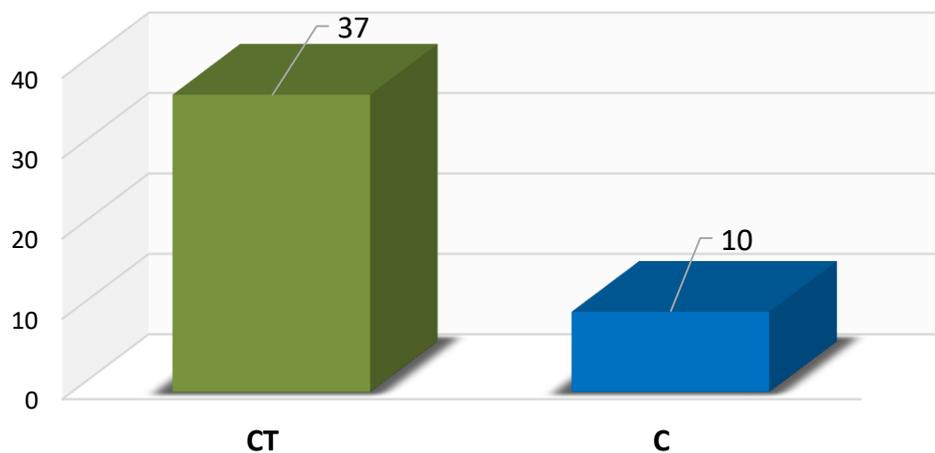
Figura 6 – Grau de Concordância dos Egressos em relação à assertiva “A articulação teoria e prática mostrou-se adequada nas atividades do Grupo de Estudos e Práticas (GEPPRA I, II e III e nos Seminários Temáticos I, II e III)”, CEDESS, 2004 a 2010



Legenda: GEPPRA =Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas

Quanto à **orientação**, 37 titulados concordaram totalmente com o estilo de orientação recebida durante a formação no PPGECS-MP.

Figura 7 – Grau de concordância dos egressos em relação à assertiva “O processo de orientação foi produtivo e contribuiu para o desenvolvimento da pesquisa e elaboração do produto”, CEDESS, 2004 a 2010

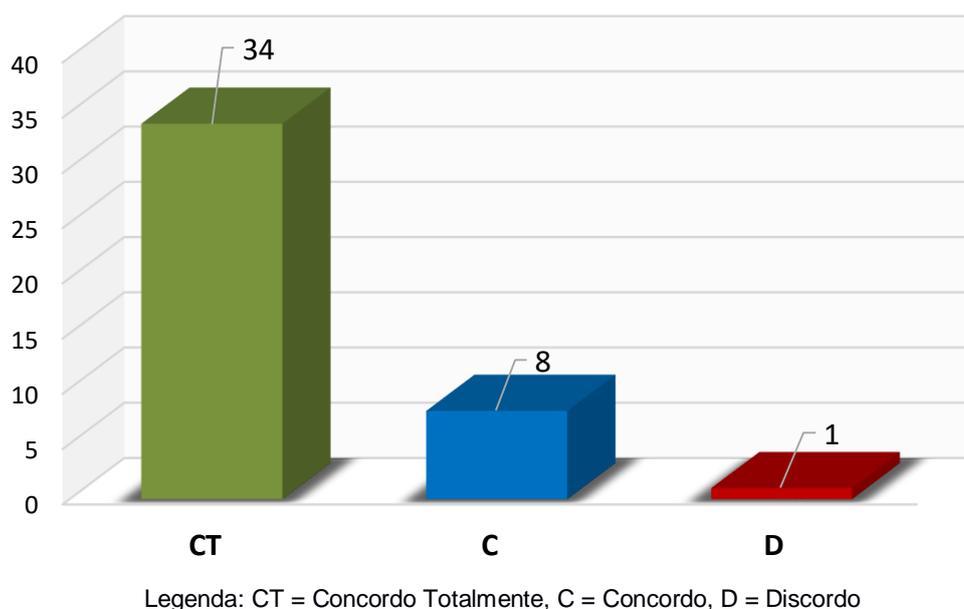


Legenda: CT = Concordo Totalmente, C = Concordo

Os dados de concordância dos egressos em relação ao processo de orientação foram produtivos e contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa e elaboração do produto, ganha importância na medida em que destaca como bastante produtiva a relação orientador-mestrando. Ferreira Neto (2008) destaca o lugar do orientador como um interlocutor que investe na liberdade, na autonomia, na produção inventiva do conhecimento.

A **articulação do mestrado com a prática profissional** dos respondentes foi o foco das assertivas 5, 9, 11 e 12. A mencionada articulação esteve presente em 34 respostas, nas disciplinas do mestrado.

Figura 8 – Grau de Concordância dos Egressos em relação às assertivas: 5- As disciplinas do curso contribuíram para o seu desenvolvimento profissional; 9- O tema e o desenvolvimento de sua pesquisa foram fortemente relacionados à sua prática profissional; 11- Sua área de trabalho atual esta relacionada à temática do Mestrado; e 12- Houve aplicabilidade do Mestrado no seu campo de trabalho, CEDESS, 2004 a 2010



O conjunto de dados apreendidos permite capturar o quão importante é assumir o binômio aprendizagem e trabalho como um eixo formativo do PPG ECS-MP. A própria natureza e função acadêmica e social que ocupa o mestrado profissional no âmbito da pós-graduação brasileira, sustentam que a prática torna-se estruturante das ações pedagógicas de produção de conhecimento e da proposição de intervenções no cotidiano profissional (FISCHER, 2005; AGOPYAN; LOBO, 2007; HORTALE *et al.*, 2010; ENGSTROM; HORTALE; MOREIRA, 2019).

5 CONVERSANDO COM OS ACHADOS

A pesquisa revelou que os egressos, acima de tudo, buscaram uma formação para uma atuação profissional mais crítica e reflexiva. Como adulto aprendente, os egressos revelaram os desejos de ampliação, aprofundamento, aprendizagem de novas maneiras de atuar, continuidade e avanço em relação ao que haviam construído.

Feltes e Baltar (2005) ao enfatizarem os mestrados profissionais como espaço privilegiado para o exercício dos diálogos inter e multidisciplinares, permitem compreender que as expectativas e motivações dos ex-alunos vinculam-se às possibilidades de estarem inseridos em uma proposta formativa que valorize as interfaces, os trânsitos entre disciplinas e práticas, tendo na pesquisa um caminho de produção criativa e emancipadora de conhecimento.

Os egressos reconheceram no Programa sua vocação para o campo educativo e o procuraram também, como cenário de formação docente. Neste âmbito, Batista (2014) afirma que a instrumentalização técnica não é suficiente para o exercício da função docente, sendo fundamental a reflexão crítica sobre a docência e a realidade em que está inserida.

Carneiro (2008, p.18) em um estudo junto a professores de Matemática, pós-graduandos em Mestrados Profissionais da Área de Ensino, destaca que esses mestrados podem contribuir na medida em que relacionam ensino e pesquisa, duas atividades em que as pessoas aprendem. O professor que desenvolve investigação sistemática com o objetivo de resolver dilemas que emergem da sua própria prática de ensino está gerando conhecimento que vai influenciar suas ações posteriores e mudar sua visão da realidade.

Cevallos e Passos (2011) ao desenvolverem suas pesquisas no campo do desenvolvimento de competências para as atividades de gestão e desenvolvimento profissional para professores, respectivamente, concordam que articular as motivações dos mestrados com um itinerário curricular que valoriza os saberes da prática, a pesquisa como instrumento de formação e transformação das práticas, emerge como condição fundamental de Mestrados Profissionais que estejam coadunados com as demandas da sociedade e as necessidades das comunidades.

Compreender como o adulto aprende torna-se fundamental para o êxito dos programas de pós-graduação. As situações de aprendizagem devem estimular a construção de conhecimentos que os ajudem a realizar tarefas e a solução de problemas do cotidiano. Na educação convencional o estudante deve se ajustar a um currículo pré-estabelecido, já na educação crítica de adultos, o currículo é construído em torno dos interesses e necessidades dos estudantes (MOREIRA, 2005).

Nesta direção, Feltes e Baltar (2005) afirmam que o processo de planejamento das atividades curriculares de um Programa de Mestrado Profissional implica considerar de maneira

articulada as necessidades dos sujeitos e as demandas de diferentes setores produtivos, mapeando os obstáculos da educação em diferentes áreas. Os autores defendem que os MP constituem um espaço privilegiado para o exercício dos diálogos interdisciplinares, favorecendo uma formação profissional mais adequada às exigências de um mundo de trabalho multideterminado e historicamente situado.

É de grande relevância para o Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP que a docência em saúde, em múltiplas expressões e dimensões, seja reconhecida como uma mudança significativa na ótica de egressos. Pela trajetória histórica que explica e confere os contornos para criação e desenvolvimento do referido Programa, inscreve-se um singular condicionante: o lugar do CEDESS e sua vocação, intencionalmente tecida e construída em torno da questão da formação docente em saúde.

A formação para a pesquisa na pós-graduação pode significar a vivência de uma ambiência de produção colaborativa de novos saberes, investindo em um pensar crítico sobre as práticas educativas, tendo em vista um conhecimento das teorias que as fundamentam. A prática da pesquisa na área dos Mestrados Profissionais da área do ensino coloca o desafio de elaborar explicações e interpretações sobre cotidiano educacional, ampliando a compreensão das próprias práticas e com elas, operando transformações e intervenções na realidade.

O conjunto dos dados produzidos na pesquisa permitem afirmar que houve congruência entre as expectativas e motivações dos egressos e as contribuições que o MP trouxe para suas vidas profissionais. Carneiro (2008) afirma que observar e investigar as consonâncias entre o que foi desejado e que foi alcançado (ou é percebido assim pelos sujeitos) favorece uma análise crítica das propostas formativas nos mestrados profissionais na perspectiva de contribuir com o avanço e a melhoria dos processos escolares e acadêmicos no país.

Scarano e Oliveira (2005); Araújo e Amaral (2006); Freitas *et al.* (2006), Engstrom, Hortale e Moreira (2019) e Viniegra *et al.* (2019) em seus estudos, também identificaram uma percepção muito positiva dos egressos em relação às contribuições trazidas pelos mestrados profissionais, sinalizando que esta modalidade vem obtendo impactos importantes no campo das práticas profissionais em diferentes áreas do conhecimento e do mundo do trabalho.

Desvela-se, neste escopo, a necessidade de que, em novos estudos, mais sujeitos sejam investigados, ampliando a escuta não somente de egressos, mas também dos usuários/parceiros/pares dos titulados, configurando uma rede de percepções, avaliações e representações sobre as contribuições dos mestrados profissionais para o campo da transformação das práticas a partir da produção de conhecimento sobre elas.

6 O PRODUTO: PROJETO DE MONITORAMENTO DE EGRESSOS (PME)

A identificação do perfil e o acompanhamento dos mestrandos – sua entrada no Programa, as mudanças nas práticas profissionais, abrangendo o seu desenvolvimento acadêmico no decorrer do Mestrado Profissional – poderá permitir ao PPGECS analisar e discutir os nós críticos e as fortalezas, a adequação das mudanças introduzidas na matriz curricular, introdução e inovações teóricas e metodológicas, a incorporação de demandas sociais.

Desta forma, o monitoramento dos egressos constituirá em estratégia avaliativa fundamental para que as práticas educativas sejam desenvolvidas em uma perspectiva de compromisso social, responsabilidade ética e rigor na produção do conhecimento. Em seu desenvolvimento foi utilizado questionário aplicado junto aos egressos do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde. Os questionários de egressos foram concebidos de forma mista, com alternância entre Escala Likert e questões abertas para descrições e/ou percepções dos respondentes. Essa aplicação abrange duas fases:

1. Análise das Expectativas e Realidades dos Egressos: foi realizada após um (1) ano após sua titulação, por meio de aplicação de questionários enviados por correio eletrônico. Na hipótese do não retorno do questionário respondido por parte do Egresso, a secretaria do Programa entrou em contato por meio de telefone e e-mail;
2. Constituição permanente do processo de avaliação. Foi disponibilizado no *site* do CEDESS um processo permanente de incentivo a participação dos egressos na demanda de informações.

O Projeto de Monitoramento de Egressos projetou constituir-se em instrumento de fonte de dados e informações para a auto-avaliação continuada do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde.

REFERÊNCIAS

AGOPYAN, V.; LOBO, R. O Futuro do Mestrado Profissional. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v.4, n.8, p.293-302, Dez. 2007. Disponível em:

<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/138>.

ARAÚJO, M. S. T.; AMARAL, L. H. Impactos do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática da Unicsul sobre a atividade docente de seus estudantes: do processo de reflexão às transformações na prática pedagógica. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 3, n. 5, p. 150-166, Jun. 2006. Disponível em:

<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/102>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edição 70, 1977.

BARROS, E. C.; VALENTIM, M. C.; MELO, M. A. A. O debate sobre o mestrado profissional na Capes: trajetória e definições. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, v. 2, n. 4, p. 124-138, jul. 2005. Disponível em: <http://www.rbpg/article/view/84>. Acesso em: 12 set. 2016.

BATISTA, N. **Planejamento no ensino em saúde**. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: SENAC, 2014.

BATISTA, S. H. **Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências as teorias em construção**. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: SENAC, 2014, p. 57-74.

BRASIL. Conselho Federal de Educação (CFE). Câmara de Educação Superior (SESU). Parecer, nº 977, de 03 de dezembro de 1965. Do pronunciamento da CESU/CFE em resposta à solicitação do Ministro de Educação para definição da natureza dos cursos de pós-graduação e regulamentação do disposto na letra b do art. 69 da **Lei de Diretrizes e Bases**. Brasília, 1995. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Parecer_CESU_977_1965.pdf. Acesso em: 06 set. 2016.

BRASIL. MEC. CAPES. **Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2005-2010**. Brasília: Capes, 2005.

BRASIL. MEC. **Conselho Nacional de Educação**. Parecer 0079/2002. Brasília: Capes, 2002.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 47, de 17 de outubro de 1995. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/87/83>.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria no 80, de 16 de dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/avaliacao-n/1892015-Portaria-CAPES-080-1998.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2016.

CARNEIRO, V. C. Contribuições para a Formação do Professor de Matemática Pesquisador nos Mestrados Profissionalizantes na Área de Ensino. **Bolema**. Rio Claro, v. 21, n. 29, p. 199-200, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/bolema/issue/view/743>.

CEVALLOS, I.; PASSOS, L. **O Mestrado Profissional em Ensino de Matemática e as contribuições para o desenvolvimento Profissional de Professores**. In: XIX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FORMACIÓN DE PROFESORES PARA LOS PAÍSES DEL MERCOSUR / CONO SUR, 2011. Disponível em:

<http://www.semformprof.fhuce.edu.uy/materiales/ARTICULO25.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

ENGSTROM, E. M., HORTALE, V. A., MOREIRA, C. O. F. Trajetória profissional de egressos de Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde: Estudo avaliativo. **Cien. Saúde Coletiva** [periódico na internet], Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401269&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.

FELTES, H. P. M.; BALTAR, M. A. R. Novas perspectivas para mestrados profissionais: competências profissionais e mercados regionais. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 72-78, jul. 2005. Disponível em:

<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/79>.

FERREIRA NETO; J. L. A experiência da pesquisa e da orientação: uma análise genealógica. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, dec. 2008. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000200017&lng=pt&tlng=pt.

FISCHER, T. Mestrado profissional como prática acadêmica. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 24-29, jul. 2005. Disponível em:

<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/74>.

FREITAS, C. M. *et al.* O Mestrado Profissional nos cenários futuros da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 3, n. 5, p. 129-149, jun. 2006. Disponível em:

<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/101>

GAZZOLA, A. L. A. **Considerações iniciais sobre os conceitos de mestrado profissional e de especialização**. Belo Horizonte: UFMG, 2003. Disponível em:

<http://www.foprop.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2010/05/Mestrado-profissional-e-especializacao-Ana-Lucia-Gazzola.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2012.

HORTALE, V. A. *et al.* Características e limites do mestrado profissional na área da saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2051-2058, jul. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400019>.

MARQUEZAN, L. P.; SAVEGNAGO, C. L. O mestrado profissional no contexto da formação continuada e o impacto na atuação dos profissionais da educação. **Rev. Internac. Educ. Superior**, v. 6, p. e020011, 12 set. 2019. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/riesup/article/view/8654993>.

MOREIRA, M. A. Aprendizaje Significativo Crítico. Indivisa, **Boletín Estudios Investigación**, n. 6, p. 83-102, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/771/77100606.pdf>.

NEGRET, F. A identidade e a importância dos mestrados profissionais no Brasil e algumas considerações para a sua avaliação. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 5, n. 10, p. 217-225, dez. 2008. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/152>.

QUELHAS, O. L. G.; FILHO, J. R. F.; FRANÇA, S. L. B. O mestrado profissional no contexto do sistema de pós-graduação brasileiro. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 97-104, jul. 2005. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/82>.

RAMOS, F. R. S. *et al.* Formação de mestres em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina: contribuições sob a ótica de egressos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, maio/jun. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300002&lng=pt&tlng=pt.

RIBEIRO, R. J. O Mestrado Profissional na Política atual da CAPES. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília v. 2, n. 4, p. 8-15, jul. 2005. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/72>.

RUIZ-MORENO, L.; PITTAMIGLIO, S. E. L., FURUSATO, M. A. Lista de Discussão como estratégia de ensino-aprendizagem na Pós-Graduação em Saúde. **Interface** (Botucatu) [online]; v. 12, n. 27, p. 883-892, out./dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400017&script=sci_abstract&tlng=pt.

SALLES, C. P. **Ciência e tecnologia em saúde ambiental**: uma análise da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública – USP. São Paulo: USP, [s.n], 2004, p.168.

SCARANO, F. R.; OLIVEIRA, P. E. A. M. Sobre a importância da criação de mestrados profissionais na área de ecologia e meio ambiente. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 90-96, jul. 2005. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/81>

TAKAHASHI, A. R. W. *et al.* Mestrado Profissional e Mestrado Acadêmico em Administração: convergências, divergências e desafios aos Programas de Pós-Graduação stricto-sensu no Brasil. **Admin.: Ensin. Pesquisa**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 551-578, dez. 2010. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/129>. Acessado em: 05 jun. 2012.

VILELA, R. B.; BATISTA, N. A. Mestrado Profissional em Ensino na Saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras. **Rev. Bras. Pós-Graduação**, v. 12, n. 28, 7 dez. 2015. Disponível em: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/823>.

VINIEGRA, R. F. S. *et al.* Egressos de um mestrado profissional em saúde da família: expectativas, motivações e contribuições. **Rev. bras. educ. med.** [online], v. 43, n. 4, p. 5-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20190078>. Acesso em: 24 jan. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE (CEDESS). Disponível em: http://www.unifesp.br/centros/cedess/cedess/cedess_histo.htm.2005. Acesso: em: 10 jan. 2020.

FORMAÇÃO DOCENTE NA SAÚDE: DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA A UMA PLATAFORMA INTERATIVA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Paulo Ricardo Giusti da Silva

Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação Interprofissional em Saúde – GPEIS
Universidade Federal de São Paulo
Santos – SP

Maria Stella Peccin

Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Ciências do Movimento Humano
Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação Interprofissional em Saúde – GPEIS
Santos – SP

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Universidade Federal de São Paulo
Departamento Saúde, Educação e Sociedade
Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação Interprofissional em Saúde – GPEIS
Santos – SP

RESUMO

O desenvolvimento docente em cursos de graduação da área da saúde carece de estudos que avaliem a efetividade das diferentes intervenções nos docentes, discentes e instituições. Avaliar a efetividade de desenvolvimento docente em professores de graduação da área da saúde, nos discentes e nas respectivas instituições e fundamentar a construção de uma plataforma interativa online para desenvolvimento docente. Busca eletrônica na MEDLINE, EMBASE; Portal BVS – LILACS/IBECS, BDENF e COCHRANE, ERIC e BEME. Incluídos estudos randomizados (ECR) que avaliaram os efeitos dos programas de desenvolvimento docente em professores da graduação em cursos da saúde. Identificados 3.946 artigos, 26 livros e 22 teses. Incluídos cinco ECR com 283 participantes. Quanto à avaliação dos desfechos educacionais nos 5 estudos, segundo Kirkpatrick, um estudo foi classificado no nível 4B, cinco no três, três no 2B, quatro 2A e três no nível 1. A média do MERSQI dos cinco estudos foi de 15,7 pontos. Quanto aos desfechos avaliados, foram definitivamente benéficos à participação no programa de desenvolvimento docente, conscientização de pontos fortes e problemas, assim como o desejo de avaliar e melhorar o método de ensino, alterando a forma de ensinar durante o período de atividade docente em que se encontravam, mudanças na avaliação, feedback e mudanças no aumento da retenção do aprendizado. As evidências disponíveis demonstram a efetividade dos programas de desenvolvimento docente na graduação dos cursos da área da saúde e justificam a criação de uma plataforma online.

Palavras-chave: Educação Superior; Ciências da Saúde; Revisão Sistemática; Educação a Distância; Desenvolvimento Docente

1 INTRODUÇÃO

Os docentes que adentraram para lecionar no ensino superior normalmente o fizeram por sua expertise numa determinada área de conhecimento, por sua atuação profissional e, geralmente, não apresentam formação especializada em ensino superior.

Uma revisão sistemática publicada por Steinert em 2006 (STEINERT *et al.*, 2006), que incluiu as publicações feitas sobre desenvolvimento docente no período de 1980 a 2002, nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, ERIC e EMBASE, identificou 2.777 resumos e 53 artigos preencheram os critérios de inclusão. Desses, apenas oito estudos foram classificados como de alta qualidade, sendo que seis eram estudos controlados randomizados, 47 estudos quase-experimentais, dentre os quais, 31 utilizaram um desenho de estudo tipo série de casos com pré e pós-teste. Apesar das inúmeras limitações metodológicas que fazem com que os resultados sejam avaliados com muita cautela, de um modo geral, o nível de satisfação com os programas de desenvolvimento docente foi alto, com bom nível de aceitação dos participantes, considerados úteis e que atingiram seus objetivos.

Os participantes fizeram relatos de mudanças positivas em seus comportamentos e na sua prática de ensino, ganhos em habilidades de ensino, mudanças estas identificadas pelos alunos também. Entretanto, não foram identificadas nos estudos, mudanças nas práticas organizacionais e de aprendizagem dos alunos. Por outro lado, relataram maior envolvimento dos docentes e estabelecimento de uma rede profissional (*networks*).

Com base nessa RS de Steinert e complementada por uma busca exaustiva da literatura sobre o assunto os autores deste capítulo identificaram a necessidade de realizar uma revisão sistemática de estudos controlados randomizados sobre programas de desenvolvimento docente desenvolvidos em Instituições de Ensino Superior em Saúde para docentes que atuam na graduação. A partir desta revisão, elaborar uma ferramenta *online* que possa ajudar a fomentar uma maior discussão entre os programas de desenvolvimento docente das instituições de ensino nacionais e dos países de Língua Portuguesa. Possibilitar uma troca maior de informações entre docentes de diferentes regiões do país, além disso, promover acesso aos projetos que estão em desenvolvimento nas instituições tentando viabilizar estudos multicêntricos. Propiciar que num mesmo lugar, aqui sendo referido o "universo virtual", num instrumento intitulado "Plataforma Interativa de Desenvolvimento Docente dos Países de Língua Portuguesa – PIDDS/PLP" onde os docentes possam se relacionar em uma rede virtual que possibilite identificar o que está sendo desenvolvido e discutido sobre desenvolvimento docente em saúde nos países de Língua Portuguesa.

2 REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE DESENVOLVIMENTO DOCENTE EM PROFISSÕES DA SAÚDE

O estudo foi desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

A amostra constou de estudos controlados randomizados que avaliaram a utilização de programas de desenvolvimento docente na graduação em Instituições de Ensino Superior em Saúde.

Os participantes que compunham os estudos eram docentes que participavam de programas de desenvolvimento docente institucional dos cursos de graduação em Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Foram incluídas todas as formas de intervenções utilizadas nos programas de desenvolvimento docente, isoladas ou combinadas e fornecidas para todos os participantes dos estudos.

Os desfechos primários avaliados foram: benefícios do programa de desenvolvimento docente para o professor, satisfação de ensinar, avaliação de melhorias dos métodos de ensino, alteração dos métodos de ensino e conscientização de pontos fortes e fracos no ensino. Os desfechos secundários avaliados foram, avaliação subjetiva global do docente, avaliação subjetiva global do discente e avaliação subjetiva da instituição.

Foram feitas buscas nas bases de dados, utilizando as estratégias iniciais de buscas via MEDLINE, EMBASE da versão inicial da Revisão Sistemática de Steinert *et al*, 2006. MEDLINE via PubMed (1948 a 16 janeiro de 2014), EMBASE via Elsevier (1980 a janeiro de 2014); Portal de Pesquisa BVS – LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde via formulário IAHX / IBECS – Índice Bibliográfico da Espanha em Ciências da Saúde / BDEF – Biblioteca da Enfermagem / COCHRANE (1982 a 16 janeiro de 2014), ERIC via Web (1964 a 16 de Janeiro de 2014) e BEME (2000 a 16 de Janeiro de 2014).

Não houve restrição de idiomas e foram utilizados filtros para identificar estudos controlados randomizados. Também foram realizadas buscas nas listas de referências dos artigos.

A metodologia planejada para a coleta e análise dos dados foi baseada nas recomendações do *Handbook Cochrane* para Revisões Sistemáticas de Intervenções (HIGGINS; GREEN, 2011) e pelas recomendações da BEME Collaboration (*Best Evidence Medical and Health Professional Education*).

A seleção dos estudos foi feita por dois revisores independente e qualquer discordância foi discutida e resolvida em consenso e, quando necessário, um terceiro revisor era incluído para solucionar as divergências.

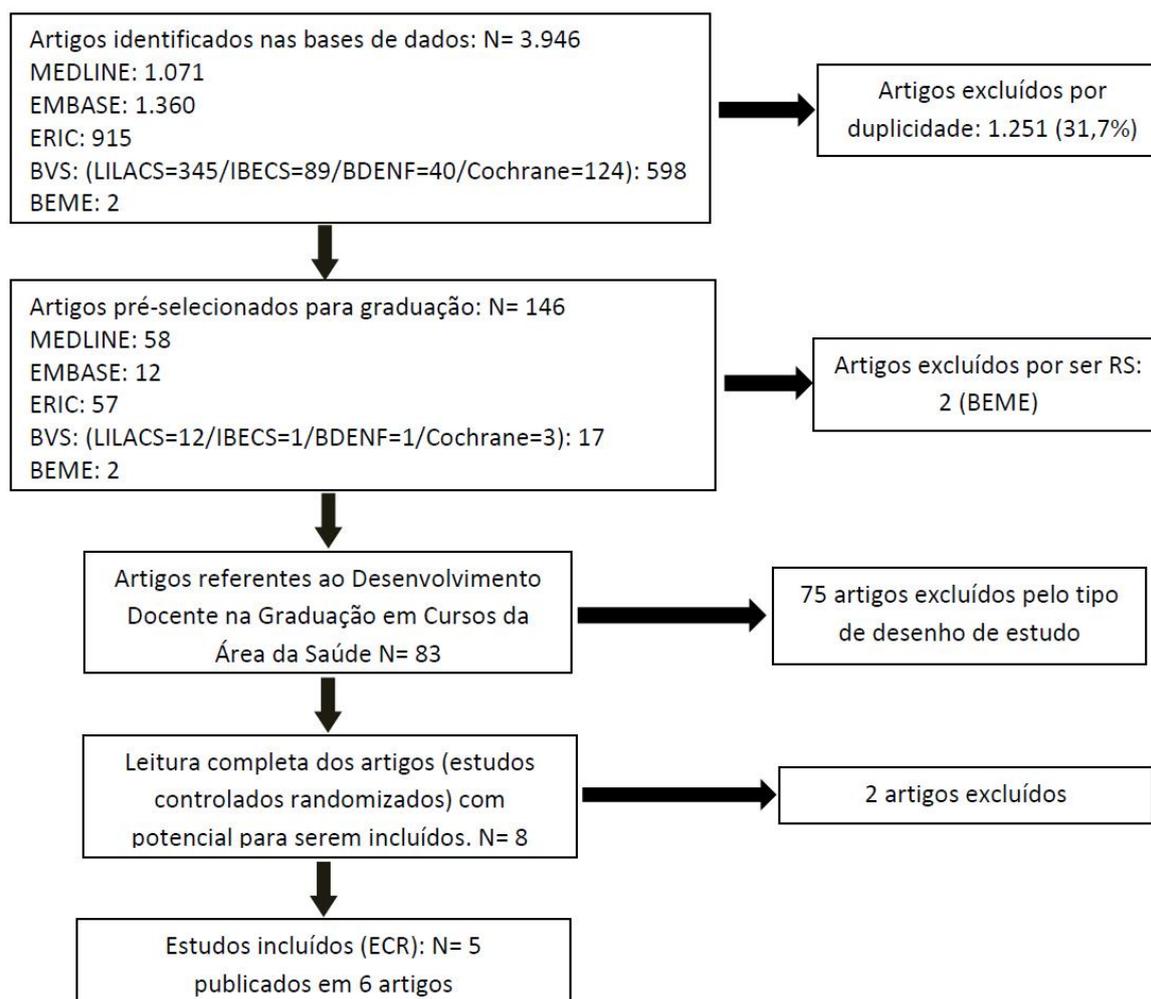
O modelo de Kirkpatrick (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2006) foi utilizado para analisar e classificar os desfechos dos estudos incluídos nesta revisão.

Segundo as recomendações da “*Cochrane Collaboration*” (HIGGINS; GREEN) (CARVALHO; SILVA; GRANDE, 2013), dois revisores independentes avaliaram o risco de viés de cada estudo incluído. Quando necessário, discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor. Os domínios geração da sequência aleatória; ocultação de alocação; viés de performance; viés de detecção; viés de atrito; viés de relato e outros vieses, foram avaliados como risco de viés.

A avaliação da qualidade dos estudos incluídos foi realizada pelo *Medical Education Research Study Quality Instrument* (MERSQI) (REED *et al.*, 2007).

Para a avaliação das medidas do efeito da intervenção, os dados dos desfechos dicotômicos foram expressos como Risco Relativo (RR), com 95% de Intervalo de Confiança (IC 95%). Para os dados dos desfechos contínuos, as Diferenças Médias (MD) os estudos utilizaram o mesmo instrumento de avaliação. Entretanto, se os estudos primários avaliaram a mesma variável através de escalas diferentes, foi planejado o uso da Diferença Média Padronizada (SMD). Os efeitos estimados foram relatados junto com 95% de intervalo de confiança. A unidade de análise foi baseada no docente individual.

Como resultado da pesquisa em bases de dados realizada em 16 de janeiro de 2014, foi identificado um total de 3.946 artigos nas seguintes bases de dados: MEDLINE (1071), EMBASE (1360), ERIC (915), Portal de Pesquisa BVS (598) sendo: LILACS (345), IBECs (89), BDNF (40), Cochrane (124), e BEME (2). Após a exclusão das duplicatas e referências obviamente inelegíveis, 83 artigos foram selecionados. Desses, 75 foram excluídos porque claramente não eram estudos controlados randomizados. Foram obtidos os textos completos dos oito artigos elegíveis com potencial para serem incluídos. Após a leitura, cinco estudos foram identificados em seis artigos que foram incluídos nesta revisão e cujo fluxograma encontra-se a seguir (Figura 1):

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão

Foram incluídos cinco estudos controlados randomizados oriundos da língua inglesa e relativos a programas de desenvolvimento docente para educadores médicos.

O estudo de Skeff (1983) teve a participação de 64 médicos clínicos assistentes do departamento de medicina e neurologia da Stanford University Hospital e Palo Alto Veterans Administration Medical Center. Quarenta e sete desses participantes eram professores com dedicação exclusiva e 17 atuavam em clínicas privadas. Trinta e seis ensinavam medicina clínica e 28 ensinavam subespecialidades. Os médicos clínicos assistentes foram divididos randomicamente em quatro grupos de 16 cada. O primeiro grupo denominado de intensivo *feedback*, o segundo chamado videoteipe controle, o terceiro grupo identificado como grupo questionário *feedback* e finalmente o grupo questionário controle. Não há descrição do método utilizado para gerar a randomização e nem o método de ocultação da alocação. Os avaliadores estudantes e da equipe de saúde eram cegos. O estudo comparou quatro intervenções: dois métodos de *feedback* foram utilizados para avaliar o desempenho dos professores no ensino. O primeiro foi definido como método intensivo de *feedback* que incluía revisão de videoteipe,

questionário de *feedback*, questionário de autoavaliação e uma reunião com um pesquisador no meio e no final do período de rodízio. No segundo grupo, denominado videoteipe controle, os participantes eram filmados em cada rodízio, mas não eram submetidos a questionários de *feedback* e de autoavaliação e não participavam da reunião com o pesquisador. O terceiro incluía apenas questionário de *feedback*, sem videoteipes ou questionário de autoavaliação. Finalmente, o quarto grupo era avaliado pela equipe de avaliação sem serem submetidos a qualquer tipo de reunião ou filmagem. O desfecho analisado foi a melhora do desempenho dos indivíduos a partir da comparação dos questionários aplicados na pré e pós-intervenção.

Em um estudo publicado por Skeff *et al.* (1984) e complementado em outra publicação (Skeff *et al.*, 1986), quarenta e seis médicos clínicos participaram da pesquisa pertencente a quatro instituições de ensino: *Santa Clara Kaiser Hospital*, *San Francisco Veterans Administration Hospital*, *San Francisco General Hospital* e Departamento de Pediatria do *Stanford University Hospital*. Não havia diferença estatisticamente significativa entre o grupo experimental e controle na distribuição destas variáveis. Os participantes foram divididos randomicamente em dois grupos, sendo que 25 foram alocados para grupo seminário e 21 foram para grupo controle sem intervenção. Não há descrição do método utilizado para gerar a randomização e nem o método de ocultação da alocação. O grupo intervenção consistia em seminário de discussões. Esses indivíduos eram submetidos a um questionário de autoavaliação antes da intervenção. Durante os seminários outro questionário era aplicado. Duas semanas e seis meses após o rodízio, os indivíduos responderam a um questionário pós-rodízio. Além dos questionários, os indivíduos do grupo intervenção foram submetidos a filmagens. O grupo controle não recebeu nenhuma intervenção. A avaliação dos desfechos consistiu na melhora do desempenho dos indivíduos a partir da comparação dos questionários aplicados no pré e pós-intervenção. O mesmo estudo teve uma nova publicação em 1986, quando foram apresentados os resultados positivos do impacto do método sobre o desempenho dos professores médicos assistentes no ensino e nas atitudes destes frente ao ensino, bem como a aprendizagem dos estudantes e dos membros da equipe de saúde.

Schum e Yindra (1996) avaliaram se a frequência de um *feedback* sistemático escrito para o corpo docente melhoraria seu ensino em ambientes clínicos. Quarenta e quatro pediatras do corpo docente do *Medical College of Wisconsin* participaram desse ECR em 1987 e 1988. A hipótese dos autores foi baseada nas premissas de Argyris e Shon (1996) sobre reflexão em ação, onde eles acreditavam que a revisão das avaliações obtidas junto aos alunos melhoraria as suas habilidades de ensino levando a um aumento nas pontuações dos itens das características de ensino avaliadas. Durante os seis meses iniciais e nos 12 meses subsequentes, os docentes eram avaliados por residentes e estudantes em nove características

de ensino e uma avaliação global de eficácia usando uma escala *Likert* de 7 pontos. A partir do sexto mês, os sujeitos foram aleatoriamente divididos em dois grupos, sendo 25 no grupo controle e 23 no grupo de intervenção. Posteriormente, com a saída de dois elementos de cada grupo, restou 23 e 21 sujeitos respectivamente. Após os seis meses iniciais de base, nos 12 meses subsequentes, o grupo intervenção com 21 sujeitos passou a receber a cada dois meses por e-mail feedback direto, enquanto os professores do grupo controle eram avaliados, apenas o sumário e suas avaliações eram colocados em suas pastas. Os relatórios de *feedback* continham as médias para cada característica avaliada e a avaliação global, sendo que os pontos fortes eram acompanhados por palavras de incentivo e as avaliações ainda consideradas fracas ou para melhoria eram assinaladas. Uma página, na forma de sumário, explicativa sobre como interpretar os dados com informações sobre fontes disponíveis para consulta, era disponibilizada. Não houve diferença significativa entre as avaliações dos dois grupos durante os seis meses iniciais de base.

No estudo de Litzelman *et al.*, (1998) foram avaliados os efeitos benéficos e os prejudiciais em utilizar *feedback* aumentado no desempenho do ensino clínico. O propósito foi avaliar se as habilidades para o ensino clínico poderiam ser melhoradas com um *feedback* aumentado das avaliações colhidas junto aos alunos. O estudo incluiu 42 médicos assistentes, 39 residentes e 110 estudantes da *Indiana University School of Medicine*. Formaram-se 16 equipes compostas por dois professores (um médico assistente + um residente) + dois internos + quatro estudantes do 3º ano.

Potencial deterioração na *performance* no ensino requer uma reconsideração quanto à distribuição das avaliações dos alunos para professores que tiveram baixo desempenho nas avaliações de baseline.

No estudo de Johansson, Skeff e Stratos (2012) foram incluídos 48 médicos clínicos da *Uppsala University Hospital (Department of Surgical Sciences)*. Os autores avaliaram a dramatização em um ECR em um programa de desenvolvimento docente seguindo os princípios do curso do programa de desenvolvimento docente da Universidade de Stanford. O estudo foi elaborado para investigar o relativo impacto da dramatização como uma técnica instrucional dentro de um curso de desenvolvimento docente para facilitar mudanças de comportamento do professor no ensino. De janeiro de 2009 a abril de 2010, seis cursos de desenvolvimento docente foram realizados no *Uppsala University Hospital* na Suécia, para 48 médicos de diferentes departamentos. Esses cursos foram oferecidos em dois formatos: formato padrão, com dramatização, e, no alternativo, sem dramatização. Na forma padrão, o curso incluía como métodos instrucionais palestras curtas, discussão em pequenos grupos, revisão de vídeos reencenados, exercícios de dramatização e a definição de metas pessoais relativas ao ensino.

Na forma alternativa, o curso era oferecido com os mesmos métodos instrucionais da forma padrão, porém sem a dramatização, sendo esta substituída por leitura de material instrucional. Vinte e nove comportamentos específicos no ensino foram avaliados por intermédio de autoavaliação pós-curso e retrospectiva pré-curso para verificar os efeitos do curso no desempenho do ensino do professor. A hipótese testada foi que os professores participantes do grupo intervenção que utilizaram a dramatização deveriam apresentar um aumento dos comportamentos de ensino nas autoavaliações superiores ao do grupo controle. Os participantes foram divididos randomicamente em dois grupos para receberem dois tipos de cursos, um denominado padrão e outro alternativo. Não há descrição do método utilizado para gerar a randomização. O sigilo da alocação foi feito por meio de envelope selado. Os avaliadores não eram cegos. O curso consistia em sete aulas de duas horas de duração cada. A apresentação 'padrão' das sessões de duas horas inclui uma breve 'mini-palestra' com intuito de aumentar o conhecimento dos participantes. Discussões foram gravadas em vídeo com encenações de cenários clínicos reais para melhorar as habilidades dos participantes em analisar o processo de ensino e exercícios do tipo *role-play* ou dramatização foram gravados para que os participantes pudessem identificar e praticar o método de ensino esperado.

A intervenção alternativa consistiu na substituição da etapa *role-play* por uma hora de atividade de leitura de material didático relacionado à educação. As avaliações foram realizadas por meio de questionários aplicados de forma retrospectiva pré e pós-intervenção em relação ao clima durante o processo de aprendizagem, controle da sessão, objetivos de comunicação, promoção da compreensão e retenção do conteúdo, avaliação, feedback e, finalmente, promoção da aprendizagem autodirigida.

A avaliação do risco de viés dos estudos incluídos está apresentada na figura 2.

Figura 2 – Resumo do julgamento dos revisores sobre cada domínio do risco de viés para cada estudo incluído

	Viés de Seleção: Geração de sequência aleatória	Viés de Seleção: Ocultação de alocação	Viés de Performance	Viés de Detecção	Viés de Atrito	Viés de Relato	Outros Viéses
Skeff, 1983	●	●	●	●	●	●	●
Skeff <i>et al.</i> , 1984 e 1986	●	●	●	●	●	●	●
Schum e Yindra, 1996	●	●	●	●	●	●	●
Litzelman <i>et al.</i> , 1998	●	●	●	●	●	●	●
Johansson <i>et al.</i> , 2012	●	●	●	●	●	●	●

Legenda:

Círculos coloridos para identificar os diferentes riscos de viés

- Alto risco de viés
- Risco de viés incerto
- Baixo risco de viés

A avaliação dos desfechos educacionais baseada no modelo de Kirkpatrick (KIRKPATRICK; KIRKPATRIC, 2006) está apresentada na Figura 3.

Figura 3 – Resumo do julgamento dos revisores sobre avaliação dos desfechos educacionais baseada no modelo Kirkpatrick

Estudos	1	2A	2B	3	4A	4B
Skeff, 1983	X	X		X		
Skeff <i>et al.</i> , 1984 e 1986	X	X	X	X		X
Schum e Yindra, 1996		X	X	X		
Litzelman <i>et al.</i> , 1998				X		
Johansson <i>et al.</i> , 2012	X	X	X	X		

Legenda:

- 1 Reação;
- 2A Aprendizagem: mudança de atitudes;
- 2B Aprendizagem: modificações de conhecimentos e habilidades;
- 3 Comportamento: mudanças de comportamento;
- 4A Resultados: mudanças no sistema/prática educacional;
- 4B Resultados: mudanças entre os colegas participantes, estudantes e residentes.

A avaliação da qualidade dos estudos incluídos nesta revisão foi feita por meio do *Medical Education Research Study Quality Instrument (MERSQI)* (REED *et al.*, 2007). As pontuações obtidas variaram de 14 a 18 pontos. O estudo de Skeff (SKEFF, 1983) teve a maior pontuação possível pelo MERSQI. A média dos cinco estudos foi de 15,7 pontos o que ratifica a alta qualidade desses estudos.

Em relação aos efeitos das intervenções, podemos afirmar que os desfechos positivos relacionados aos programas de desenvolvimento docente avaliados nos estudos incluídos e que foram considerados definitivamente benéficos são os abaixo elencados:

1. Participação no programa de desenvolvimento docente, conscientização de pontos fortes e problemas, desejo de avaliar e melhorar seu método de ensino.
2. Participação no programa de desenvolvimento docente, alteração da forma de ensinar durante o período de atividade docente em que se encontravam, percepção de problemas no ensino, mudanças na avaliação, feedback e mudanças no aumento da retenção do aprendizado.
3. O desempenho de *baseline* é importante para orientar os professores que possam vir a se beneficiar de um *feedback* aumentado.
4. Programa de desenvolvimento docente foi altamente útil e levou a mudanças significantes no comportamento de ensino autorrelatado.

Uma recente atualização da Revisão Sistemática de Steinert *et al.* (2016) abrangeu 11 estudos publicados de 2002 até 2012. Os autores concluíram que a satisfação geral com programas de desenvolvimento docente foi alta, com relatos de maior confiança, entusiasmo e melhor percepção de práticas educacionais eficazes. Foi também observada nessa revisão que houve ganhos de conhecimentos, habilidade e mudanças autorreferidas em comportamentos de ensino. Houve aprimoramento das práticas de ensino, iniciativas novas, mais liderança e produção acadêmica. Podemos observar que os achados de Steinert corroboram com os resultados da nossa revisão e demonstram a importância de estratégias que possam melhorar e estimular a prática docente baseada em evidências.

3 PLATAFORMA INTERATIVA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE EM SAÚDE – PIDDS

A partir da revisão sistemática realizada e da nossa experiência em docência, foi desenvolvido o produto do mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde que é uma plataforma interativa *online* para desenvolvimento docente em saúde para países da Língua Portuguesa – a Plataforma Interativa de Desenvolvimento Docente em Saúde – PIDDS.

A PIDDS tem como objetivo ser um local virtual onde todos os interessados em desenvolvimento docente poderão trocar informações sobre docência, estratégias de ensino-aprendizagem, apresentar seus projetos de pesquisa, discutir suas pesquisas, situações específicas da prática diária, identificar estudos sobre a mesma temática, vídeos que exploram a docência em seus diferentes domínios, espaço de discussão, disponibilizar aulas, cursos, palestras, mesa-redonda, etc., tanto na forma ao vivo como gravada, etc.

A plataforma PIDDS é acessada na internet (rede mundial de computadores) no endereço eletrônico www.pidds.org. A plataforma apresenta uma área pública para acesso irrestrito aos seguintes locais: *home*, sobre PIDDS, agenda, galeria, notícias, *links*, informativo, comentários, fale conosco, convidados e a área para realização do cadastro. Existe também uma área de acesso restrito aos membros já cadastrados onde esses podem acessar mediante *login* e senha. Na área restrita temos acesso as seguintes sessões: sala de aula, galeria educadores, estudo de casos em educação, aulas, fóruns, temas livres, *e-posters*, biblioteca, *store*, perfil, teses, cursos, secretaria, *meeting point*, parlatorium, tecnologia, exposição (feira de produtos educacionais), PIDDS TV (com oito canais temáticos), vídeo *chat* e anfiteatro.

É uma plataforma interativa, de construção coletiva e continuada, com múltiplos olhares sobre a educação.

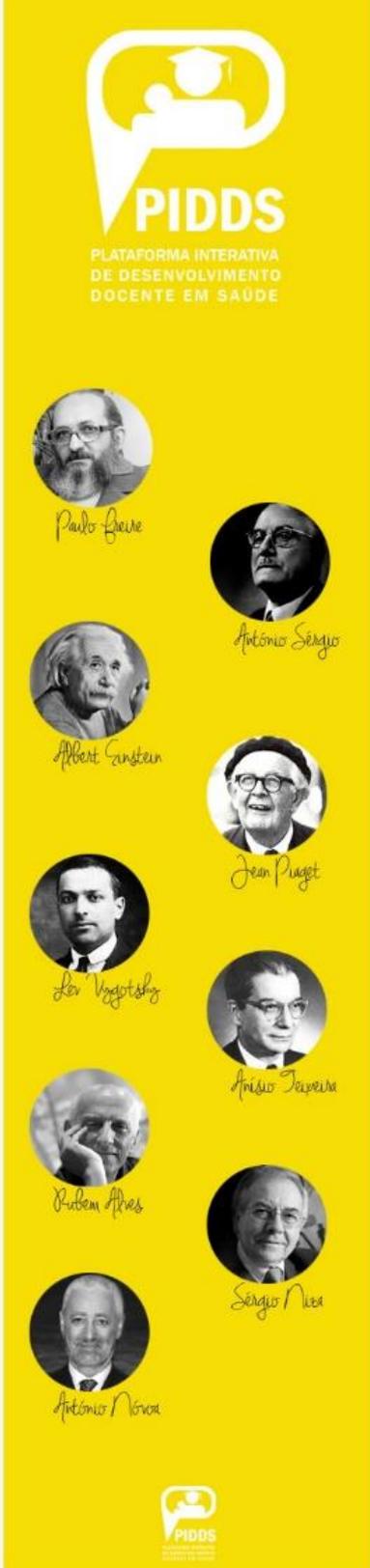
Pretende ser aperfeiçoada com a participação ativa dos docentes, para que realmente possa se tornar um espaço virtual que aproxime todos os que se interessam por esta temática.

A seguir, apresentam-se as Figuras de 4 a 16, a partir das quais ilustraremos algumas páginas da PIDDS, que pode ser acessada na íntegra no site em www.pidds.org.

Figura 4 – Página (*Home*): Página inicial do portal. No ápice temos os *links* para as páginas de redes sociais da PIDDS (*Facebook, Youtube, Google+, Twitter*) e a possibilidade de alterar o idioma. Logo abaixo, acesso ao *menu* (em destaque na cor azul o botão de *login*). Ainda no terço superior, temos uma área com *banners* que apresentam as principais atrações e ferramentas do portal. No terço central à esquerda temos seis *mini banners* com links para áreas específicas em destaque. À direita, temos uma área destinada às últimas notícias (associada a um serviço de RSS – *Rich Site Summary (RSS readers)*). No terço inferior, temos informações sobre a PIDDS TV e a programação de seus oito canais temáticos em educação, apresentando conteúdo em vídeo 24 horas ao dia. No canto inferior esquerdo, encontra-se o acesso aos termos de uso do portal (estes termos abordam toda a política para acesso e uso), onde os usuários somente têm seus cadastros efetivados se concordarem com os mesmos.

The image shows the home page of the PIDDS (Plataforma Interativa de Desenvolvimento Docente em Saúde) website. At the top, there are social media icons for Facebook, YouTube, Google+, and Twitter, along with a search bar and a 'Recomendar 17' button. The main navigation menu includes 'Home' (highlighted in blue), 'Sobre PIDDS', 'Agenda', 'Galeria', 'Notícias', 'Links', 'Informativo', 'Comentários', 'Fale Conosco', and 'Convidados'. A 'Login' button is also visible. Below the navigation is a large banner with a woman's face and the text 'Bem-vindo a PIDDS PLATAFORMA INTERATIVA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE EM SAÚDE'. The main content area is divided into several sections: a grid of six mini-banners for 'Docente faça seu cadastro na PIDDS', 'Instituições (IES) Façam seu convênio com a PIDDS', 'Docente Envie seu caso para estudo', 'Parlatorium Venha Participar', 'Canal 3 Avaliação', and 'TUDO ISSO E MUITO +'; a 'NOTÍCIAS' section with a list of recent news items; a 'CONFIRA A PROGRAMAÇÃO' section with eight video channel thumbnails (Canal 1: Fundamentos, Canal 2: Metodologia, Canal 3: Avaliação, Canal 4: E-Posters, Canal 5: Entrevistas, Canal 6: News, Canal 7: Professores, Canal 8: Tecnologia); and a 'PIDDS TV' section with a 24-hour live stream. The footer contains the text 'PIDDS - Plataforma Interativa de Desenvolvimento Docente em Saúde' and 'Plataforma Interativa 4.0 by WebTV Interativa © 2020'.

Figura 5 – Página de cadastro: local com os campos a serem preenchidos para cadastramento no portal.



PIDDS
PLATAFORMA INTERATIVA
DE DESENVOLVIMENTO
DOCENTE EM SAÚDE

Português - Alterar idioma



Cadastro no Portal Exclusivo para Docentes na área da Saúde

Prezado Docente, preencha este cadastro de forma COMPLETA e com dados VERDADEIROS. Cadastros preenchidos de forma INCOMPLETA ou com dados não REAIS serão DESATIVADOS! Obrigado!

[Voltar para Home](#)
 Curtir 2
 Compartilhar
 Share
 Tweetar

Dados para Registro * - Obrigatório

IMPORTANTE: Os dados do seu cadastro são para uso exclusivo na PIDDS e serão mantidos com o maior rigor em absoluto sigilo.

Pais *

Estado *

Cidade *

Instituição IES *

Marque se o nome de sua Instituição não foi localizado na lista acima

Sexo * Masculino Feminino

Selecione sua profissão *

Titulação *

Nome Completo *

Endereço *

Complemento

Bairro *

CEP *

Telefone 1 *

Telefone 2

Celular

Data de Nascimento *

CPF *

E-Mail *

Repetir o e-mail *

Senha *

Repetir a senha *

LI e aceito o termo de privacidade disponível aqui.

Gostaria de receber e-mails informativos sobre novidades, aulas, notícias, newsletters, eventos, etc. relacionados ao portal.

Não sou um robô

reCAPTCHA
Privacidade - Termos

[Voltar para Home](#)
[Efetuar Cadastro](#)

Figura 6 – Página (Agenda): Espaço apresentando calendário de eventos em educação.



Figura 7 – Página (Notícias): Local apresentando as notícias do portal.



Figura 8 – Página (*Links*): Ponto apresentando *links* interessantes na área de educação.

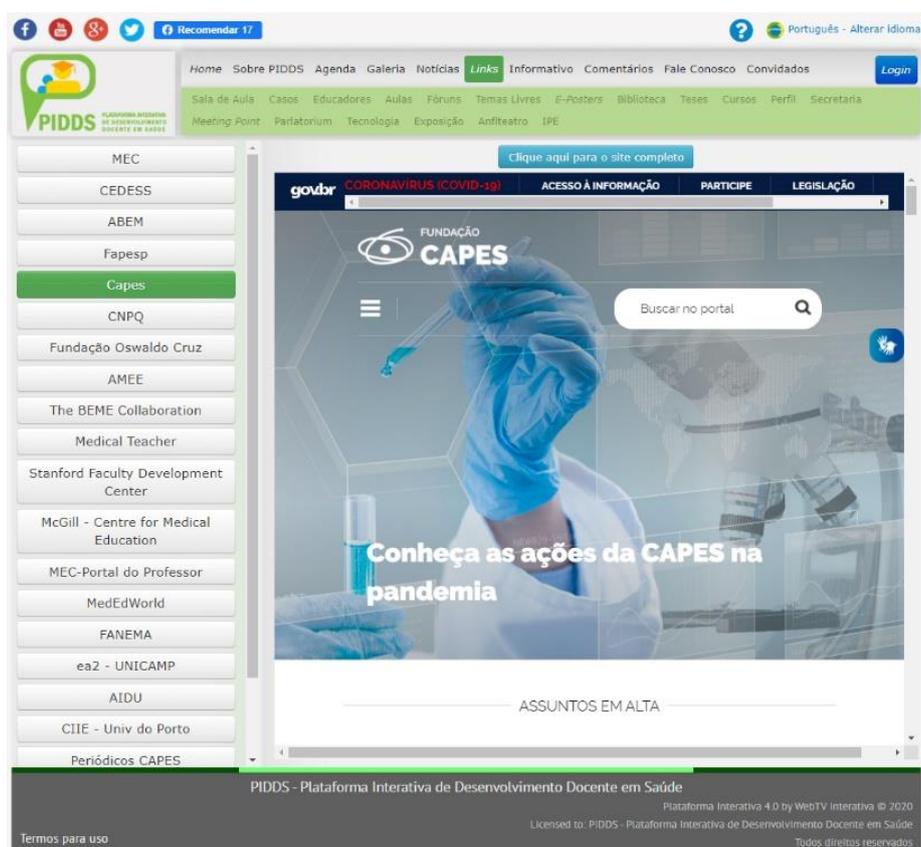


Figura 9 – Página (*Suporte*): Espaço com informações e *links* para suporte Windows, Mac e Linux. Em todas as páginas da PIDDS, o usuário encontra um botão ajuda com suporte via *web* 24 horas.

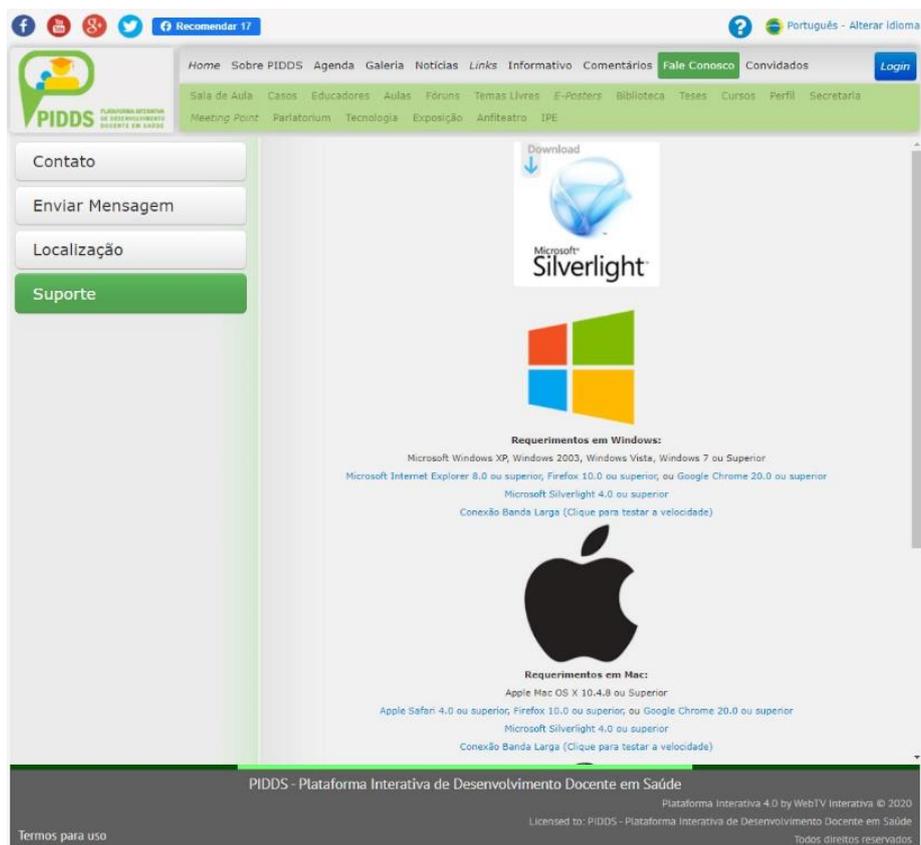


Figura 10 – Página (*Home*): Após realizado *login*, o usuário chega a esta página *home* com ícones para as principais áreas do portal (ícones maiores facilitam a navegação em tablets e smartphones). Observa-se que em todas as páginas ao lado do logo da PIDDS encontramos o logo da instituição a qual o docente está vinculado.

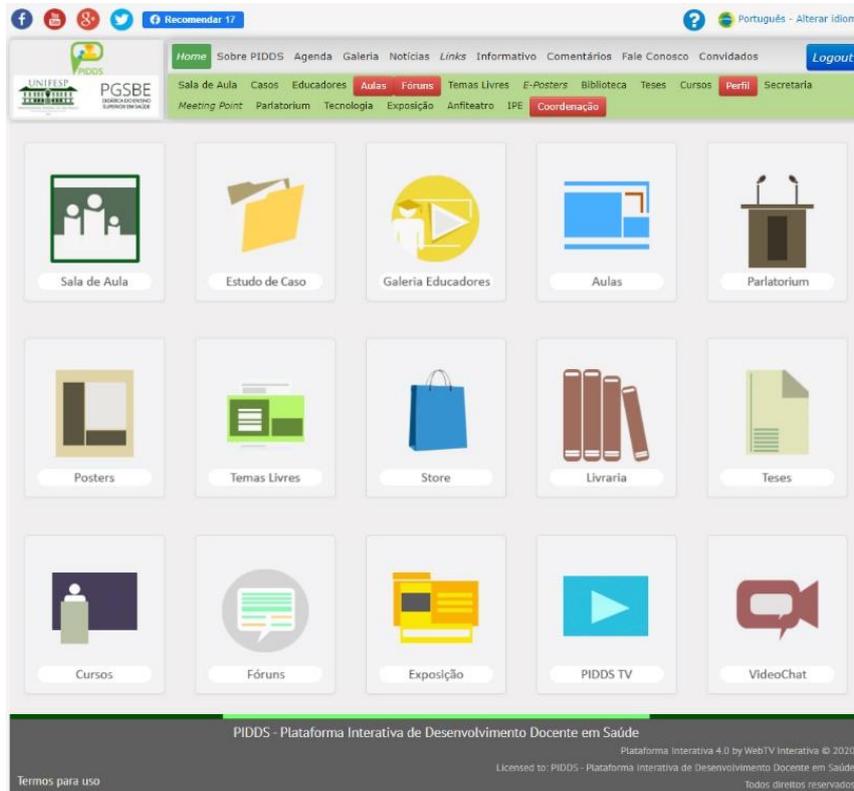


Figura 11 – Página (Sala de aula): Espaço com conteúdos voltados para a sala de aula e seus desafios.

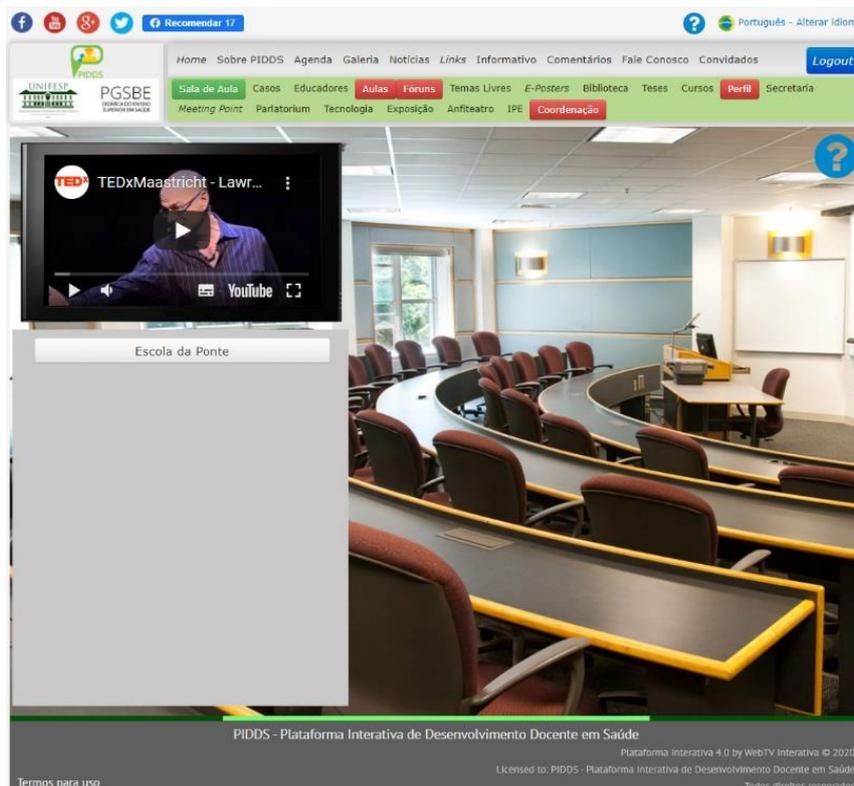


Figura 12 – Página onde as aulas ficam disponibilizadas: ambiente com filtros para facilitar as buscas de aulas, palestras e conferências disponibilizadas na PIDDS.

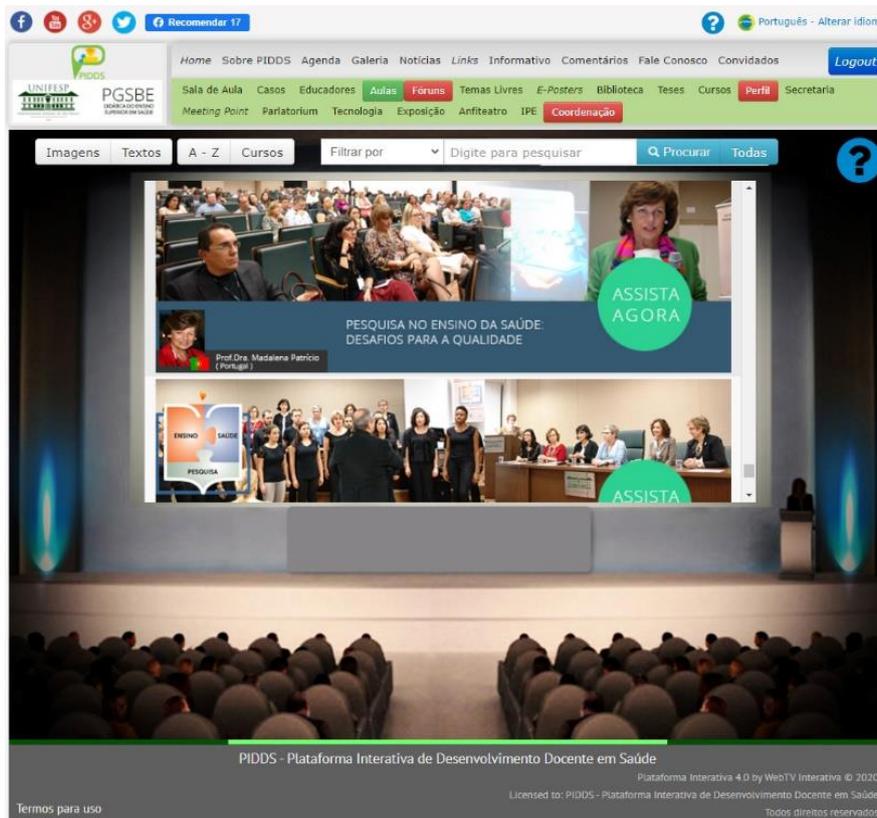


Figura 13 – Página dos fóruns: local para disponibilizar fóruns para discussão de temas de educação.

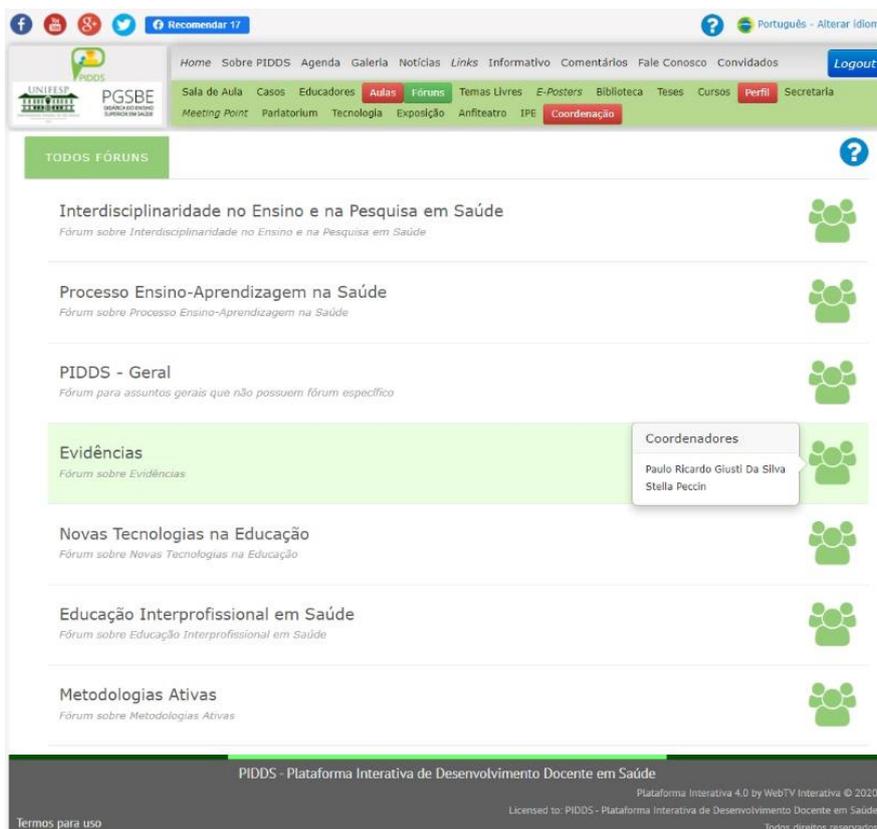


Figura 14 – Página sobre Tecnologia: ambiente onde são disponibilizadas informações sobre novas tecnologias aplicadas à educação.

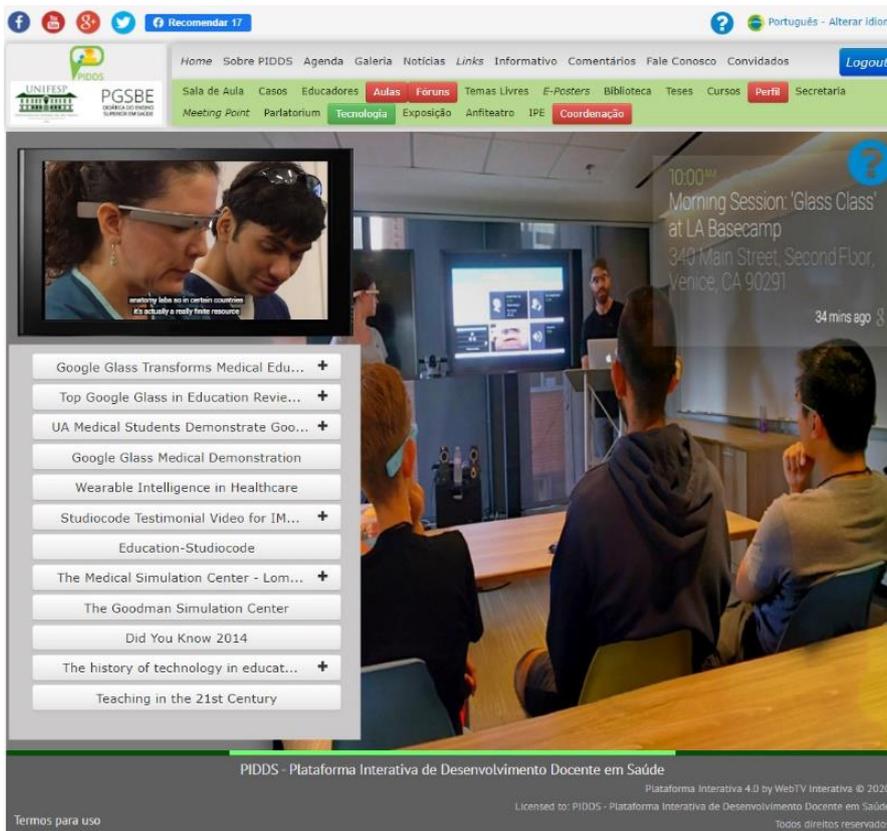


Figura 15 – Página (Anfiteatro): ambiente planejado para comunicações ao vivo com a comunidade ou ainda para deixar conteúdos e informações gravadas.

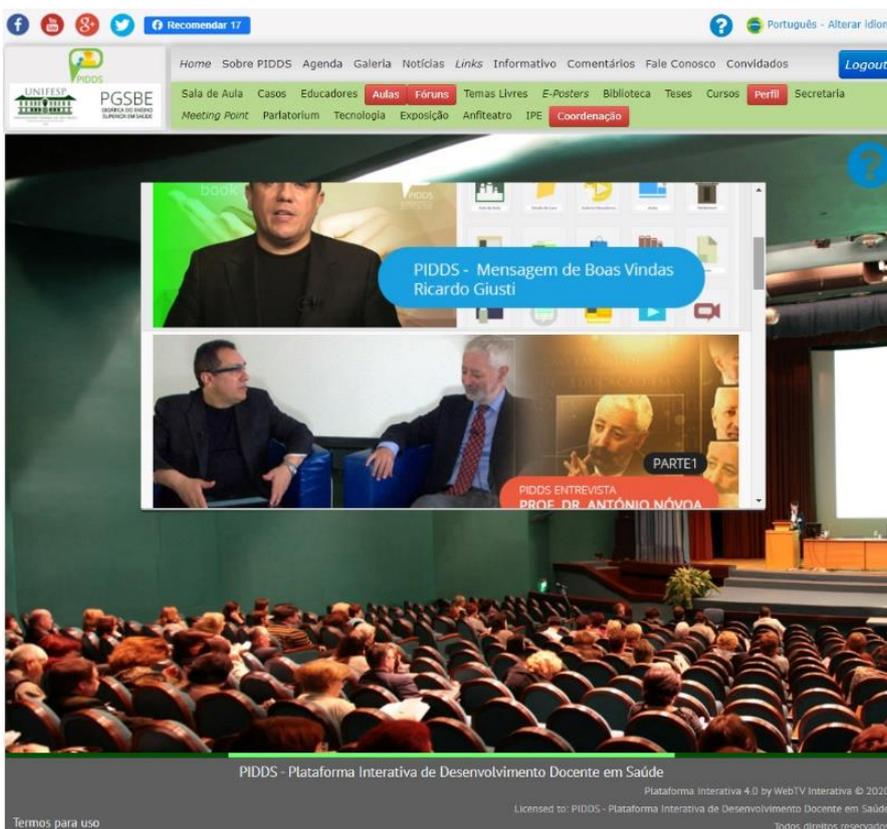


Figura 16 – Página (Portal administrativo/Apresentações): no portal administrativo, ferramentas desenvolvidas especialmente para acompanhar todas as atividades propostas para os membros cadastrados na PIDDS.

The screenshot displays the 'ADM Portal' interface for 'Apresentações PIDDS'. The main content is a table with the following columns: Nome, Professor, Projeto, Categoria, Data, Visível/Grátis, Editar, and Excluir. The table lists various presentations, with one row highlighted in yellow: 'A formação de professores para a aprendizagem e inovação social' by Antônio Novoa. The sidebar on the right contains a menu with items such as Assinaturas, Avaliações Apresentações, Cadastros, Comentários, Comentários Apresentações, Comp. Residentes, Educadores, Especialidades, Eventos, Galeria, Imagens Home, Instituições, Links, Moderadores, Newsletter, Notícias, Pagamentos, Portfólios, Professores, Programa Mensal, Projetos, Proj. Comprados, Serviços, and Tarefas.

Nome	Professor	Projeto	Categoria	Data	Visível/Grátis	Editar	Excluir
A Docência no Ensino Superior em Saúde	Ricardo Giusti	Didática no Ensino Superior - 2020	Aula	27/04/2015	Visível / Não		
A Educação Proibida		Video Aulas	Aula	05/12/2013	Visível / Sim		
A formação de professores para a aprendizagem e inovação social.	Antônio Novoa	Video Aulas	Aula	08/12/2014	Invisível / Não		
A Integralidade do cuidado na abordagem interprofissional	Profa. Dra. Sylvia Helena Batista	Curso de Atualização para Preceptores das Residências em Saúde	Aula	06/06/2015	Invisível / Não		
Abertura do 6 Seminário Internacional do CEDESS	Iraní Ferreira da Silva Gerab	VI Seminário Internacional do CEDESS	Aula	08/10/2014	Visível / Não		
Apresentação dos Trabalhos - Comunicação Oral	Iraní Ferreira da Silva Gerab	VI Seminário Internacional do CEDESS	Aula	10/10/2014	Invisível / Não		
Aula Expositiva	Stella Peccin	Didática no Ensino Superior - 2020	Aula	21/04/2016	Visível / Sim		
Avaliação	Ricardo Giusti	Didática no Ensino Superior - 2020	Aula	10/10/2017	Visível / Sim		
Avaliação Somativa 1	Ricardo Giusti e Stella Peccin	Didática no Ensino Superior - 2020	Aula	10/10/2017	Invisível / Não		
Avaliação Somativa 2	Stella Peccin e Ricardo Giusti	Didática no Ensino Superior - 2020	Aula	10/10/2017	Invisível / Não		
Clinica Ampliada	Profa. Dra. Stella Peccin	Curso de Atualização para Preceptores das	Aula	06/06/2015	Invisível / Não		

3.1 Utilização da PIDDS

A PIDDS tem sido utilizada em programas de pós-graduação, *lato sensu* e *stricto sensu* desde 2015. Abaixo apresentaremos alguns relatos dos usuários/professores.

Vale ressaltar a importância dessa plataforma para ajudar no nosso aprendizado seja como aluno ou como docente e, com certeza usarei dessa plataforma na minha prática docente. Aproveito o ensejo para parabenizá-los pela brilhante Disciplina que foi ministrada. Confesso que as aulas me prendiam a atenção por serem muito claras e entusiasmantes. Carregarei para a vida todo o aprendizado que este Curso me proporcionou.

A disciplina foi excelente. Cumpru o seu papel, conseguiu instigar os alunos a estudar em tão pouco tempo. Excelente material disponibilizado. A plataforma é extraordinária! as aulas curtas favorecem a visualização pelos alunos. Fácil navegação e bem intuitiva.

Acho que temos poucas aulas presenciais, por isso vocês passaram aulas pela plataforma (que também é uma técnica). Aliás achei a plataforma demais! Muito bem elaborada, moderna, clean. Maravilhosa. Percebo que os professores são

empenhados, com capacitação excelente e obviamente ótima didática. E novamente digo que o ambiente online é muito interessante.

A plataforma foi um facilitador para o meu aprendizado, pois os temas foram expostos de forma clara e objetiva e após as discussões realizadas em sala de aula, o conteúdo pôde ser mais facilmente absorvido. Outra vantagem a meu ver da plataforma de aprendizagem, é que nos casos de dúvidas posteriores, as aulas permanecem disponíveis para futuras consultas.

Achei a plataforma PIDDS uma ferramenta muito importante e interessante, a medida que estimula os alunos no aprendizado em casa ou até mesmo durante uma folga no horário de trabalho!

Aprendi muito neste módulo. A plataforma PIDDS foi excelente para o meu aproveitamento do curso, muito bem organizado e fácil de entender.

Gostei da plataforma, ela acrescentou muito positivamente e deu mais dinamismo ao curso.

O ambiente da plataforma PIDDS nos deixa à vontade para navegar e descobrir várias funcionalidades e ferramentas necessárias à transformação acadêmica pessoal, facilitada pela interface clara e objetiva. Ela nos dá oportunidade de ver e rever, anotar, discutir, tirar dúvidas e realizar avaliações.

A plataforma PIDDS é realmente sensacional. Uma forma dinâmica de estar em contato com os professores com total liberdade de expressar nossa opinião, tirar dúvidas e ter essa relação de forma horizontal.

Graças ao estímulo da técnica de sala de aula invertida adotado pelos professores, dediquei muito mais tempo do que inicialmente havia me proposto para tal. Uma grande carga teórica nos foi apresentada de maneira inovadora e eficiente. A PIDDS representa uma ferramenta espetacular de ensino, interação e avaliação docente. Com certeza ela está centrada no sucesso da disciplina e no alto feedback recebido pelos professores.

Gostei muito do ambiente online, achei bem interessante e inovador, valeu muito a pena!!!

A Plataforma PIDDS tem grande potencial. Acho que ela reúne tudo que é interessante para agrupar pessoas interessadas no tema. Ela me parece de utilização fácil. Acessei por diferentes plataformas e a compatibilidade é muito boa.

A estratégia utilizada na disciplina é muito inovadora e interessante, parabéns! De forma geral, a plataforma é uma ferramenta maravilhosa, gostei muito. Mais uma vez, parabéns!

Reconheço que tiveram imenso trabalho para montar todas as aulas e apresentá-las de forma didática e compreensível para nós. Estão de parabéns. Se não tivesse o auxílio desta plataforma, seria impossível dar estas aulas e aprender (e reter) alguma coisa em apenas 5 encontros.

A disciplina me estimulou a continuar estudando e me demonstrou sites, plataformas e programas que podem nos ajudar nessa jornada. Quanto a plataforma, fiquei impressionado com a mesma.

Achei interessante a abordagem da disciplina no ambiente online da plataforma PIDDS. Foi algo realmente novo para mim. Já que a disciplina dispunha de pouco tempo dentro da grade curricular, achei que foi uma forma interessante de otimizar o tempo disponível nas aulas presenciais.

Esforcei-me ao máximo para acompanhar as atividades (aulas da plataforma PIDDS). Vale ressaltar a importância dessa plataforma para ajudar no nosso aprendizado seja como aluno ou como docente e, com certeza usarei essa plataforma na minha prática docente.

Quero parabenizar os professores pela plataforma PIDDS. Achei uma incrível ferramenta para o nosso aprendizado. Gostei bastante da ideia e da praticidade. A opção de reunir tantos assuntos relevantes para a didática em saúde. Temas tão atuais e acessíveis nos oferecem mais do que um curso, mas uma oportunidade de aprendermos mais e sempre sobre o ensinar.

REFERÊNCIAS

ARGYRIS, C.; SCHON, D. A. **Organizational Learning II: theory, method and practice**. Reading Addison-Wesley, 1996. p. 305

CARVALHO, A. P. V.; SILVA, V.; GRANDE, A. J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane **Diagn. tratamento**. São Paulo, Brasil. v.18, p. 38-44, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3444.pdf>.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions** Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

JOHANSSON, J.; SKEFF, K. M.; STRATOS, G. A. A randomised controlled study of role play in a faculty development programme. **Med Teach**, v. 34, n. 2, p. e123-8, 2012. ISSN 1466-187X. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22289010>.

KIRKPATRICK, D. L.; KIRKPATRICK, J. D. **Evaluating training programs**. 3 ed. San Francisco, Califórnia, USA.: Berret-Koehler Publishers, Inc., 2006.

LITZELMAN, D. K. et al. Beneficial and harmful effects of augmented feedback on physicians' clinical-teaching performances. **Acad. Med.**, v. 73, n. 3, p. 324-32, Mar 1998. ISSN 1040-2446. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9526460>.

REED, D. A. et al. Association between funding and quality of published medical education research. **JAMA**, v. 298, n. 9, p. 1002-9, Sep 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17785645>.

SCHUM, T. R.; YINDRA, K. J. Relationship between systematic feedback to faculty and ratings of clinical teaching. **Acad. Med.**, v. 71, n. 10, p. 1100-2, Oct 1996. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9177646>.

SKEFF, K. M. et al. Assessment by attending physicians of a seminar method to improve clinical teaching. **J. Med. Educ.**, v. 59, n. 12, p. 944-50, Dec 1984. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6502663>.

SKEFF, K. M. et al. Evaluation of the seminar method to improve clinical teaching. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 1, n. 5, p. 315-22, 1986 Sep-Oct 1986. ISSN 0884-8734. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3772621>.

SKEFF, K. M. Evaluation of a method for improving the teaching performance of attending physicians. **Am. J. Med.**, v. 75, n. 3, p. 465-70, Sep 1983. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6614032>.

STEINERT, Y. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education. **BEME Guide No. 8. Med Teach**, v. 28, n. 6, p. 497-526, Sep 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074699>.

STEINERT, Y.; MANN, K.; ANDERSON, B. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: **BEME Guide No. 40. Med Teach**, v.38, n. 8, p. 769-86, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2016.1181851>.

ATITUDE PROFISSIONAL: UMA COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA

Stella Maris Seixas Martins
Universidade Federal de Roraima
Centro de Ciências da Saúde
Boa Vista – RR

Antonio Carlos Sansevero Martins
Universidade Federal de Roraima
Centro de Ciências da Saúde
Boa Vista – RR

Rosana Aparecida Salvador Rossit
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A formação médica exige que o estudante desenvolva qualificações que vão além do domínio cognitivo e das habilidades psicomotoras, devendo incluir qualidades humanísticas como compaixão, cortesia, comportamento respeitoso, comunicação, capacidade de relacionar-se com outros profissionais, responsabilidade, confiabilidade, honestidade, qualidades estas essenciais na construção do profissionalismo médico. O capítulo apresenta um breve histórico sobre o profissionalismo médico, descrevendo suas competências dentro da construção curricular e as ferramentas que mais se adequam para sua avaliação.

Palavras-chave: ensino na saúde; formação médica; profissionalismo; avaliação; competências.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da atitude profissional é essencial para uma prática médica adequada e a maioria das pessoas, quer sejam leigos ou docentes, identifica comportamentos e atitudes que atendem às expectativas e às demandas do serviço médico. A formação médica atual exige que o estudante desenvolva qualificações que vão além do domínio cognitivo e das habilidades, devendo incluir qualidades humanísticas como: compaixão, preocupação com os direitos do paciente, cortesia e comportamento respeitoso, comunicação efetiva e habilidades interpessoais, responsabilidade e confiabilidade, honestidade, integridade e habilidade para conduzir o paciente (MARTINS, 2013).

A atitude é um complexo objeto de estudo da Psicologia Social, que comporta um grande número de definições, podendo ser referida como uma disposição pessoal que impulsiona o indivíduo a reagir favorável ou desfavoravelmente, uma maneira coerente de pensar e agir em relação às pessoas e acontecimentos ou um conjunto de crenças, sentimentos e comportamentos frente a um determinado objeto social.

A preparação de profissionais da saúde vai além do desenvolvimento de atitudes, incorporando ao conceito anterior, a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios do campo profissional, como iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática e trabalho em equipe, num conceito mais amplo de competência profissional. Assim, competência profissional seria um saber agir responsável, implicando saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional determinado e com reconhecimento pelos pares. Competências médicas são essenciais para a prática da medicina e configuram-se como a somatória de conhecimentos, habilidades, atitudes e qualidades pessoais (ALBANESE *et al.*, 2008).

Numa perspectiva histórica, os preceitos do profissionalismo médico vêm sendo definidos desde os tempos antigos: médicos na Grécia Helênica eram chamados a assinar o Juramento de Hipócrates (460-377 a.C.), contendo princípios éticos da prática como *primum non nocere* e altruísmo, prometendo um compromisso não só com o cuidado compassivo mas também com o serviço. Galeno (129-216 d.C.) foi referência dentro da medicina ocidental até o período da Renascença ao escrever que o bom médico praticaria sua profissão por amor à humanidade. A discussão sobre os preceitos da medicina sofre grande impacto quando Paracelsus (1493-1542) contraria os conceitos galênicos de elementos espirituais e humores, para princípios químicos como base ao tratamento das doenças, iniciando uma avalanche de descobertas sobre o funcionamento do corpo humano, dando ênfase a necessidade do conhecimento do corpo para

a atuação médica, conceitos que perduraram até a Revolução Industrial e durante a Era do Iluminismo.

No século XIX, o positivismo passa a ser a filosofia dominante e a ciência começa a transformar a medicina, tornando-a uma profissão mais efetiva e impulsionando o surgimento das associações médicas e do código de ética (CRUESS; CRUESS, 2009; HILTON; SOUTHGATE, 2007). Abraham Flexner (1866-1959), através do Relatório Flexner (1910), expandiu a definição de médico profissional para além do humanismo e serviço, com a adição da excelência e auto regulação como preceitos para sua formação, tendo a ciência como fundação para o bom tratamento médico. A perícia torna-se a responsabilidade fundamental para um bom médico, acima e além da compaixão e do compromisso com o cuidar (ARNOLD; STERN, 2006b).

Durante cerca de 60 anos as características rotuladas dentro do profissionalismo foram tidas como qualidades individuais e que não se enquadravam dentro do domínio cognitivo. A partir da década de 1970, a tendência à politização dos cuidados com a saúde, os conflitos de interesse sobre o mercantilismo e sua influência na prática médica, as ansiedades decorrentes dos litígios médicos, a perda da autonomia e respeito sentida pelos médicos e a frustração frente às mudanças do sistema de prestação de serviços de saúde nos países industrializados, suscitou a necessidade de uma discussão profunda sobre o tema profissionalismo, de tal maneira que se desenvolvesse um documento social que servisse para embasar o comprometimento do trabalho médico com o bem estar do paciente e com os dogmas básicos da justiça social (BLANK *et al.*, 2003).

No início da década de 1980, nos Estados Unidos, entidades de certificação de profissionais passam a se preocupar com preceitos do humanismo nas suas avaliações, tais como respeito, compaixão e integridade. O Conselho Americano de Medicina Interna (*American Board of Internal Medicine – ABIM*), cuja função é delinear as necessidades de aprendizado e a avaliação dos estudantes de medicina nos Estados Unidos, publica a “Carta do Médico”. O documento (FOUNDATION; MEDICINE, 2002) delinea os elementos fundamentais do trabalho médico:

- altruísmo (dar prioridade aos interesses do paciente);
- responsabilidade (ser responsivo aos pacientes, sociedade e profissão);
- excelência (esforço consciente do desempenho além das expectativas e comprometimento com aprendizado contínuo);
- dever (aceitação livre do comprometimento com o serviço);
- honra e integridade (ser justo, confiável, correto e aceitar a opinião de outrem); e,

- respeito pelos outros (pacientes e familiares, outros profissionais, estudantes e estagiários).

O Conselho de Acreditação para Educação Médica de Graduados (*Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME*) inclui temas inerentes ao profissionalismo na avaliação de programas de residência, delineados no “*Outcome Project*” da ACGME (1999): demonstração de respeito, compaixão e integridade; capacidade de resposta às necessidades dos pacientes e sociedade que sobressai ao interesse pessoal, responsabilidade com os pacientes, sociedade e com a profissão; e comprometimento com a excelência e desenvolvimento profissional; demonstração de compromisso com os princípios éticos relativos à prestação ou manutenção dos cuidados clínicos, confidencialidade da informação do paciente, consentimento informado e práticas comerciais; demonstração de sensibilidade e capacidade de atender à cultura do paciente, gênero e deficiências (SWING, 2007).

A partir da Primeira e da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, realizadas em Edimburgo, em 1988 e em 1993 respectivamente, os educadores da área médica no Brasil começaram a discutir sobre os parâmetros para as reformas curriculares e para a adequação da formação do médico às novas demandas sociais. Em consonância com as tendências internacionais, o Relatório Geral dos resultados da Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997), da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), apontou a necessidade de Reformulação do Modelo Pedagógico, compreendida em seu sentido amplo, abarcando a totalidade do processo de formação médica. As necessidades assistenciais passam a repercutir diretamente sobre o modelo de formação médica no Brasil e torna-se fundamental que esta formação seja realizada visando o modelo assistencial vigente no país (Sistema Único de Saúde – SUS), a atenção integral a saúde num sistema hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe. Do médico espera-se “a capacidade de atuar como agente de transformação social, de aprender a aprender, de aprender fazendo (educação permanente enfatizando técnicas de autoaprendizagem), conduta profissional e ético-humanística responsável, uso de novas tecnologias e práticas exercidas sobre bases científicas em evidências válidas” (MARANHÃO; SILVA, 2001, p. 155).

O desenvolvimento de estratégias dentro das escolas médicas, no sentido do direcionamento do ensino buscando o profissional com as características descritas, abre espaço ao desenvolvimento de currículos orientados por competências e não para a transmissão de conteúdos, onde as práticas educacionais procurem refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. A proposta é trazer a prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados

previamente estabelecidos. Desse modo, a competência, enquanto princípio de organização curricular, enfatiza a atribuição do “valor de uso” de cada conhecimento.

Nas últimas quatro décadas vêm ocorrendo dentro dos espaços acadêmicos e na sociedade de diversos países, debates sobre a necessidade de mudanças curriculares na educação médica, visando a uma formação mais humanista e resolutiva, assim como, modelos de avaliação e certificação mais consistentes. A adoção do modelo de competências por organismos relacionados à educação médica nos Estados Unidos e Europa e os progressos nos métodos de avaliação alavancaram e embasaram o processo de reestruturação curricular do curso de Medicina em diversos lugares do mundo.

No Reino Unido a integração do guia “*Good Medical Practice*” (2013), uma declaração sobre as responsabilidades do médico como profissional nas áreas do atendimento clínico, trabalho com colegas e probidade na prática médica, desenvolvido pelo *General Medical Council* (GMC), transformou-se no coração do currículo de escolas médicas daqueles países. (GENERAL MEDICAL COUNCIL, [s.d.]).

Os princípios de profissionalismo delineados no documento CanMEDS (2005) do *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, tem sido adotado como modelo para a implantação de modelos curriculares orientados por resultados naquele país e muitos outros (FRANK, 2005).

As competências gerais listadas no “*Outcome Project*” (ACGME, 1999) tornaram-se a linguagem comum para definição de competência médica e dos princípios organizacionais para educação de médicos em treinamento nos Estados Unidos (SWING, 2007).

No Brasil, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), foram estabelecidas as competências e habilidades necessárias à boa formação médica, os conteúdos necessários à adequada formação profissional dos estudantes de graduação em medicina e detalhes sobre estrutura curricular das escolas médicas. Ênfase é dada para que a organização do currículo seja centrada no estudante, com base na comunidade, utilizando metodologias ativas de aprendizagem, diferentes cenários de ensino-aprendizagem, enfoquem a integração, a interdisciplinaridade e a inclusão das dimensões éticas e humanísticas da atenção à saúde individual e coletiva (BRASIL, 2001).

Na construção de currículos orientados por competência é necessária uma seleção cuidadosa de conteúdos que possam ser mobilizados nas mais diversas situações do cotidiano médico, devendo refletir a vida profissional e sua relação com o mundo do trabalho e a sociedade como um todo. Ainda que lance mão de uma organização disciplinar, deverá haver uma integração entre as diversas disciplinas e suas relações, assim como, espaço para se pensar o conhecimento e sua inserção no cotidiano acadêmico, fazendo o aprender de forma inovadora,

significativa, criativa, crítica e reflexiva. Os elementos da educação orientada por competências são melhores compreendidos quando contrastados com os elementos do sistema educacional tradicional baseados em processos. O Quadro 1 apresenta estas características.

Quadro 1 – Elementos da educação orientada por competências e do sistema educacional tradicional baseados em processos

ELEMENTOS	PROGRAMA EDUCACIONAL	
	Baseado no processo e estrutura	Orientado por competências
Força propulsora do currículo	Conteúdo – aquisição de conhecimento	Resultados – aplicação do conhecimento
Força condutora do processo	Professor	Aluno
Forma de organização e fluxo do aprendizado	Hierárquica – professor – aprendiz	Não hierárquica – professor ↔ aprendiz
Responsabilidade sobre o conteúdo	Professor	Professor e aprendiz
Objetivo do encontro educacional	Aquisição de conhecimento	Aplicação do conhecimento
Instrumento típico de avaliação	Medida subjetiva única	Múltiplas medidas objetivas (Portfólio de avaliação)
Instrumento de avaliação	Por representação teórica	Autentico (simula tarefas reais da profissão)
Tipo de avaliação	Normo-referenciada, com ênfase em seu caráter somativo	Critério referenciada, com ênfase em seu caráter formativo.
Momento da avaliação	Ênfase na somativa	Ênfase na formativa
Termino do programa	Tempo fixo	Tempo variável

Fonte: Traduzido de Carraccio (2002).

A elaboração de um currículo orientado por competências envolve quatro passos fundamentais: 1) a identificação da competência; 2) determinação dos componentes da competência e definição dos níveis de desempenho; 3) avaliação das competências identificadas; e, 4) avaliação global do processo (CARRACCIO *et al.*, 2002).

A etapa de identificação de competências (passo 1) é originada de consensos de especialistas no assunto, análise de tarefas cotidianas, pesquisa de situações observadas por clínicos experientes que demonstrem a boa ou a má prática clínica, entrevistas sobre eventos onde o comportamento foi compatível com as características de um bom médico e de pesquisas entre os profissionais da área. Este passo deve receber mais atenção que todos os outros dentro do processo de construção curricular. As principais competências almejadas por meio dos novos currículos das escolas médicas para o século XXI são:

- Prestar assistência centrada no paciente – identificar, respeitar e se preocupar com as diferenças, valores, preferências dos pacientes, e suas necessidades; aliviar a dor e o sofrimento; cuidado contínuo; ouvir, informar claramente, comunicar-se com os pacientes e educar sobre os cuidados; compartilhar tomada de decisão; advogar continuamente quanto à prevenção de doenças, ao bem-estar e à promoção de estilos de vida saudáveis;
- Trabalhar em equipe – cooperar, colaborar, comunicar e integrar cuidados em equipe para garantir que o cuidado seja contínuo e confiável;
- Empregar prática baseada em evidências – integrar a pesquisa com a experiência clínica e valores do paciente para otimizar o atendimento; participar de atividades de aprendizado e pesquisa;
- Aplicar melhoria da qualidade – identificar erros e perigos nos cuidados; entender e implementar os princípios básicos de segurança, como padronização e simplificação; entender e medir continuamente a qualidade do cuidado em termos de estrutura, processo e resultados em relação às necessidades do paciente e da comunidade; intervenções através de projetos para mudar processos e sistemas de atenção, com o objetivo de melhorar a qualidade;
- Utilizar informática – comunicar, gerenciar conhecimento, mitigar erros e apoiar a tomada de decisões usando tecnologia da informação (*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, 2002, p. 245).

A determinação dos componentes da competência e definição dos níveis de desempenho (passo 2) inclui tarefas que, sequencialmente ou em somatória, demonstrem a competência, chamadas de limites ou indicadores de desempenho, devendo ser mensuráveis e agregar ganhos progressivos. O educador deve determinar por quais métodos a competência será abordada, por meio de aulas, discussões em pequenos grupos ou utilizando outras vias de informação tecnológica, além de estabelecer claramente qual o desempenho esperado.

O terceiro passo determina como será a avaliação, dando-se preferência a medidas critério-referenciadas, integrando múltiplos instrumentos devidamente ajustados aos domínios da aprendizagem, com múltiplos avaliadores e sob diversos cenários. Um bom programa de avaliação irá promover aprendizado por meio de avaliação formativa e da prática de *feedback* efetivo, tempestivo e qualificado.

O quarto passo corresponde a validação de todo processo, através de uma análise dos resultados das avaliações, com *feedback* para avaliadores, equipe de elaboração de testes,

comissão de avaliação e outros segmentos da instituição responsáveis pelo programa educacional.

Um currículo organizado com objetivo nos resultados requer que os desempenhos de cada fase sejam claramente postulados, explicados e comunicados a todos os interessados, professores, estudantes e outras pessoas que participem dos serviços de saúde; que as decisões sobre o currículo, incluindo conteúdo, estratégia educacional, métodos de ensino e avaliação, devam ser baseadas em um consenso sobre os resultados da aprendizagem, e que deva existir uma visão coletiva que reflita o comprometimento com o sucesso do estudante, que deve ser demonstrado antes da sua saída do programa de treinamento (HARDEN; LAIDLAW, 2012).

A adoção deste tipo de aproximação à educação médica resulta em benefícios explícitos: 1) O foco nos resultados vem garantir que o graduado esteja preparado para a prática e por isso os currículos devem estar fortemente ligados a conteúdos que contribuam para o progresso do estudante; todas as habilidades devem estar presentes, não sendo admissível que a falta de domínio de algumas seja compensada pelo domínio em outras; 2) A ênfase nas habilidades dos estudantes deve ser derivada das necessidades dos graduados e os objetivos educacionais organizados de uma forma hierarquizada e integrada; 3) A grande ênfase na progressão das habilidades e nas medidas de performance, torna os currículos mais flexíveis em relação ao tempo; e, 4) O aprendizado centrado no estudante encoraja os aprendizes a terem responsabilidade pelo seu progresso e desenvolvimento pelo mapeamento passo a passo em direção à competência (FRANK *et al.*, 2010).

Ainda que os currículos formais norteiem a formação do bom médico, há ainda aspectos da formação médica que permanecem obscuros e interferem diretamente no tipo de profissional que cada estudante pretende ser. Estamos falando do “currículo oculto”, um conjunto de influências atuantes a nível da organização e cultura institucional, transmitidas ou mediadas pelos docentes e outros formadores médicos e que tendem a ser aceitas convictamente, como fatos reais, por estudantes e médicos mais jovens. Ele se apresenta no ambiente de trabalho clínico, cujo valor pedagógico ocorre por meio da socialização das tarefas executadas em equipe sob orientação de tutores médicos. Admite-se que a influência de exemplos dados por docentes dentro das instituições de saúde sejam ainda mais importantes no desenvolvimento de padrões profissionais pelos estudantes de medicina que a o currículo formal. As características dos bons modelos profissionais podem ser divididas em três categorias: 1) a competência clínica que abrange conhecimento e habilidades, comunicação com pacientes e equipe, bom raciocínio clínico e tomada de decisão, tidas como o cerne da prática da medicina; 2) as habilidades de ensino que são as ferramentas necessárias para desenvolver competência clínica através da abordagem centrada no estudante incorporando comunicação eficaz, *feedback* e oportunidades

de reflexão; 3) as qualidades pessoais que incluem atributos que promovem cura, como: compaixão, honestidade, integridade, relações interpessoais efetivas, entusiasmo por prática e ensino e busca intransigente por excelência. Torna-se necessária especial atenção com os tutores e profissionais por meio de estratégias que melhorem seu desempenho frente aos estudantes, com a conscientização de seu papel como modelo profissional, da capacitação em demonstrar competência clínica, de se priorizar o tempo para ensino, de mostrar uma atitude positiva e buscar reflexão sobre as experiências clínicas, numa visão centrada no estudante (MARTINS; SILVA, 2013).

Para que os objetivos de ensinar sejam atingidos, é preciso que haja uma reestruturação dos cursos buscando métodos voltados à aprendizagem de adultos como: tutoriais em pequenos grupos, seminários com base em problemas, discussões em grupo, experiências ativas de aprendizado clínico com base na comunidade além de avaliações com amplo caráter formativo e de forma contínua.

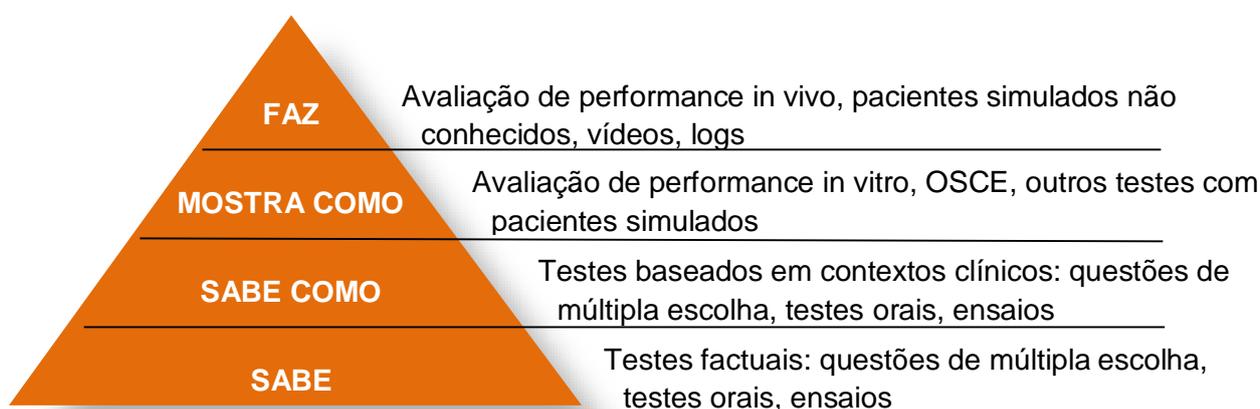
Nos currículos orientados por competências, a elaboração de um sistema de avaliação é uma tarefa complexa em função da natureza multidimensional da competência profissional. Nenhum método isolado é capaz de avaliar adequadamente a aquisição de determinada competência, o que nos remete à necessidade de definir um conjunto de abordagens, integradas a um sistema de avaliação, apropriadamente articulado ao programa educacional.

Até meados do Século XX o processo de avaliação ocorria, fortemente, baseado em provas escritas e exames orais e os padrões de aprovação eram muito subjetivos, sendo necessário que ferramentas mais robustas do ponto de vista psicométrico fossem desenvolvidas dando origem às questões de múltipla escolha e modalidades que avaliam a performance em cenários de prática, simulados ou não. A escolha de um portfólio de avaliação deve obedecer critérios de excelência: confiabilidade, validade, reprodutibilidade, justiça, trazer benefícios para a aprendizagem, estar alinhado com a proposta e os resultados desejados, ser composto de múltiplas amostras, apresentar critérios explícitos de aprovação, e, utilizar métodos padronizados e testados (WASS *et al.*, 2001).

Classicamente a pirâmide de Miller, que descreve um processo evolutivo no desenvolvimento de competências clínicas estratificadas em quatro níveis – 1) o “saber”, como base da pirâmide, se referindo ao lembrar de fatos, princípios e teorias; 2) o “saber como” no próximo nível, que envolve a habilidade de resolver problemas, analisar exames e descrever procedimentos; 3) o “mostrar como” onde o aluno é chamado a demonstrar o que é feito diante do paciente; e, 4) o “fazer”, referindo-se às observações da prática real – tem sido tomada como modelo para associação de métodos avaliativos que pudessem oferecer maior validade e confiabilidade nos resultados para cada nível (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; WASS *et al.*, 2001).

Um modelo integrativo, em átomo, acrescenta à pirâmide de Miller dois elementos, o “ser” e “interagir”, como inferência às definições de Perrenoud de competência – capacidade de mobilizar e integrar recursos – e de Epstein e Hundert (2002, p.1) – “uso habitual e judicioso de habilidades de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão sobre a prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade que está sendo atendida”. O modelo proposto, não sendo hierárquico, representa os atributos orbitando em torno da competência e auxilia na reflexão sobre a complexidade do processo avaliativo na formação médica. Nesse sentido, reforça que avaliar não se limita à verificação de capacidades de forma fragmentada e descontextualizada e aponta a necessidade de integrar os diversos atributos, em diferentes contextos na avaliação do desenvolvimento da competência clínica (GONTIJO; ALVIM; REIS, 2018).

Figura 1 – Pirâmide de Miller



Fonte: Adaptado de Wass *et al.* (2001)

Figura 2 – Modelo em átomo dos atributos da competência clínica



Fonte: Adaptado de Gontijo, Alvim e Reis (2018, p. 3).

Os métodos de avaliação devem ser adequados a cada fase do desenvolvimento curricular e múltiplos formatos devem ser disponibilizados, assegurando que seja o mais adequado para a competência a ser testada.

Em relação à avaliação de profissionalismo médico, não tem sido fácil medir qualidades como excelência (conhecimentos e habilidades somados ao comprometimento com exceder os padrões comuns), humanismo (respeito, compaixão, empatia, honra e integridade), confiabilidade (respeito a necessidades dos pacientes, do sistema de saúde, comunidade e da profissão) e altruísmo (capacidade guiar-se pelos interesses dos pacientes e não seus próprios interesses). Primeiro, porque são difíceis as oportunidades de observar comportamentos profissionais no dia a dia; segundo, porque é difícil desenvolver métodos que descrevam e capturem esses comportamentos; e terceiro, porque uma única avaliação não pode ser tomada como um padrão bom ou ruim acerca do profissionalismo (STERN, 2006).

A habilidade de avaliar o profissionalismo médico de forma apropriada permite detectar e descartar estudantes e médicos com desvios extremos de comportamento; são capazes de fornecer *feedback* formativo dentro do processo educacional; permite que sejam recompensados aqueles médicos que se mostram mais altruístas, humanos e compassivos; fornece dados sobre o cuidado com o paciente como um indicador de qualidade na saúde; além de detectar as mudanças necessárias advindas das intervenções educacionais. Por isso, não só pacientes e o público em geral se preocupam com o tema, mas também professores e os próprios médicos, pois os maus comportamentos se refletem diretamente sobre a profissão e sobre as escolas médicas (MARTINS, 2013).

Conteúdos atitudinais são melhores apreendidos no momento em que são praticados. Os valores são interiorizados quando se toma posição diante de um determinado fato, de uma pessoa ou situação ou diante de si mesmo; as atitudes são desenvolvidas quando se pensa, sente e atua de certa forma frente a um objeto concreto alvo de tal atitude; as normas são assimiladas quando, refletida ou irrefletidamente, seguem-se as regras estabelecidas em determinado contexto ou grupo social. Então as avaliações devem acontecer num contexto mais realista possível, envolver um conflito e a resolução deste, e, devem ser transparentes e simétricas quanto ao nível que são aplicadas (DUFFY *et al.*, 2004).

A escolha do método ou da metodologia de avaliação recai na análise criteriosa de cada instrumento quanto aos critérios de validade e confiabilidade e a programação deve combinar as competências a serem desenvolvidas com os formatos a serem usados. Para exemplificar, um teste de questões tipo múltipla escolha pode ser válido para avaliar conhecimento, mas pouco válido para avaliar habilidades de comunicação, sendo necessário para tal, um teste mais interativo, como por exemplo o P-mEX (Mini exame clínico para avaliação de profissionalismo).

Levando-se em consideração que nenhum método de avaliação do profissionalismo isoladamente é perfeito, a aplicação de um ou outro método deve ser avaliada em termos de validade, confiabilidade, efeito educacional, viabilidade e aceitabilidade.

2 AVALIANDO ÉTICA E LEIS

Um entendimento dos princípios éticos e das leis relacionadas à prática da medicina é componente fundamental do profissionalismo médico. É importante que um profissional competente não somente entenda sobre o assunto, mas seja capaz de demonstrar sua habilidade de negociar dilemas. A observação na prática diária seria a maneira mais apropriada de se avaliar o desenvolvimento destas habilidades, mas a baixa frequência dos casos levaria a necessidade de um tempo muito longo de observação. Exames escritos têm sido comumente usados com esta finalidade, demonstrando boa confiabilidade nos seus resultados. Questões baseadas em casos clínicos são as que proporcionam uma abordagem mais realista, mas específicas para os conteúdos e seriam necessárias um número de sete a dez questões para cada assunto, para uma avaliação somativa de alto nível. A validade é excelente, desde que os casos sejam construídos por especialistas na área (KAO, 2006).

Outro método de avaliação sobre ética que se aproxima mais do contexto no mundo real é o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), que apesar da baixa confiabilidade dos seus resultados, visto que um número economicamente inviável de estações seria necessário para se conseguir uma avaliação em alto nível, são muito úteis para um *feedback* formativo e fornece aos estudantes uma boa oportunidade de experimentar decisões éticas em ambiente controlado (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; KAO, 2006).

Wilkinson, Wade e Knock (2009) descrevem outros métodos úteis para avaliação nesta área como a gravação de incidentes críticos, relatos de colegas, opinião de pacientes e escalas auto administráveis.

3 AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO

Colher história, educar o paciente, desenvolver pactos e manejar a doença são atributos que fazem parte do trabalho médico. Valores fundamentais como compaixão, responsabilidade e integridade são demonstráveis através da comunicação.

Os elementos da comunicação podem ser divididos em quatro modalidades, segundo Klamen e Williams (2006):

- a) O falar: a maneira que o profissional fala afeta diretamente a capacidade de se comunicar efetivamente e é influenciada pelo tom e volume da voz.

- b) O ouvir: comunicação se faz através da adequada capacidade de falar combinada a adequada capacidade de ouvir. Um ambiente tranquilo, sem distrações, com um ouvinte calmo e motivado e com um interlocutor que usa uma linguagem adequada ao entendimento de quem vai receber as informações, são fundamentais no estabelecimento da comunicação.
- c) A comunicação não verbal: gestos, expressões faciais e postura corporal fornecem uma série de informações críticas sobre a linguagem. A postura corporal contabiliza cerca de 55% do impacto de quem fala sobre quem está falando. Os pacientes são capazes de inferir se o médico está cansado, distraído ou escutando atentamente o que está sendo falado. Do mesmo modo, médicos podem se aproveitar do modo como o paciente se comporta, se há uma postura aberta ao que está sendo comunicado, se está escutando atentamente o que está sendo falado, para saber mais sobre eles.
- d) A escrita: importante no convívio diário com a equipe de trabalho, bem como na compreensão do tratamento prescrito ao paciente, esta modalidade está intimamente relacionada com a continuidade dos cuidados com o paciente além do tempo e local onde inicialmente foram feitos.

Outros elementos, além dos descritos, podem ser importantes na comunicação médico-paciente como empatia, persuasão, confiança, autocontrole, principalmente em assuntos que envolvam comunicação de más notícias, confidencialidade, obtenção de consentimento informado, tomada de dados muito pessoais ou sensíveis durante a história.

A melhor maneira de se avaliar um estudante quanto as suas habilidades de comunicação seria pela observação direta do seu comportamento em ambientes reais de prática. Para isso, um grande número de situações clínicas (geralmente mais de 30) seria necessário para se obter uma avaliação mais confiável desta competência. Para fornecer *feedback* sobre o desempenho em tarefas específicas durante um encontro clínico, educadores desenvolveram *checklists* ligados a componentes do comportamento sobre os quais o estudante deve praticar, a fim de desenvolver a competência em lidar com uma determinada situação clínica. O resultado obtido no *checklist* pode ainda ser para classificar o candidato em níveis de competência (KLAMEN; WILLIAMS, 2006).

A *American Board of Internal Medicine* (ABIM) introduziu o Mini-CEX (NORCINI *et al.*, 2003) para avaliar habilidades clínicas, incluindo a comunicação e as relações interpessoais, em uma tentativa de melhorar o desempenho psicométrico de uma observação detalhada única. O Mini-CEX é um método para, simultaneamente, avaliar as habilidades clínicas de estagiários e oferecer-lhes *feedback* sobre o seu desempenho. É uma modificação do exame

oral a beira do leito tradicional, contando com o uso de pacientes reais e do julgamento de educadores clínicos qualificados. No Mini-CEX, um único docente observa o estagiário interagir com um paciente em um determinado cenário, incluindo o hospital, ambulatório ou emergência. O estudante realiza uma história direcionada e o exame físico e após o encontro proporciona um diagnóstico e plano de tratamento. A pontuação do docente sobre o desempenho é feita por meio de um documento estruturado e, em seguida, é fornecido um *feedback* educacional. Os encontros são destinados a serem relativamente curtos, cerca de 15 minutos, e a ocorrer como parte de uma rotina do programa de treinamento. Cada estudante deve ser avaliado em várias ocasiões diferentes, por docentes diferentes, com o intuito de aumentar a validade e confiabilidade das avaliações (NORCINI, 2003).

A utilização de pacientes simulados tem sido uma outra maneira de avaliar habilidades de comunicação e a mais difundida. Este método tem a vantagem de ser reproduzível, reduzindo a variabilidade dos casos e permitindo a comparação entre os estudantes.

O Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) foi primeiramente descrito por Harden e Laidlaw (1975) e foi desenhado para avaliar habilidades clínicas e competência em estudantes ao final da graduação. Envolveu uma série de 16 estações, com duração de cinco minutos utilizando pacientes reais e simulados para testar a habilidade dos estudantes na coleta de história clínica e exame físico. Os estudantes se deslocavam entre as estações permitindo a avaliação por 16 examinadores diferentes. Suas avaliações eram globais. Com a evolução do método as estações passaram a ser detalhadamente construídas, geralmente por uma equipe de educadores, e os objetivos de cada uma delas descritos em *checklists*, que são usados pelos avaliadores. O uso de pacientes simulados requer um treinamento prévio, com informações precisas sobre suas performances durante a avaliação. Os resultados demonstraram boa aplicabilidade tanto com objetivos formativos quanto somativos e tem sido adotado como um método regular de avaliação de estudantes tanto dentro dos cursos da área de saúde, como por entidades que fazem certificação profissional (MARTINS, 2013).

Pacientes simulados podem ser facilmente treinados em seus papéis e até mesmo para fazer avaliação dos estudantes, sendo muitas vezes indistinguível da empatia suscitada por ele ou por um paciente real. O paciente simulado pode ser um avaliador criterioso, podendo ter uma alta taxa de concordância com outros avaliadores.

Exames com pacientes simulados apresentam boa confiabilidade, principalmente em avaliações do tipo suficiente e insuficiente. O aumento no número de estações e no número de avaliadores, associado à diminuição das diferenças entre avaliadores, permite um aumento na confiabilidade. Quanto à validade, o uso de pacientes padronizados tem demonstrado que o desempenho aumenta com o treinamento e que a avaliação global do desempenho é melhor do

que a avaliação única pelo *checklist*. O uso de um paciente simulado não anunciado tem favorecido a observação da qualidade do atendimento, bem como, o impacto da educação médica no comportamento do estudante em ambientes reais de prática. Fatores como gênero, etnia, sequência dos casos ou dia do exame não parecem influenciar no desempenho dos estudantes (KLAMEN; WILLIAMS, 2006; TURNER; DANKOSKI, 2008).

A habilidade de comunicação com outros profissionais ainda carece de maiores estudos, dada a importância do assunto no que se refere ao trabalho em equipe e efetividade do sistema de saúde. Estudos realizados na área de anestesiologia e emergência foram pioneiros em identificar uma lista de competências relacionadas a efetividade da comunicação com o grupo de trabalho. Comunicar-se clara e precisamente, usar terminologias comumente aceitas, certificar-se sobre o entendimento e significado de dados, promover a troca aberta de informações, verificação cruzada de informações, não interferir sobre as responsabilidades de outros em períodos de transição e comunicar decisões e ações à equipe são citados como recursos fundamentais para o estabelecimento de uma boa comunicação com a equipe de trabalho.

Segundo a ACGME (1999) o melhor método de avaliação para essa área da comunicação seria o *feedback* de múltiplas fontes ou avaliação 360°, onde médicos consultores, enfermeiros e outros profissionais ligados aos serviços médicos, incluindo aqueles de áreas administrativas, se reúnem para fornecer uma visão sobre o desempenho do estudante dentro do ambiente de trabalho.

4 EMPATIA, CAPACIDADE DE TRABALHAR EM GRUPO E APRENDIZADO CONTÍNUO

Empatia, capacidade de trabalhar em grupo e aprendizado contínuo são elementos fundamentais no desenvolvimento do profissionalismo. Algumas organizações como a ABIM, o ACGME e a AMMC (*Association of American Medical Colleges*) têm usado escalas globais e multipontuais para a avaliação de elementos de profissionalismo. As escalas multipontuais parecem ser mais vantajosas já que podem fornecer informações mais completas, por conterem grande quantidade de itens na sua construção, além de poder estratificar os itens em altos e baixos escores.

Arnold *et al.* (1998) deram um primeiro passo em direção a construção de um instrumento mais amplo de avaliação do profissionalismo e desenvolveram uma escala com 14 itens envolvendo três fatores ligados ao tema, baseados nos conceitos da ABIM: excelência, honra/integridade e altruísmo/respeito. Os resultados mostraram boa confiabilidade e foi sugerido que uma pormenorização dos fatores poderia conferir maior validade ao instrumento.

Colares *et al.* (2002) desenvolveram um instrumento composto por 52 itens para medida de atitudes de estudantes de Medicina baseados em seis aspectos, considerados relevantes para o exercício profissional da medicina: a) assistência primária à saúde; b) aspectos psicológicos e emocionais envolvidos nas doenças; c) aspectos éticos no exercício profissional; d) doença mental; e) morte; f) pesquisa científica. A escala mostrou alta confiabilidade no levantamento de tendências atitudinais entre os estudantes avaliados (Alfa de *Cronbach* = 0.86).

Outra escala de avaliação produzida por Miranda *et al.* (2009) abordou as atitudes relacionadas aos aspectos sociais da profissão médica, tal como a importância da ambiência física e social, reconhecimento e compreensão de crenças, ética (profissional e acadêmica) e conhecimento, com boa confiabilidade e validade.

A escala *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) tem o objetivo de avaliar o que os estudantes pensam a respeito do papel do médico em relação à atitude centrada no paciente ou na doença. A escala consta de 18 itens referentes à relação médico-paciente, nove deles relacionados ao compartilhar e nove relacionados ao cuidar. Os itens relacionados ao compartilhar (subescala “poder”) refletem o quanto os indivíduos que responderam acreditam que o paciente deseja informação e deve participar do processo de decisão; os itens relacionados ao cuidar (subescala “cuidado”) refletem o quanto se acredita que as expectativas, sentimentos e circunstâncias da vida do paciente interferem no processo de tratamento. Este instrumento tem sido largamente utilizado nas pesquisas por apresentar boa confiabilidade e validade (PEIXOTO; RIBEIRO; AMARAL, 2011; STREET *et al.*, 2003; TSIMTSIOU *et al.*, 2007).

Instrumentos específicos como as escalas de Jefferson (HOJAT *et al.*, 2015) para avaliar empatia, capacidade de trabalhar em grupo e capacidade de manter aprendizado contínuo também apresentam boa validade e confiabilidade com boa correlação entre si, fornecendo importantes informações acerca do desenvolvimento destas habilidades entre os estudantes. Para os autores, o uso combinado de diversos instrumentos aumenta a validade do processo avaliativo.

5 OBSERVAÇÃO DIRETA DO COMPORTAMENTO PROFISSIONAL

A observação direta do comportamento dos estudantes em ambiente de trabalho pode ser totalmente efetiva como estratégia de avaliação, a partir do momento que incorpora a opinião de muitos peritos através de múltiplas situações, é realizada em ambiente real e os conflitos emergem naturalmente no ambiente educacional, podendo ser totalmente transparentes, quando os estudantes sabem como e sob quais condições serão avaliados e recebem *feedback* imediato.

Observações das atitudes dos estudantes fazem parte das atividades de docentes e outros profissionais. As avaliações dessas observações podem ocorrer num encontro único, como no caso do Mini-CEX; podem ser feitas sobre as impressões formadas a partir da observação rotineira em um determinado período de tempo, sendo o estudante pontuado ao final de um estágio, como na escala desenvolvida por Davis (1986) e Reisdorff *et al.* (2003); e, podem ainda, serem realizadas a partir das atitudes tomadas durante a ocorrência de um determinado comportamento antiprofissional ou incidente crítico.

A técnica de avaliar incidentes críticos consiste numa análise reflexiva sobre uma prática observada e considerada como antiprofissional, sendo capaz de despertar o aprendizado transformativo para determinado comportamento e conseqüentemente promover mudanças na prática e no desempenho da habilidade. Ela permite uma avaliação individual, observada dentro de um contexto e permite a descrição detalhada do comportamento antiprofissional. Quando as atividades são desenvolvidas em pequenos grupos há maior possibilidade de detecção destes incidentes pela observação direta pelos docentes assim como a abordagem precoce e melhoria no desenvolvimento do aluno. O rastreamento longitudinal de incidentes críticos é também um excelente meio para se monitorizar a eficácia de um programa de remediação (LUIJK *et al.*, 2000; PAPADAKIS; LOESER; HEALY, 2001).

Três fatores podem influenciar nos resultados das avaliações realizadas por observação direta: o conflito de papéis, interesses pessoais e a equivalência entre as tarefas. Administração das avaliações por outros docentes não envolvidos diretamente no ensino de determinado estudante ou o anonimato, podem ser estratégias para diminuir o conflito de papéis entre avaliadores e educadores, assim como, neutralizar possíveis interesses pessoais. O aumento do número de avaliadores e do número de tarefas poderia aumentar a equivalência das avaliações.

Conforme descrito por Norcini (2006), há pelo menos cinco passos a serem seguidos no processo de construção desses tipos de avaliação: a) especificação do propósito; b) desenvolvimento de critérios de avaliação; c) treinamento do docente e informação dos estudantes; d) monitorização do programa; e, e) a oferta de *feedback* como rotina. Quando há a necessidade de se decidir se é possível a progressão do estudante para um próximo estágio, a qualidade e a adequação das ações para aquele determinado momento da avaliação, devem ser levadas em conta.

6 AVALIAÇÃO DO RACIOCÍNIO MORAL E PROFISSIONALISMO

O julgamento moral é tido como componente essencial do comportamento profissional e sua aplicação implica, não somente em ter consciência sobre assuntos morais, mas sim ações apropriadas no contexto da educação médica e no cuidado clínico

Segundo a teoria de Kohlberg, o desenvolvimento moral acontece em três níveis: a) moral pré-convencional; b) moral convencional; e, c) moral pós-convencional. No nível pré-convencional o comportamento é baseado em evitar censuras ou punições e a necessidade individual determina o que deverá ser considerado certo. No nível moral convencional o que é considerado certo é o que é esperado pelas pessoas próximas ou importantes para o indivíduo e ele passa a cumprir acordos que contribuam com o bem-estar do grupo, instituição ou meio social. No nível pós-convencional os direitos individuais são enfatizados procurando apoiar com liberdade os direitos de todas as pessoas. No estágio final há um compromisso com princípios éticos universais de justiça, igualdade, autonomia e respeito pela dignidade de todos os seres humanos como indivíduos. O caminho por estes estágios vem da maturidade e são irreversíveis (BATAGLIA; MORAES; LEPRE, 2010).

O desenvolvimento moral não parece ser influenciado pela educação profissional, mas sim pela instrução ética e está intimamente ligado à boa performance e competência clínica, como: excelência, empatia, respeito, tolerância, abertura e integridade. Sem uma intervenção específica, mudanças significativas não podem ser conseguidas no nível pós-convencional do pensamento. Aulas, discussão de casos, discussão de filmes que mostram dilemas éticos e morais, discussões em grupo sobre problemas morais, aumentam a performance de estudantes em testes específicos para avaliar raciocínio moral. O clima moral reinante na instituição tem sido relatado como fator importante no avanço sobre os níveis de raciocínio moral (BALDWIN; SELF, 2006; COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004). Dentre os instrumentos para avaliar juízo moral destacam-se a Entrevista de Juízo Moral (*Moral Judgment Interview* – MJI), o *Socialmoral Reflection Objective Measure* (SROM) e o *Defining Issues Test 1 e 2* (DIT).

O MJI é um instrumento fiel para medir o desenvolvimento da moral. Consiste numa entrevista semiestruturada gravada com duração de cerca de 45 minutos, no qual o entrevistado é solicitado a resolver três dilemas morais hipotéticos. É um processo complexo, trabalhoso, demorado e caro.

O SROM é uma versão escrita do MJI, com pontuações menos complicadas, podendo ser aplicada a grupos. Assim como no MJI, avalia a geração espontânea de raciocínio moral com justificativas, mais do que o mero reconhecimento ou preferência pessoal sobre determinado dilema. Tem como limitação permitir somente a avaliação dos estágios 1 a 4 da teoria cognitiva de Kohlberg.

O DIT pode ser administrado a grupos e pontuado através do uso do computador, fazendo deste um teste com alta aplicabilidade. Problemas hipotéticos são apresentados em questões tipo múltipla escolha, onde deve ser selecionado o que é mais importante na solução do problema. É um exame de fácil execução, pontuação e com baixo custo sendo, portanto,

amplamente usado dentro da avaliação de raciocínio moral, o que lhe conferiu ao longo do tempo grande validade e um grande número de estudos. Em 1999, o teste foi atualizado com o intuito de trazer novos casos clínicos, melhorar o mecanismo de pontuação e detectar “participantes incertos”, aumentando a sensibilidade e acurácia da avaliação (BALDWIN; SELF, 2006).

7 AVALIAÇÃO INTERPARES

As oportunidades para que os estudantes demonstrem seu comportamento profissional ocorrem principalmente entre seus pares, pois passam mais tempo com eles e participam de trabalhos como uma equipe. Atributos como responsabilidade, comunicação efetiva, respeito interprofissional, rigor e altruísmo tem um impacto direto sobre os colegas e refletem valores que os pares estão aptos a inferir e observar mais facilmente do que docentes e supervisores.

No propósito deste tipo de avaliação cabe a definição de pares: são indivíduos que detêm o mesmo nível de treinamento e expertise, não exercem nenhuma autoridade sobre os outros e dividem a mesma posição hierárquica dentro da instituição. A avaliação interpares tem sido parte de uma avaliação mais compreensível do desenvolvimento dos estudantes, mais do que uma caracterização de um determinado comportamento profissional. Seu uso tem sido associado à avaliação de habilidades e qualidades não técnicas e humanísticas, como a integridade, responsabilidade, consciência, interesse no aprimoramento pessoal, relacionamento com o paciente, compaixão, empatia, respeito, comunicação humanística e manejo psicossocial da doença (ARNOLD *et al.*, 2005; ARNOLD; STERN, 2006a).

A avaliação interpares é o método de escolha quando uma informação específica sobre um membro do grupo é necessária tornando-se o método mais útil para uma avaliação formativa com *feedback*. A utilização de escalas de comportamento estruturadas e o treinamento dos avaliadores pode diminuir os vieses que possam ocorrer. O contexto onde ela acontece desempenha um papel importante na integridade deste tipo de avaliação: estudantes mostram-se mais à vontade se a avaliação ocorre num ambiente onde há apoio às demandas do grupo, incluindo a resposta da escola aos seus relatos; se há padrões de comportamento que os docentes constantemente reforçam; e nos grupos onde há uma abertura para o aprendizado com os outros membros do grupo e a abordagem de assuntos relacionados ao profissionalismo. O anonimato e o impacto da avaliação nas relações com o grupo são cruciais para uma participação honesta. O instrumento deve ser construído dentro das necessidades do grupo, sendo especificadas as características e comportamentos a serem avaliados. Há 5 passos envolvidos na implementação: 1) a proposta da avaliação deve ser estabelecida por escrito; 2) os critérios devem ser identificados e comunicado a todos os participantes; 3) treinamento deve ser oferecido; 4) os resultados devem ser controlados; e 5) *feedback* deve ser feito aos participantes.

O uso da informação advinda da avaliação interpares com propósitos somativos não logrou sucesso, visto que os participantes não mostram boa vontade com este alto grau de dificuldade em termos de avaliação.

As limitações recaem na percepção individual do que seria comportamento antiprofissional, como por exemplo o uso de linguagem inapropriada, se isto já ocorre comumente entre os pares.

8 O USO DA REFLEXÃO NA COMPREENSÃO DE COMPORTAMENTO PROFISSIONAL

O profissionalismo envolve não só a habilidade de apoiar os princípios e valores da profissão, mas também a habilidade de negociar entre valores concorrentes num contexto específico. Decidir não sobre a resposta mais correta e sim sobre o que é melhor em determinada situação é o que se espera de uma boa prática profissional. Para entender como a reflexão pode auxiliar no desenvolvimento de profissionalismo, a literatura dividiu em duas escolas: os estudos que elucidam as atitudes profissionais e formação da identidade e aqueles que investigam raciocínio e *phronesis*, isto é, a aplicação do conhecimento e atitude para formar julgamentos em situações que requerem ação.

Phronesis refere-se à uma sabedoria prática que os indivíduos usam para conseguir determinados desfechos e os meios para consegui-los. Analisar histórias orais e escritas sobre raciocínio e tomada de decisão face a dilemas profissionais tem sido uma técnica na obtenção de dados para auxiliar no desenvolvimento de retórica entre os estudantes. A retórica tem sido usada como o método para explicar os meios de persuasão através do argumento. Nesses estudos conclui-se que quando os estudantes relatam suas experiências, eles invocam estratégias de raciocínio que lhes permitem recontar os dilemas que encontraram e com isso fazer uma reflexão sobre a ação e não na ação (GINSBURG; LINGARD, 2006).

Haidet (2002) ao analisar estudos retrospectivos e inquéritos ao final de estágios notou um aumento no cinismo e queda dos princípios éticos com o progresso do estudante na escola. Niemi (1997) detectou que uma visão clara da profissão foi importante na firmeza sobre a escolha profissional. Um novo estudo de Niemi (2003) demonstrou que estudantes que viam a profissão como meio para obter status, como conhecimento inquestionável ou com autoridade, tinham maior dificuldade em enfrentar a realidade da profissão, indicando um alto grau de expectativa idealística.

9 O PORTFÓLIO COMO FERRAMENTA PARA AVALIAR PROFISSIONALISMO

Portfólio é uma coleção intencional de evidências conseguidas por um indivíduo no seu papel de estudante, registrando e refletindo sobre seu progresso e conquistas em domínios selecionados. São tidos como ferramentas de reflexão, muito mais do que um arquivo de suas realizações. Ao fazer um portfólio é dada ao estudante a oportunidade de estabelecer seus pontos fortes bem como as suas limitações e lacunas de conhecimento que necessitam ser trabalhadas. Pode ser usado com propósitos somativos e formativos e ajudam na definição de metas, bem como, no desenvolvimento de reflexão sobre as ações ao longo do tempo. Educadores tem uma percepção comum de que os estudantes têm aprendizado mais efetivo quando são autodirigidos, orientados sobre os objetivos e direcionados por problemas e pela prática e que o aprendizado tem aplicações imediatas nas habilidades e conhecimento adquirido. A teoria sobre o aprendizado social indica que o aprendizado experimental, assim como, a observação e os exemplos profissionais, são necessários para a adoção de novos comportamentos e habilidades. A tarefa crucial no desenvolvimento de portfólios recai sobre a transformação da descrição de uma experiência num aprendizado significativo derivado desta experiência (FRYER-EDWARDS; PINSKY; ROBINS, 2006; SILVA; FRANCISCO, 2009).

Conforme descrito por Fryer-Edward *et al.* (2006), há elementos fundamentais na implantação de portfólios como ferramenta de avaliação:

- Estabelecer diretrizes separadas para portfólios de trabalho (autorreflexão) e portfólios de performance (avaliação) – portfólios de trabalho são compostos por qualquer evidencia ou trabalho reflexivo que o estudante pensa ser relevante na construção e demonstração do seu desenvolvimento pessoal e deve incluir atividades avaliadas (por exemplo, Mini-CEX), itens submetidos a revisão pelos docentes e relatórios sobre feedback recebido dos docentes. Neste momento a avaliação do tutor tem caráter formativo e a partir do momento em que o aluno faz uma organização dos relatos com intuito de estabelecer um quadro geral do seu desenvolvimento pessoal e das suas necessidades de aprendizado, passa a ser denominado portfólio de performance. A periodicidade que esses documentos devem ser gerados fica à critério da instituição;
- Promover um clima de apoio para o aprendizado e *feedback* – tomar o ambiente clinico como um local de aprendizagem, onde há interação entre docentes e alunos, que diferem unicamente na experiência e conhecimento. A troca de *feedback* entre docentes e estudantes é recomendada e o uso do mesmo formulário de avaliação para ambos seria benéfico;

- Desenvolvimento da autoavaliação e habilidades de tutoria – parte desafiadora da prática de ambos, docentes e estudantes, que deve ser estimulada como modo de reflexão. O uso de exercícios contendo perguntas estimuladoras a respeito de profissionalismo, como “o que você sentiu ser ganho ou perda desde a sua entrada na medicina?” ajudam a promover esta reflexão;
- Mapear o progresso ao longo do tempo e definir novas metas – discutindo as metas a serem alcançadas, numa visão individual e coletiva, aumenta o nível das competências estabelecidas como objetivos;
- Apoiar o desenvolvimento do estudante por meio da autonomia estruturada – através de discussão com seu tutor, os estudantes podem aprofundar seu entendimento e ampliar o alcance do seu conhecimento que advém da sua reflexão sobre o portfólio. O tutor desempenharia os dois papéis: provedor de *feedback* formativo e avaliação somativa. O estudante deve ser estimulado a reconhecer suas próprias necessidades e a aprender a priorizar algumas metas em relação a outras, enquanto que o tutor estabeleceria padrões mínimos em relação aos cuidados com os pacientes. Estimular a excelência dos valores e práticas constituem os focos do diálogo com os tutores tanto quanto o desenvolvimento do programa por si só;

Quanto às características psicométricas do portfólio, a confiabilidade é baixa, indicando que grandes amostras parecem ser necessárias a fim de se conseguir uma generalização dos resultados. Enquanto o uso do método tiver caráter formativo, isto não vem a causar problemas, mas se usado com propósito somativo, por exemplo, em exames para admissão ou de conclusão de curso, maiores estudos seriam necessários (ROBERTS; NEWBLE; O’ROURKE, 2002; TOCHEL *et al.*, 2009).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso universal que o desenvolvimento da atitude profissional é essencial para uma prática médica adequada. O tema profissionalismo ganhou destaque em discussões sobre currículo médico nos últimos 40 anos, como parte das competências a serem desenvolvidas durante o curso.

As mudanças curriculares necessárias à formação integral do médico do Século XXI devem incluir além de conhecimento e habilidades, competências que visem uma formação mais humanista, resolutiva e integrada, em um movimento contínuo de revisitar o currículo no sentido de aprimorar a formação.

O processo avaliativo ainda se mantém um desafio tanto na graduação como na pós-graduação. As ferramentas de avaliação devem corresponder especificamente à competência a fim de avaliar efetivamente os resultados. A avaliação do profissionalismo deve refletir a observação do mundo real, levando em consideração as diversidades culturais e sociais, sendo necessário sempre dispor de um "portfólio" de instrumentos de avaliação.

A avaliação dos atributos relacionados ao tema profissionalismo consiste numa gama variada de instrumentos que devem ser inseridos nos diversos momentos dentro do curso, ajudando em última instância na construção profissional do estudante, através de *feedback* efetivo e reflexão.

A adesão de professores e estudantes com construção curricular de consenso, somada a um forte apoio administrativo, são cruciais em cada passo do caminho.

Diante do exposto fica clara que a construção de competência profissional pode e deve ser desenvolvida de forma contínua, concomitantemente à aquisição de conhecimento e desenvolvimento de habilidades, através da sistematização da abordagem e de avaliação em diversos momentos do curso, utilizando diferentes instrumentos, com o objetivo maior de formar profissionais com valores e comportamentos essenciais para o correto exercício da medicina ao longo de sua vida profissional.

REFERÊNCIAS

- ACGME. Accreditation Council for Graduate Medical Education. 1999 **Annual Report. American Board of Medical Specialties**. American Hospital Association. American Medical Association. Association of American Medical Colleges. Council of Medical Specialty Societies. 1999. Disponível em: https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/an_1999AnnRep.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.
- ALBANESE, M. A. *et al.* Defining characteristics of educational competencies. **Med. Educ.**, v. 42, n. 3, p. 248–255, mar. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18275412/>.
- ARNOLD, E. L. *et al.* Can Professionalism be measured? The Development of a scale for Use in the Medical Environment. **Acad. Med.**, v. 10, p. 1119–1121, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9795633>.
- ARNOLD, L. *et al.* Medical students' views on peer assessment of professionalism. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 20, n. 9, p. 819–824, set. 2005. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1490208&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 13 fev. 2013.
- ARNOLD, L.; STERN, D. Content and context of Peer Assessment. **Meas. Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2006a. p. 175–194.

ARNOLD, L.; STERN, D. T. What is medical professionalism? **Meas. Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2006b. p. 15–19.

BALDWIN, D. C.; SELF, D. J. The assessment of Moral Reasoning and Professionalism in Medical Education and Practice. **Meas. Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2006. p. 75–93. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285456368_The_assessment_of_moral_reasoning_and_professionalism_in_medical_education_and_practice.

BATAGLIA, P. U. R.; MORAIS, A.; LEPRE, R. M. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. **Estud. Psicol.** (Natal) [online], v. 15, n. 1, p. 25–32, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2010000100004&script=sci_abstract&lng=pt.

BLANK, L. *et al.* Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. **Ann. Intern. Med.**, v. 138, n. 1, p. 839–841, Maio 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12755556>.

BRASIL. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior **Diário Oficial da União**, 9 nov. 2001, n. seção 1, p. 38, 2001.

CARRACCIO, C. *et al.* Shifting paradigms: from Flexner to competencies. **Acad Med**, v. 77, n. 5, p. 361–7, maio 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12010689>.

COLARES, M. *et al.* Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 26, n. 3, p. 194–203, 2002. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/construcaoinstrumentoatitudes.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2019.

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. As Teorias do Desenvolvimento Moral e o Ensino Médico : uma Reflexão Pedagógica Centrada na Autonomia do Estudante. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2004. Disponível em: <http://docplayer.com.br/64759895-As-teorias-do-desenvolvimento-moral-e-o-ensino-medico-uma-reflexao-pedagogica-centrada-na-autonomia-do-educando.html>.

CRUESS, S. R.; CRUESS, R. L. The cognitive base of professionalism. **Teachig Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2009. p. 7–9. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/teaching-medical-professionalism/cognitive-base-of-professionalism/D70C97040A930A10011B6FCFE6617130>.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C. G.; REIS, Z. S. N. O Desafio da Avaliação na Formação Médica por Competência. **Rev. Intern. Língua Portuguesa**, n. 33, p. 111-118, 7 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.rilp-aulp.org/index.php/rilp/article/view/RILP2018.33.8>.

DAVIS, J. K.; INAMDAR, S.; STONE, R. K. Inter-rater agreement and predictive validity of faculty rating of pediatric residents. **J. Med. Educ.**, v. 61, p. 901-995, 1986. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1986/11000/Interrater_agreement_and_predictive_validity_of.6.aspx.

DUFFY, F. D. *et al.* Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. **Acad. medic.**, v. 79, n. 6, p. 495–507, jun. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15165967>.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, p. 226–235, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11779266/>.

FOUNDATION, A. C. of P.-A. S. of I. M.; MEDICINE, E. F. of I. Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. **Annals of Internal Medicine**, v. 136, p. 243–246, 2002.

FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. **Med. Teach.**, v. 32, n. 8, p. 638–45, jan. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662574>. Acesso em: 26 dez. 2019.

FRANK, J. R. **The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care.** Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005. Disponível em: http://www.ub.edu/medicina_unitatededucaciomedica/documentos/CanMeds.pdf.

FRYER-EDWARDS, K.; PINSKY, L. E.; ROBINS, L. the use of portfolios to assess professionalism. **Meas. Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2006. p. 213–233.

GMC: GENERAL MEDICAL COUNCIL. Good Med. Pract. [s.d]. Disponível em: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>. Acesso em: 24 dez. 2019. [Google Scholar] ISBN: 978-0-901458-73-5.

GINSBURG, S.; LINGARD, L. Using reflection and rhetoric to understand professional behaviors. **Meas. Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2006. p. 195–214.

HAIDET, P.; DAINS, J. E.; PATERNITI, D. A.; HECHTEL, L.; CHANG, T.; TSENG, E. ROGERS, J. C. Medical student attitudes toward the doctor–patient relationship. **Med. Education**, v. 36, n. 6, p. 568-574, 2002.

HARDEN, R. M.; LAIDLAW, J. M. **Essentials Skills for a Medical Teacher: An Introduction to Teaching and Learning in Medicine.** Editora: Elsevier, 2012.

HILTON, S.; SOUTHGATE, L. Professionalism in medical education. **Teaching and Teacher Education**, v. 23, n. 3, p. 265–279, abr. 2007. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0742051X06002113>. Acesso em: 22 dez. 2019.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. **J. Interprof, Care**, v. 29, n. 3, p. 238–244, 4 maio 2015. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2014.962129>.

KAO, A. Ethics, Law, and Preprofessionalism: What Physicians need to know. *In*: STERN, D. T. (Org.). **Meas. Med. Prof.** New York: Oxford University Press, 2006. p. 39–52.

KLAMEN, D.; WILLIAMS, R. Use standardized clinical encounters to assess physician communication. **Meas. Med. Prof.** [S.l.: s.n.], 2006. p. 56–74.

LUIJK, S. J. V. A. N. *et al.* Assessing professional behaviour and the role of academic advice at the Maastricht Medical School. **Med. Teach.**, v. 22, n. 2, p. 0–4, 2000.

MARANHÃO, É. A.; SILVA, F. A. M. Formação Médica – Novas Diretrizes Curriculares e um Novo Modelo Pedagógico. **A Educ. Prof. em Saúde e a Real. Soc.** [S.l.: s.n.], 2001. p. 153–168.

MARTINS E SILVA, J. Educação médica e profissionalismo. **Acta. Med. Port.**, v. 26, n. 4, p. 420–427, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/17683>.

MARTINS, S. M. S. **Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários no Internato Médico.** 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_131_atitude_profissional_estudo_a_valiativo_stella_maris.pdf.

Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. **Annals of Internal Medicine**, v. 136, n. 3, p. 243, 5 fev. 2002. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>.

MIRANDA, S. M. *et al.* Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 33, p. 104–110, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000500011>.

NIEMI, P. M.; VAINIOMAKI, P. T.; NURTO-KANGAS, M. "My future as a physician" – professional representations and their background among first-day medical students. **Teach Learn Med.**, v. 15, p. 31-39, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12632706/>.

NIEMI, P. M. Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. **Med. Educ.**, v. 31, n. 6, p. 408–415, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9463642/>.

- NORCINI, J. J. *et al.* The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. **Annals of Internal Medicine**, v. 138, p. 476–481, 2003. Disponível em: http://www.rigshospitalet.dk/nr/rdonlyres/a696f955-cf85-4bca-80bb-d6b0327b82a4/0/artikel_om_mini_cex_2003.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.
- NORCINI, J. J. Work based assessment Basis for judgment. **BMJ**, v. 326, p. 753–755, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125657/>.
- NORCINI, J. J. **Faculty observations of student professional behaviour**. *In*: Measuring Professionalism (ed. D. Stern). Oxford: Oxford University Press, 2006, p. 147-158.
- PAPADAKIS, M. A.; LOESER, H.; HEALY, K. Early Detection and Evaluation of Professionalism Deficiencies in Medical Students: One School's Approach. **Acad. Med.**, v. 76, p. 1100–1106, nov. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11704509/>.
- PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 35, n. 2, p. 229–236, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000200012>.
- REISDORFF, E. J. *et al.* General competencies are intrinsic to emergency medicine training: a multicenter study. **Acad. Emerg Med.**, v. 10, n. 10, p. 1049-1053, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14525736/>.
- ROBERTS, C.; NEWBLE, D. I.; O'ROURKE, A. J. Portfolio-based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes? **Med. Educ.**, v. 36, n. 10, p. 899–900, out. 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12390455>.
- SILVA, R. F.; FRANCISCO, M. A. Portfólio reflexivo: uma estratégia para a formação em medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 33, n. 4, p. 562–570, out./dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400007>.
- STERN, D. T. **Measuring Medical Professionalism**. [S.l.: s.n.], 2006.
- STREET, R. L. *et al.* Beliefs about control in the physician-patient relationship. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 18, n. 8, p. 609–616, ago. 2003. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1046/j.1525-1497.2003.20749.x>.
- SWING, S. R. The ACGME outcome project : retrospective and prospective. **Med. Teach.**, v.29, p. 648–654, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18236251/>.
- TOCHEL, C. *et al.* The effectiveness of portfolios for post-graduate assessment and education: BEME Guide No 12. **Med. Teach.**, v. 31, n. 4, p. 299–318, abr. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19404890>. Acesso em: 20 jan. 2019.

TSIMTSIOU, Z. *et al.* Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. **Med. Educ.**, v. 41, n. 2, p. 146–53, mar. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17269947>. Acesso em: 30 dez. 2019.

TURNER, J. L.; DANKOSKI, M. E. Objective structured clinical exams: a critical review. **Fam. Med.**, v. 40, n. 8, p. 574–578, set. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18988044>.

WASS, V. *et al.* Medical education quartet Assessment of clinical competence. **Lancet**, v. 357, p. 945–949, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11289364/>.

WILKINSON, T. J.; WADE, W. B.; KNOCK, L. D. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. **Acad. Med.**, v. 84, n. 5, p. 551–558, maio 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704185>.

UM CERTO LABORATÓRIO DE LEITURA: O CARÁTER PIONEIRO E SEMINAL DE UMA PESQUISA SOBRE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA LITERATURA

Yuri Bittar

Universidade Federal de São Paulo
Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – CeHFi
São Paulo – SP

Dante Marcello Claramonte Gallian

Universidade Federal de São Paulo
Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – CeHFi
São Paulo – SP

RESUMO

O presente capítulo procura apresentar e discutir o caráter pioneiro e seminal de um projeto de pesquisa realizado no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da UNIFESP, entre 2009 e 2011, intitulado **Um Laboratório para a Humanização em Saúde – O Laboratório de Humanidades e a Literatura como Instrumento de Humanização**. Nosso objetivo é, não apenas mostrar como foi desenvolvida essa pesquisa e apresentar seus resultados, mas, principalmente, indicar como, posteriormente, ela se constituiu em base e referencial de mais de uma dezena de trabalhos científicos que, ao longo de uma década, constituíram uma linha de pesquisa de relevância internacional, com repercussões não apenas para o campo da educação em saúde, mas para outros territórios do saber.

Palavras-chave: Humanização; Literatura; Humanidades; Leitura; Ensino em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo, mais do que simplesmente apresentar uma pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGECS) do CEDESS entre os anos de 2009 e 2011, apontar o seu significado e caráter referencial, já que, a partir dela, toda uma linha de pesquisa se estruturou, suscitando novos trabalhos até o presente, não apenas dentro do Programa, mas em outros, dentro e fora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Trata-se, pois, de um caso interessante de caráter seminal, inspirador e referencial de um trabalho de pesquisa de nosso Programa que merece ser historiado e conhecido.

2 O OBJETO DA PESQUISA: O LABORATÓRIO DE HUMANIDADES (LABHUM)

O objeto de nossa pesquisa, que resultou na dissertação de mestrado intitulada *Um Laboratório para a Humanização em Saúde – O Laboratório de Humanidades e a Literatura como Instrumento de Humanização* (BITTAR, 2011), surgiu, de forma quase espontânea, alguns anos antes, em 2003, como desdobramento de uma inovação metodológica inserida na disciplina eletiva de História da Medicina para o curso de graduação em Medicina da EPM-UNIFESP. Na ocasião, o Prof. Dr. Dante Gallian, docente do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da EPM-UNIFESP, interessou-se em suscitar a formação humanística e a humanização entre os estudantes de graduação em Medicina por meio do ensino das Humanidades. Com a percebeu a pouca efetividade dos métodos tradicionais, fundamentados em aulas expositivas e leituras complementares. Diante disso, começou a propor uma mudança na dinâmica das aulas, que passaram a se basear na leitura e discussão de trechos de textos clássicos da história da medicina, tais como o *Juramento Hipocrático* ou o *Tratado da Circulação do Sangue*, de Willian Harvey. Tal reestruturação suscitou um perceptível efeito mobilizador, que, inclusive, levou um pequeno grupo de alunos que frequentou a disciplina a solicitar a continuidade dos encontros enquanto atividade extracurricular.

Assim começou o Laboratório de Humanidades (LabHum) que, partindo de textos de história da medicina, foi, aos poucos, se estruturando numa atividade estético-reflexiva baseada na leitura e discussão de clássicos da literatura universal (GALLIAN, 2017). Isso porque, logo nos primeiros meses de experiência naqueles encontros extracurriculares, se percebeu o enorme potencial mobilizador e transformador que tais textos desencadeavam entre os participantes. Mais do que qualquer outro tipo de gênero bibliográfico, as obras de ficção despertavam afetos, sentimentos, que serviam de base para um profundo e amplo debate reflexivo sobre os grandes

temas existenciais. Suscitava-se, então, efetivas mudanças na maneira de encarar e viver os desafios escolares e pessoais daqueles estudantes. Breve se percebeu que, em um contexto em que se discutia sobre a problemática da formação humana e da humanização como uma questão essencial e urgente no contexto da educação e prática profissional em saúde, o LabHum poderia apresentar-se como um recurso extremamente útil e efetivo.

Congregando inicialmente apenas alunos do Curso Médico, o LabHum ampliou sua esfera de participantes e passou a englobar estudantes de Enfermagem, Biomedicina e Fonoaudiologia e, em seguida, pós-graduandos de diversos programas do *campus* São Paulo, além de funcionários e membros da comunidade UNIFESP. Em 2005, o LabHum foi credenciado como atividade de extensão junto à UNIFESP e, em 2009, passou a ser oferecido aos programas de graduação e pós-graduação como atividade creditada, mediante avaliação de aproveitamento via relatórios e participação presencial. Paralelamente, a metodologia do LabHum foi sendo delineada a partir de seus objetivos educacionais, visando a formação humanística e a humanização. Seus fundamentos basearam-se em uma perspectiva que contemplava o despertar e o compartilhamento dos afetos mediante a valorização da experiência estética, a reflexão sobre temas humanos a partir do debate coletivo coordenado e a estimulação de mudanças comportamentais, suscitadas pelas descobertas afetivo-reflexivas que emergiam ao longo da convivência nos encontros. Assim, estruturou-se neste interim a metodologia que caracterizaria o Laboratório de Humanidades (nome dado no contexto disciplinar da UNIFESP) ou Laboratório de Leitura (LabLei – como passou a ser chamada a metodologia nos cenários extramuros da universidade): ciclos de encontros semanais de 90 minutos, estruturados em Histórias de Leitura, Itinerário de Discussão e Histórias de Convivência (BITTAR, 2011; GALLIAN, 2017).

No contexto destes desdobramentos, cada vez mais estimulados pelos resultados que eram observados e relatados, percebeu-se a necessidade de se transformar o LabHum num objeto de pesquisa e verificar se tal atividade poderia ser validada e proposta como um meio de formação humanística e humanização na área da saúde. Assim surgiu, entre 2008 e 2009, o projeto de pesquisa que foi desenvolvido no PPG ECS do CEDESS. Esse foi o primeiro de uma série que se seguiria.

3 O PRIMEIRO PROJETO DE PESQUISA: UM LABORATÓRIO PARA A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Num contexto em que o tema da Humanização em Saúde emergia com força no debate que suscitou a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003) e as Novas Diretrizes Curriculares dos cursos da Área da Saúde (BRASIL, 2001), a experiência do LabHum aparecia

como um elemento contribuidor ou mesmo alternativo, frente às propostas que se apresentavam tanto no contexto da formação quanto no da prática profissional em saúde.

Identificávamos, então, que uma série de projetos de humanização apresentavam problemas, ou mesmo deficiências, em função daquilo que denominamos como *equivoco antropológico* em seus pressupostos epistemológicos (GALLIAN; PONDE; RUIZ, 2012). Partindo de uma perspectiva essencialmente técnica, comprometida com um referencial *perfectibilista* (PASSMORE, 2004), característico da Modernidade, as propostas de humanização muitas vezes acabavam por suscitar “efeitos colaterais” que contribuía, paradoxalmente, para um agravamento da desumanização mais do que para a desejada humanização.

Contrastando com essa realidade, a experiência do LabHum apontava para o desencadeamento de percepções e atitudes que se aproximavam de uma perspectiva mais humanística de humanização, caracterizada pela noção de “ampliação da esfera da presença do ser”, tal como descrita por Teixeira Coelho a partir do conceito de Montesquieu, ao tratar sobre o papel das humanidades no processo de formação humana (TEIXEIRA COELHO, 2001).

Mais do que compreender a humanização enquanto um conjunto de competências e habilidades técnicas que tornam o profissional da saúde mais “humanizado”, no sentido de “bem educado” ou “adequado”, a perspectiva humanística entende a humanização como um processo contínuo, permanente e sempre inconcluso de autoconhecimento e auto-realização, que impacta no desempenho profissional assim como em todas as dimensões da existência (GALLIAN; PONDE; RUIZ, 2012).

Ao entrarmos em contato com esses referenciais teóricos e essa nova perspectiva de humanização, começamos então a perceber que aquilo que vínhamos observando de forma despretensiosa e assistemática a partir da experiência do LabHum, poderia ser compreendido como uma proposta humanística de humanização. Foi então que surgiram os fundamentos de um projeto de pesquisa que, mais do que simplesmente redundar numa dissertação de mestrado e num produto educacional, lançou as bases de toda uma linha de pesquisa que, desde então, vem se desenvolvendo e ampliando a cada dia.

3.1 O surgimento de uma pesquisa

O projeto de pesquisa *Um Laboratório para a Humanização em Saúde – O Laboratório de Humanidades e a Literatura como Instrumento de Humanização* (BITTAR, 2011), desenvolvido no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde do CEDESS-UNIFESP, teve início em 2009 e foi concluído em 2011. Seu objetivo foi o de verificar em que medida a experiência do Laboratório de Humanidades repercutia na vivência dos seus participantes na

intenção de observar um possível efeito humanizador numa perspectiva humanística, tal como caracterizamos acima.

Para tanto, optamos por uma abordagem metodológica de cunho essencialmente qualitativo, fundamentada em diferentes recursos, na medida em que nosso propósito era analisar aspectos relacionados com a vivência e a experiência dos participantes. Estruturamos assim uma dinâmica metodológica em “três tempos” que constituíram narrativas representativas de três momentos significativos da atividade ou intervenção (BITTAR *et al.*, 2013): 1. Durante a realização dos encontros do LabHum; 2. Ao final do ciclo; 3. Algum tempo após o término do ciclo. Entendíamos que desta forma poderíamos não apenas caracterizar o processo de humanização se realizando na própria dinâmica estético-reflexiva do LabHum, como também avaliar sua repercussão ou impacto de média ou longa duração.

Para a caracterização e produção documental da atividade *in acto* optamos pelo método da Observação Participante, tal como descrita por Geertz (2002), numa perspectiva etnográfica. O recurso dos Relatos de Experiência, versão oral e escrita das Histórias de Convivência, deram conta de produzir narrativas panorâmicas e sintéticas sobre o impacto da experiência no momento em que esta se fechava. Finalmente, a abordagem das Histórias Oraís de Vida, tal como caracterizada por Holanda e Bom Meihy (2007) possibilitaram avaliar a influência do LabHum na vida pessoal e profissional dos participantes num contexto mais amplo e dilatado no tempo, permitindo compreender melhor as relações entre o impacto da intervenção formativa e a experiência subjetiva numa perspectiva vivencial.

Nesta primeira pesquisa foram considerados 12 ciclos de Laboratório de Humanidades, realizados em um período de seis anos, envolvendo 194 participantes, entre estudantes de graduação, pós-graduação, servidores, funcionários e comunidade.

Para efeitos de análise, foram considerados: dez narrativas de história oral de vida colhidas em entrevistas devidamente transcritas e transcriadas, segundo as diretrizes metodológicas de Holanda e Meihy (2005); o caderno de campo (observação participante) de um ciclo, com 17 encontros; a lista de discussão do grupo, hospedada no Yahoo! Groups, com 2.331 mensagens entre agosto de 2005 e agosto de 2011 e os relatos de convivência produzidos ao longo de todo esse período. Toda essa massa narrativa foi finalmente analisada a partir da abordagem interpretativa denominada “imersão e cristalização” (BOGDAN; BIKLEN, 1994), fundamentada na fenomenologia hermenêutica e determinou a caracterização dos seguintes temas ou categorias: o LabHum como espaço de encontro com as humanidades e a literatura; o LabHum como espaço de encontro consigo mesmo; o LabHum como espaço de revisão do olhar para o outro; o LabHum como espaço de ampliação de horizontes; o LabHum como uma experiência de “renovação de vida”.

Pudemos perceber, através dos testemunhos e manifestações de seus participantes, que a experiência propiciada pelo LabHum realmente apresentava efetivo impacto humanizador, na perspectiva da humanização enquanto ampliação da esfera do ser.

Ao propor a leitura de obras clássicas da literatura universal e ao propiciar um espaço de compartilhamento das diversas leituras e vivências destas leituras, o LabHum suscitava não apenas a experiência interpelativa no âmbito afetivo, próprio do acontecimento estético, como criava as condições adequadas para que essas experiências fossem expressas e processadas, num contexto que se poderia denominar de “educação dos afetos”.

Estabelecendo, conseqüentemente, a partir desta experiência estético-afetiva, um *Itinerário de Discussão*, foi possível perceber que o Laboratório de Humanidades suscitava também o desencadeamento de processo reflexivo que, por sua vez, demandava a participação efetiva da esfera cognitivo-intelectiva do humano. Tais processos propiciam o desenvolvimento do pensamento crítico, desencadeador de revisões e transformações no âmbito das atitudes, conforme constatado nas narrativas dos Colaboradores.

Apresenta-se, assim, como um espaço de encontro com as humanidades, como “recuperador” ou “fomentador” da leitura; como espaço de mergulho ou encontro com a própria interioridade no âmbito afetivo e intelectual; como espaço de encontro com o outro, na dimensão do aprendizado da escuta; como espaço de ampliação da esfera do ser e abertura para novas dimensões da realidade e, por fim, como espaço determinante de mudanças e transformações de ordem profissional e pessoal. Constata-se, portanto, que o LabHum respondia efetivamente às exigências de uma autêntica experiência humanizadora, dentro de um contexto acadêmico em Saúde.

A pesquisa, apresentada na forma de dissertação para obtenção do título de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, acabou gerando dois artigos, um em português e outro em inglês, que foram publicados em revistas científicas indexadas com considerável fator de impacto (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013a, 2013b). Serviu também de base para elaboração de um projeto de caráter temático, que recebeu o apoio financeiro da FAPESP e determinou a consolidação de uma linha de pesquisa que vem se desenvolvendo até o momento presente.

O projeto de pesquisa “As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades: investigação e experimentação”, que recebeu o auxílio financeiro da FAPESP enquanto projeto regular, tomou como base os resultados empíricos da pesquisa de 2011 realizada no PPGECS e consolidou os referenciais teóricos e metodológicos para uma série de projetos de pesquisa realizados em nível de iniciação científica, mestrado, doutorado e pós-doutorado em diversos programas da UNIFESP e de outras universidades.

O Projeto Regular, sistematicamente renovado desde 2012 e atualmente denominado “Humanidades, Narrativas e Humanização em Saúde” encontra-se em sua quarta fase, tendo alcançado inclusive desdobramentos internacionais, através de Projeto de Colaboração em Pesquisa com o *Center of Humanities and Health do King’s College London*, da Grã-Bretanha.

Tomando como base a aplicação do Laboratório de Leitura nos mais diversos âmbitos e cenários, assim como a sua adaptação em outros formatos de linguagem e experiência estética, a atual linha de pesquisa que daí se originou vem investigando o papel humanizador e terapêutico desta proposta metodológica não apenas no âmbito da educação em saúde, mas também na perspectiva do cuidado em saúde e da humanização no ambiente profissional e corporativo de uma forma global.

4 PESQUISAS SUBSEQUENTES

A fim de exemplificar a dimensão que tal mobilização de pesquisa gerou e ressaltar o valor seminal e referencial que o primeiro trabalho apresentado no PPGECS do CEDESS determinou, apresentamos a seguir uma síntese dos principais projetos que foram e estão sendo desenvolvidos atualmente dentro da nossa linha de pesquisa sediada no Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da UNIFESP.

O primeiro trabalho realizado na sequência da pesquisa original foi o de GIANNONI (2013), também realizado no PPGECS do CEDESS-UNIFESP. O *Laboratório de Humanidades como Experiência de Humanização – Caso Prático em Ambiente Hospitalar*, foi apresentado como dissertação de mestrado profissional, e avaliou a repercussão do LabHum em 25 profissionais de um hospital privado, das áreas administrativa e assistencial, como enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia e publicidade. A metodologia utilizada foi basicamente a mesma da pesquisa original (BITTAR, 2013), abordando um ciclo de cinco encontros, sendo que quatro participantes foram entrevistados com a metodologia de História Oral de Vida, e teve como objetivo analisar o LabHum num ambiente hospitalar, com um grupo formado exclusivamente por profissionais. As categorias delineadas foram: espaço de quebra de rotina e descoberta da leitura; espaço de encontro com afetos e sentimentos; espaço de reflexão e encontro consigo mesmo; espaço de reflexão e encontro com o outro; espaço de revisão de atitudes e comportamentos. Nos resultados foi verificada a efetividade do LabHum como meio de humanização em um caso prático, com um efetivo impacto, através de mudanças de atitudes, dentro do conceito de “ampliação da esfera do ser” já tratado na pesquisa original.

A pesquisa seguinte foi *Experimentando Goethe: O romance Os Anos de Aprendizado de Wilhelm Meister como desencadeador de reflexão e humanização num cenário de formação humanística na área da saúde* (SILVA, 2013), dissertação de mestrado em ciências desenvolvida

no Programa em Saúde Coletiva da UNIFESP. Teve como público profissionais de diversos níveis e profissões na área da saúde, participantes do LabHum. A metodologia também foi semelhante à pesquisa original, com análise de relatos de experiência, observação participante de um ciclo e entrevista de História Oral de Vida com quatro participantes. O objetivo da pesquisa foi verificar se o LabHum poderia ser um desencadeador de experiências de formação e humanização para estes profissionais da saúde, de acordo com a teoria goethiana de *Bildung*. Os resultados foram reunidos em quatro temas: a eficácia da metodologia do Laboratório de Humanidades; a estética como fonte de humanização; a experiência específica da leitura e discussão do romance de Goethe; os conceitos de Formação e Humanização surgidos com a experiência e a sua influência na experiência profissional. A conclusão da pesquisa aponta que a metodologia do Laboratório de Humanidades contribui, enquanto experiência estética no caso dos profissionais em saúde, para uma ampliação dos afetos e para uma reflexão sobre a formação e a humanização, repercutindo na forma de pensar e agir profissionalmente. Esta pesquisa resultou em dois artigos, um publicado na Revista Brasileira de Educação Médica (SILVA; GALLIAN; SCHOR, 2016) e outro na Revista Trabalho, Educação e Saúde (SILVA; SAKAMOTO; GALLIAN, 2014).

Já a pesquisa de iniciação científica *Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde* (LIMA *et al.*, 2014), realizada no CeHFi, teve como público, estudantes de graduação de medicina e enfermagem, durante quatro ciclos do LabHum oferecidos como disciplina eletiva. A metodologia novamente foi a mesma adotada na pesquisa original, com quatro participantes entrevistados. O material coletado foi dividido nos seguintes temas: A desumanização na universidade pós-moderna; Poder da literatura; Capacidade de reflexão e mudança de atitude; Humanização; Impacto e diferencial da disciplina eletiva. O objetivo foi verificar os benefícios da inclusão do LabHum como uma disciplina para a graduação para medicina e enfermagem. Os resultados mostram que o LabHum promove a humanização através da deflagração de “acontecimentos interpelativos”, por via da literatura e da discussão em grupo, e assim incorpora, de forma natural ao dia a dia dos estudantes, a capacidade de desenvolver mudanças de visão e atitudes. A pesquisa resultou na publicação de um artigo na revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação (LIMA *et al.*, 2014).

O trabalho seguinte voltou a ser aplicado dentro do próprio LabHum “original”, ou seja, na atividade promovida pelo CeHFi, envolvendo estudantes e profissionais da área da saúde. Em uma pesquisa de doutorado no Programa de Saúde Coletiva da UNIFESP, denominada *Laboratório de Humanidades como Paidéia Crítica*, Sakamoto (2015) investigou os participantes do LabHum durante quatro ciclos em dois anos e, diferentemente dos trabalhos anteriores, este

tilizou como metodologia apenas da observação participante e análise dos relatos dos participantes, que foram 94 no total. O objetivo foi observar o percurso estético do LabHum e investigar seu papel humanizador. Este trabalho não divide os seus achados em temas ou categorias, mas durante todo o texto, relaciona as falas dos participantes com um itinerário teórico definido por Bakhtin. Nos resultados a autora destacou o potencial do LabHum como ato que “possibilita uma expressão que é forma e movimento”, e da literatura como importante ferramenta, ambos contribuindo para lidar com os aspectos imprevisíveis da vida, como a dificuldade de encontrar sentido ou com a questão da imperfeição. Esta pesquisa resultou em um artigo publicado na Revista Via Atlântica (SAKAMOTO; GALLIAN, 2016).

O trabalho *Literatura e o ensino da filosofia na graduação em enfermagem* (BARBOSA; REGINATO; GALLIAN, 2015), realizada no CeHFi a partir de um projeto de Iniciação Científica, teve como público estudantes de graduação em enfermagem, em uma disciplina de Filosofia que utilizou o LabHum como dinâmica didática. Participaram da disciplina 79 estudantes, e a metodologia de pesquisa escolhida foi a Observação Participante e análise de narrativas produzidas pelos estudantes enquanto portfólios. A análise das fontes produziu as seguintes categorias: a experiência estética por meio da literatura; o cuidar do outro; um olhar humanizado durante o atendimento mediante as experiências com os clássicos. O objetivo da pesquisa era o de avaliar a proposta da disciplina enquanto “desenvolvimento de uma formação pessoal que possa contribuir para uma conduta profissional voltada para uma atitude mais humanizada na assistência dos pacientes” e os resultados permitiram concluir que, de fato, a experiência propiciou um espaço de vivência estética e reflexiva, e de abertura para discussão sobre a temática da humanização, e até dos próprios sentimentos. É notável perceber como os estudantes podem estar fechados para questões essenciais e que ao não serem discutidas podem causar extrema dificuldade de lidar com os problemas inerentes à profissão. A pesquisa foi publicada em forma de artigo na Revista *Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad* (BARBOSA; REGINATO; GALLIAN, 2015).

A seguinte pesquisa foi muito próxima da anterior. Intitulada *A literatura na formação de futuros cientistas: a lição de Frankenstein* (REGINATO; GALLIAN; MARRA, 2016), e realizada no CeHFi, teve como público novamente os estudantes de graduação, mas desta vez do curso Biomédico. A metodologia foi a análise dos relatos dos alunos e do caderno de campo do docente e do monitor. As categorias identificadas foram: responsabilidade; relação com o outro; desumanização; limites da ciência. O objetivo da pesquisa era, partindo da aplicação, na disciplina de filosofia, do primeiro ano do curso de ciências biomédicas, de uma prática no modelo do LabHum, verificar as repercussões geradas, pela leitura e discussão do clássico de Mary Shelley, que trata de questões ética na ciência biomédica. Aspectos como percepção,

sensibilização e reflexão, tanto individual como compartilhada, sobre a formação e atuação do cientista sobressaíram e como resultados, dentro dessa experiência, dois aspectos fundamentais foram revelados pelos estudantes: os fatores que concorrem para a formação de um cientista para além da esfera acadêmica técnico-científica, destacando-se o compromisso ético e a responsabilidade do profissional diante de seu experimento; e, a influência que acarreta as suas ações dentro da sociedade. A pesquisa foi publicada como artigo na revista *Educação e Pesquisa* (REGINATO; GALLIAN; MARRA, 2016).

A pesquisa *Clássicos da Literatura no Ensino e na Humanização em Saúde* (CARVALHO, 2017), dissertação de mestrado no programa de Saúde Coletiva da UNIFESP, teve como público os participantes do LabHum “original”. A metodologia foi bastante abrangente, assemelhando-se às pesquisas anteriores, mas acrescida de transcrições dos encontros de dois ciclos completos, totalizando 31 encontros. Foram analisados 34 relatos de experiência e feitas nove entrevistas de História Oral de Vida. O objetivo era compreender como a dinâmica do LabHum repercutiu na formação pessoal e/ou pessoal dos participantes. Os seguintes temas foram elencados: a leitura compartilhada na diversidade do Laboratório de Humanidades; experiências de crise e despertar; a ação terapêutica e/ou transformadora do Laboratório de Humanidades; a construção do leitor literário e a formação do profissional da saúde; reflexões críticas sobre a dinâmica, a metodologia e os objetivos do Laboratório de Humanidades; reflexões sobre a Humanização em Saúde. Como resultado chegou-se à conclusão de que a dinâmica do LabHum estimula o pensamento crítico e reflexivo, propicia o despertar e a transformação humanizadora, contribui para formação de leitores, que, ao despertar para o potencial humanizador da literatura, aproximam esta de diversos aspectos da sua vida, como formação e profissão. Dois artigos desta pesquisa foram submetidos e aguardam parecer.

Um outro caminho foi explorado pela pesquisa *Encontrando o Humano na Natureza* (XAVIER, 2017), trabalho apresentado como dissertação de PPGECs- Mestrado Profissional no CEDESS, que abordou um público já explorado antes, os profissionais da saúde, mas levando estes a um espaço completamente diferente: a natureza (local chamado Solo Sagrado). A metodologia foi a mesma das pesquisas anteriores e o objetivo foi criar, a partir do formato do LabHum, uma experiência estética a partir do contato com a natureza e a beleza, e assim procurar observar como essa imersão poderia contribuir para a humanização em saúde. Foram cristalizadas três categorias: a emoção, o impacto do primeiro contato com o Solo Sagrado; a reflexão que este impacto provoca e que leva a um despertar de si mesmos e também a uma nova consciência do outro; a mudança na maneira de ver o mundo lá fora. Os resultados mostram que, a partir do impacto desta experiência e da posterior discussão, pôde-se observar a emoção, a reflexão e por fim o despertar da consciência de si e do outro, e uma nova maneira

de ver o mundo. A conclusão é que esta foi uma experiência potencialmente humanizadora por causar “um afeto profundo e transformador”, conscientizador em relação a suas próprias vidas e de outras pessoas, a um bem estar e maior disposição para o cuidado com o outro.

Transcendendo o âmbito estrito da educação e prática profissional em Saúde, o trabalho de LOGATTI (2018), intitulado *A Leitura no Encontro: A Dinâmica do Laboratório de Humanidades (LABHUM) como Meio de Intervenção em um Grupo Psicoterapêutico*, realizada como Tese de Doutorado no Programa de Saúde Coletiva da UNIFESP, foi o primeiro a aplicar a metodologia do LabHum/LabLei em um público de pacientes. Tratou-se, no caso, de um conjunto de pacientes psiquiátricos de um grupo psicoterapêutico. Foram aplicados dois ciclos do LabHum a um mesmo grupo, totalizando 20 encontros e 20 participantes. A metodologia foi a História Oral de Vida, tendo sido realizadas sete entrevistas, além da Observação Participante. O objetivo foi explorar as possibilidades terapêuticas do LabHum com pacientes psiquiátricos, e verificar se este “poderia ser uma forma de facilitar a abordagem e a compreensão da vivência de cada um e, conseqüentemente, possíveis usos terapêuticos deste dispositivo”. Esse traço terapêutico do LabHum já havia sido percebido desde 2011 e citado em outros momentos, porém esse aspecto não havia sido avaliado num contexto eminentemente clínico. Baseando-se no referencial teórico de Winnicott, o trabalho de pesquisa propôs que o LabHum/LabLei poderia, no contexto psicoterapêutico, funcionar como um facilitador em três aspectos: o LabHum pode ser considerado como um lugar terapêutico por contar com três qualidades essenciais (estabilidade, continuidade e afeto) de um espaço curativo (*placement*); o LabHum funcionaria como um espaço de apresentação de um mundo exterior que levaria o participante a revisitar sua história com um novo olhar; o LabHum possibilitaria uma forma de comunicação intermediária que permitiria trabalhar os conteúdos sem que o participante entrasse em um estado defensivo. Os resultados mostraram que o LabHum pode ser considerado uma ferramenta terapêutica efetiva ao facilitar a auto compreensão, e contribuir para um viver criativo e saudável dos participantes. Além da tese, foi publicado um artigo na revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (LOGATTI *et al.*, 2019).

Na pesquisa *Arte, Ciência e Tecnologia: Um Coração Partido e a Literatura Como Remédio*, realizada como tese de doutorado no Programa de Oftalmologia e Ciências Visuais da UNIFESP, Silva (2018) abordou, público, estudantes dos cursos de tecnologias em saúde da mesma universidade: 19 participantes no total, que participaram de uma versão do LabHum intitulada LabHumTec, sendo que oito destes foram entrevistados. Como metodologia foram utilizadas a Observação Participante e a História Oral de Vida, com o objetivo de realizar uma compreensão estética da tecnologia, dentro da formação em cursos tecnológicos, e apresenta a metodologia do LabHum como forma de despertar essa compreensão. Para a análise foram

levantas as seguintes categorias: o LabHumTec e a promoção de análise conceitual crítica; o LabHumTec e a promoção de análise conceitual crítica quanto à produção científica e tecnológica; o LabHumTec e a promoção de análise conceitual crítica quanto à atuação profissional e para uma estética da tecnologia. Os resultados “apontam para o potencial de nossa atividade, com base em uma compreensão estética da formação da Racionalidade Estética, capaz de promover a análise crítica, tanto conceitual quanto no campo da prática, a respeito da tecnologia sob seus diversos âmbitos, tanto conceituais quanto de orientação para uma prática social” (SILVA, 2018, p. 9).

Além de todas estas pesquisas, destacamos ainda que os fundadores do LabHum, Dante Gallian e Rafael Ruiz, produziram duas obras em formato de livro, que, de formas bastante distintas, trazem a experiência do LabHum de formas intensas.

Em *A Literatura Como Remédio* (GALLIAN, 2017) vemos a descrição da trajetória do Laboratório de Leitura, versão do LabHum fora do contexto universitário, a definição de sua metodologia e seus efeitos. Destacamos que este livro teve uma ótima repercussão na mídia e sucesso de vendas.

Em *Literatura e Crise – Uma barca no meio do oceano* (RUIZ, 2015), o autor que traça reflexões profundas, a partir das obras discutidas no LabHum e mais ainda pelas experiências das discussões no próprio LabHum, sobre a importante função da literatura na vida, mostrando como a literatura pode ser como uma barca no oceano da vida, que pode e precisa ser navegado.

Atualmente novas pesquisas, ampliando os campos de aplicação do LabLHum/LabLei estão sendo desenvolvidas, dentro e fora do PPGECS do CEDESS. Numa delas, investiga-se a repercussão da metodologia em um grupo de idosos numa Universidade Aberta da Terceira Idade, noutra num grupo de mães de crianças que frequentam uma instituição de cuidados especiais e outra ainda que objetiva compreender o impacto do LabLei no ambiente de empresas e como forma de promoção de saúde e humanização no mundo corporativo.

O próprio autor principal deste artigo (BITTAR) desenvolve projeto de pesquisa em nível de doutorado no programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde na UNIFESP campus Baixada Santista a partir da aplicação de uma metodologia inspirada no LabHum/LabLei transposta agora para a dimensão do olhar fotográfico e da meditação. O Laboratório do Olhar, seguindo os passos do Laboratório de Humanidades/ Laboratório de Leitura vem sendo testado enquanto disciplina eletiva na graduação e pós-graduação para promover a formação humanística e a humanização a partir da experiência estética e reflexiva em torno da arte fotográfica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de um experimento que, de forma espontânea, apresentou a leitura e reflexão coletiva de obras literárias como um elemento de formação humanística e humanização na educação em saúde, o Laboratório de Humanidades foi, a partir de uma pesquisa realizada em nível de mestrado no PPG ECS do CEDESS, transformado num objeto de pesquisa que, ao longo de quase uma década, suscitou o desenvolvimento de mais de uma dezena de trabalhos e inspirou a criação de uma verdadeira linha de pesquisa. Hoje, o LabHum/LabLei se apresenta como uma ferramenta extremamente valorizada, que vem sendo aplicada em cenários que ultrapassam os limites do campo da educação em saúde. Acreditamos que a divulgação destes desdobramentos e a explicitação de suas potencialidades seja algo de grande importância para demarcar o caráter seminal e referencial de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas neste tão crucial programa de pós-graduação, não só em nível nacional, mas internacional.

REFERENCIAS

BARBOSA, L. R.; REGINATO, V.; GALLIAN, D. M. C. Literatura e o ensino da filosofia na graduação em enfermagem. **Rev. Intern, Salud, Bienestar y Sociedad**, v. 2, n. 1, p. 63-70, 2015. Disponível em: <http://doczz.com.br/doc/149742/salud--bienestar-y-sociedad---journals-in-epistemopolis--...>

BITTAR, Y. **Um Laboratório para a Humanização em Saúde – O Laboratório de Humanidades e a Literatura como Instrumento de Humanização**. 2011. 252 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_p_90_2011.pdf.

BITTAR, Y.; SOUSA, M. S. A.; GALLIAN, D. M. C. A experiência estética da literatura como meio de humanização em saúde: o Laboratório de Humanidades da Escola Paulista de Medicina. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 17, n. 44, p. 171-186, jan./mar. 2013a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a14v17n44.pdf>.

BITTAR, Y.; SOUSA, M. S. A.; GALLIAN, D. M. C. The Aesthetic Experience of Literature as Means for Health Humanisation in Brazil. The Laboratory of Humanities from EPM (UNIFESP). **Intern. J. Health, Wellness, Society**, v. 3, Issue 1, p. 25-42, 2013b, ISSN: 2156-8960.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. 336p.

BOM MEIHY, J. C. S. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

CARVALHO, L. L. **Clássicos da Literatura no Ensino e na Humanização em Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41893/2017-0005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

GALLIAN, D. **A Literatura Como Remédio. Os clássicos e a saúde da alma**. Editora Martin Claret, São Paulo, 2017. 212p.

GALLIAN, D. M. C.; PONDE, L. F.; RUIZ, R. I. Humanização, Humanismos e Humanidades: Problematizando Conceitos e Práticas no Contexto da Saúde no Brasil. **Rev. Intern. Humanidades Médicas**, v. 1, n. 1, 5 mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0708>.

GIANNONI, S. L. **O Laboratório de Humanidades como Experiência de Humanização – Caso Prático em Ambiente Hospitalar**. 2013. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_128_%20%20o_laboratorio_de_humanidades_stefania_lins_%20giannoni.pdf.

GEERTZ, C. **Obras e vidas: o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

HOLANDA, F.; BOM MEIHY, J. C. S. **História Oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

LIMA, C. C. *et al.* Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, p. 139-150, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100139.

LOGATTI, M. S. M. **A Leitura no Encontro: a dinâmica do Laboratório de Humanidades (Labhum) como meio de intervenção em um Grupo Psicoterapêutico**. 2018. 233 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/49800/TESE_Maria%20Silvia%20Logatti.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

LOGATTI, M. S. M. *et al.* Humanização em saúde e reforma psiquiátrica: discussão da obra O Alienista entre pessoas com quadro psiquiátrico grave. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. e290408, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400606.

PASSMORE, J. **A Perfectibilidade do Homem**, tradução de Jesualdo Correia, Rio de Janeiro: Topbooks, 2004. 689p.

REGINATO, V.; GALLIAN, D. M. C.; MARRA, S. A literatura na formação de futuros cientistas: lição de Frankenstein. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 44, p. e157176, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100403.

RUIZ, R. **Literatura e Crise – Uma barca no meio do oceano**. Cultor de Livros, São Paulo, 2015. 196p.

SAKAMOTO, J. I. **Laboratório de Humanidades como Paidéia Crítica**: percurso estético em confronto a noção de Perfectibilidade como dinâmica humanizadora em Saúde. 2015. 103 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341047865_Laboratorio_de_Humanidades_como_Paideia_critica_percurso_estetico_em_confronto_a_nocao_de_perfectibilidade_como_dinamica_humanizadora_em_Saude_Humanities_Laboratory_as_Critical_Paideia_Aesthetic_Journ.

SAKAMOTO, J. I.; GALLIAN, D. M. C. Laboratório de humanidades: percurso estético literário como dinâmica humanizadora na saúde. **Via Atlântica**, n. 29, p. 153-171, 27 set. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/viaatlantica/article/view/107965/118196>.

SILVA, M. R. **Experimentando Goethe**: O romance Os Anos de Aprendizado de Wilhelm Meister como desencadeador de reflexão e humanização num cenário de formação humanística na área da saúde. 2013. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://cehfi.unifesp.br/teses-de-doutorado/2013-experimentando-goethe-o-romance-os-anos-de-aprendizado-de-wilhelm-meister-como-desencadeador-de-reflexao-e-humanizacao-marlon-ribeiro-da-silva>.

SILVA, M. R.; GALLIAN, D. M. C.; SCHOR, P. Literatura e Humanização: uma Experiência Didática de Educação Humanística em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 40, n. 1, jan.-mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000100093.

SILVA, M. R.; SAKAMOTO, J.; GALLIAN, D. M. C. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 15-28, abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100002.

SILVA, M. R. **Arte, ciência e tecnologia**: um coração partido e a literatura como remédio. 2018. 114p. Tese (Doutorado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Oftalmologia e Ciências Visuais, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

TEIXEIRA COELHO, J. **A cultura como experiência**. In: RIBEIRO, R.J. (org.). Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: Edusp, 2001. p. 65-101.

XAVIER, M. R. **Encontrando o Humano na natureza**: experiência estética e humanização de profissionais de saúde no Solo Sagrado de Guarapiranga. 2017.184f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_198_miriam_xavier.pdf.

“ESPIRITUALIDADE E SAÚDE” NA FORMAÇÃO MÉDICA: AÇÕES DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS NO CONTEXTO ACADÊMICO

Sílvia Cristina Borragini-Abuchaim
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Morfologia e Genética
São Paulo – SP

Luís Garcia Alonso
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Morfologia e Genética
São Paulo – SP

Rita Maria Lino Tarcia
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Informática em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

Acredita-se que a inserção de questões referentes à Espiritualidade e Religiosidade no currículo de faculdades de Medicina pode promover a sensibilidade psicossocial e espiritual dos estudantes, no entanto, poucos são os instrumentos e os modelos educacionais validados. Importante se faz desenvolver estratégias acadêmicas a fim de aprimorar: o conceito do tratamento biopsicossocial e espiritual no cuidado integral ao paciente; a compreensão de como a Espiritualidade pode afetar a saúde do paciente; o reconhecimento de como suas próprias crenças afetam a prática clínica; a reflexão pessoal sobre Espiritualidade; os cuidados de saúde à luz da experiência vivida; a consciência de que as práticas espirituais podem ser vantajosas não só para os pacientes, mas também para o próprio médico; e, a relevância de sua participação como instrumento de humanização no atendimento ao paciente. Os estudantes de Medicina podem adquirir atitudes positivas em relação ao tema por meio de oficinas, seminários, leitura de artigos científicos, discussão de casos, exposição à prática da tomada da história espiritual do paciente, capacitação para o atendimento de pacientes de diferentes culturas e contextos religiosos, entre outros. Mais de 85% das escolas médicas americanas e cerca de 60% das escolas médicas europeias incluem em seu currículo a disciplina Espiritualidade e Saúde. No Brasil, 10,4% dos cursos de Medicina possuem disciplinas específicas sobre Espiritualidade e Saúde, e 40,5% têm apenas este conteúdo ministrado em outras disciplinas. Os principais percalços para a integração de Espiritualidade e Saúde no ensino médico são a tendência à laicização da Medicina e o receio da coerção religiosa.

Palavras-chave: Espiritualidade; Saúde; Educação Médica.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1990, a população americana clamava por uma reformulação no atendimento médico que, devido à expansão da filosofia materialista, havia se tornado profundamente impessoal, valorizando a doença e desconsiderando o doente. A *Association of American Medical Colleges* (AAMC) desenvolveu, então, um projeto pedagógico que regulamentava os objetivos das faculdades de Medicina. Assim, a Espiritualidade surgiu como um aspecto essencial em cuidados na saúde, enraizada no modelo espiritual biopsicossocial e na tradição profundamente arraigada da Medicina como uma profissão de serviço compassivo e altruísta (PUCHALSKI; LARSON, 1998).

A Espiritualidade pode ser definida como uma busca por propósito e transcendência e uma conexão com o que tenha significado, ou seja, sagrado. A doença, ao suscitar questões sobre significado e propósito da vida, pode ser descrita como um evento espiritual. Enquanto aumenta o número de médicos que reconhecem a importância da Espiritualidade para o paciente pelas influências benéficas que traz para a sua saúde, outros acreditam que há conflito com a ciência médica. Incorporar a Espiritualidade como componente integral da educação médica aproximaria a Medicina da Saúde, como definida pela Organização Mundial da Saúde: "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (SAJJA; PUCHALSKI, 2018).

As diretrizes clínicas recentes reconhecem a obrigação ética dos médicos em aliviar a dor e o sofrimento, seja físico, psicossocial ou espiritual do paciente. Admitem a abordagem da Espiritualidade como um impulso cada vez mais crescente. Já os médicos, geralmente observam a falta de treinamento como uma barreira importante para a implantação dessa prática (GWish, 2018).

O estudo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional, realizado no CEDESS/ UNIFESP, pertencente à linha de pesquisa "Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde", teve por objetivo geral verificar a opinião dos estudantes de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, quanto à utilização da Espiritualidade/Religiosidade do paciente como recurso terapêutico na prática clínica (BORRAGINI-ABUCHAIM, 2018).

Parte dos resultados da pesquisa foi publicada como capítulo de livro, no qual apresentamos a trajetória histórica e o atual estado da arte na perspectiva da Espiritualidade/Religiosidade como terapêutica no atendimento ao paciente (BORRAGINI-ABUCHAIM; ALONSO; TARCIA, 2019).

Os resultados quantitativos do estudo encontram-se no artigo prestes a ser submetido para publicação em periódico internacional indexado e especializado na área de Espiritualidade/Religiosidade e Saúde.

No presente capítulo apresentaremos um panorama dos cursos sobre Espiritualidade/Religiosidade ministrados nas faculdades de Medicina do Brasil e do exterior e os diferentes tipos de ações didático-pedagógicas executadas (BORRAGINI-ABUCHAIM, 2018).

2 ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO ACADÊMICO

Apoiando-se na decisão da AAMC, em 1992 Christina Puchalski criou de forma pioneira um curso eletivo de Espiritualidade e Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade George Washington, Estados Unidos da América (EUA), com tópicos sobre pesquisa em saúde, medicina alternativa, meditação e outras práticas espirituais. Em 1996, este curso tornou-se parte do currículo obrigatório (PUCHALSKI; LARSON, 1998).

Mariotti *et al.* (2011), em uma escola de Medicina brasileira, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as opiniões de professores sobre Espiritualidade e Saúde. Dos 53 professores da amostra, 90,4% acreditavam em Deus e 31,7% frequentavam serviços religiosos ao menos uma vez por semana. Mais de 72% acreditavam que a fé ou a Espiritualidade poderiam influenciar positivamente o tratamento de seus pacientes; 75,5% acreditavam que a oração poderia ter efeitos no tratamento dos pacientes; 62,3% gostariam de abordar a Espiritualidade com os pacientes; e, 50% acreditavam que era importante que uma escola médica preparasse os estudantes para a abordagem. Apesar disso, somente 43,4% dos professores relataram estar preparados para enfrentar a questão e 27,8% afirmaram já ter mencionado o tema em suas aulas. Dentre as barreiras citadas, as principais foram: falta de tempo (11,3%); falta de conhecimento (9,3%); falta de treinamento (9,3%); medo (9,3%); e, desconforto com o tema (5,6%). A maioria (92,3%) acreditava que as escolas médicas brasileiras não subsidiavam todas as informações necessárias neste campo.

Lucchetti, Lucchetti e Puchalski (2012a) afirmaram que os cursos de Espiritualidade parecem ser facilmente implantados e são bem aceitos pelos estudantes de Medicina, pois abrem horizontes, permitem exercitar a tomada de história espiritual, compreender o papel da Espiritualidade na Saúde e atuam como oportunidade ímpar de autorreflexão. A maior parte dos estudantes acredita que a Espiritualidade influencia sua interação com pacientes e colegas, afirma-se espiritualizada e acredita ser apropriado discutir Espiritualidade/Religiosidade com pacientes portadores de doenças que ameaçam a vida. Cursos que incluem dimensão espiritual no gerenciamento do estresse em residentes e estudantes de Medicina mostraram melhores resultados no combate à depressão e ansiedade.

Segundo Reginato, De Benedetto e Gallian (2016), não apenas os médicos têm dificuldade com o tema humanização em saúde, as escolas médicas também apresentam esta característica. No currículo médico pouca atenção é dada às reflexões sobre as questões existenciais e os aspectos não biológicos do ser humano. Os estudantes de Medicina são alertados, mas não instrumentalizados para evitar a desumanização. Saber cuidar dos pacientes na doença e na morte exige preparo dos estudantes; na falta deste, utilizam-se de uma estratégia de defesa que consiste na negação das próprias emoções e protegem-se ignorando o sofrimento alheio.

O Instituto George Washington de Espiritualidade e Saúde (GWish) da Universidade George Washington dos EUA desenvolveu o programa de treinamento "Currículo de educação em assistência espiritual interprofissional". Registrar uma história espiritual, identificar os recursos espirituais do paciente, diagnosticar problemas espirituais ou existenciais e integrar a Espiritualidade ao plano de avaliação e tratamento dos pacientes são aspectos a serem incorporados no atendimento clínico. O objetivo do programa é fornecer aos estudantes de Medicina treinamento para: lidar com as preocupações espirituais dos pacientes, especialmente aqueles com doenças crônicas e graves; trabalhar conjuntamente com profissionais treinados em cuidados espirituais, como capelães; e, experimentar sua própria Espiritualidade no contexto de seu desenvolvimento profissional. Os componentes curriculares do GWish são: I. Assistência ao paciente, incluindo: história espiritual, diagnóstico e tratamento do sofrimento espiritual; avaliação espiritual biopsicossocial e plano de tratamento; e, presença compassiva; II. Formação de estudantes, residentes e clínicos, incluindo: foco na vida interior; significado, propósito, chamado para servir; autenticidade; e, presença compassiva em si mesmo (GWish, 2018).

3 CURSOS DE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE EM ESCOLAS MÉDICAS

Em 1993, menos de cinco escolas médicas dos EUA tinham a disciplina de Religiosidade/Espiritualidade em Medicina. Em 1994, 17 das 126 escolas médicas americanas ofereciam cursos sobre Espiritualidade. Em 1998 este número atingia 39, em 2000 subiu para 65 escolas oferecendo cursos não eletivos, optativos. Já em 2004, eram 84 escolas médicas (FORTIN; BARNETT, 2004; BENSON; PUCHALSKI, 2006).

Dados da *Harvard Medical School* de 2007 apontaram que mais de 100 das 141 escolas médicas americanas (70,9%) já possuíam cursos de Espiritualidade. Em 75% destas escolas a frequência a tais atividades tornou-se parte do programa regular de graduação (BOOTH, 2008). Até 2016 mais de 85% das escolas médicas americanas possuíam em sua matriz curricular disciplinas sobre Espiritualidade (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

De forma pioneira, Neely e Minford (2008) encontraram que entre 31% e 59% dos cursos médicos do Reino Unido ofereciam alguma forma de ensino sobre Espiritualidade (obrigatório, opcional ou inserido em outros contextos), mas com pouca uniformidade em relação ao conteúdo, forma, carga horária e capacitação dos docentes que ministravam aulas sobre o tema.

Em seu artigo de 2012a, Lucchetti, Lucchetti e Puchalski relataram a pesquisa realizada no Canadá pelo GWish (2001), a qual demonstrou que das 17 escolas médicas, só havia quatro (24%) com cursos de Espiritualidade. Em decorrência disso, foi criado em 2004 o *GWish Canada Initiative* com líderes de 12 escolas médicas canadenses (70% do total) para implantação maciça de cursos de Espiritualidade na Medicina do Canadá (GWish, 2004). Afirmaram, ainda, que pouca informação está disponível acerca do ensino de Espiritualidade e Saúde nas escolas médicas da América Latina, Ásia, Austrália ou África.

Lucchetti e Granero (2010) e Dal-Farra e Geremia (2010) relataram que o primeiro curso acadêmico sobre Espiritualidade no Brasil e a sua interface com a Saúde começou em 2002, na Universidade Santa Cecília, em Santos. Em 2005 a Faculdade do Triângulo Mineiro iniciou disciplina optativa sobre Saúde e Espiritualidade, juntamente com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em 2006 a Universidade Federal do Rio Grande do Norte iniciou a disciplina optativa “Medicina, Saúde e Espiritualidade”. Apenas em 2006, a Universidade Federal do Ceará incluiu o tema no currículo. Outras escolas médicas possuem grupos acadêmicos sobre Saúde e Espiritualidade, como: Núcleo de Saúde e Espiritualidade na UNIFESP; Núcleo de Pesquisas sobre Espiritualidade e Religiosidade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Grupo WHOQOL-Brasil na Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora; Núcleo Avançado de Saúde, Ciência e Espiritualidade na UFMG; Núcleo de Estudos em Saúde, Medicina e Espiritualidade na Universidade Federal Fluminense; Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade na Universidade Federal de Goiás; e Sociedade Científica de Saúde e Espiritualidade na Faculdade de Medicina de Marília. Além disso, há diversos congressos nacionais e internacionais sobre Espiritualidade e Saúde realizados no Brasil.

Destacaremos a seguir, importantes publicações que apresentam ações didático-pedagógicas implantadas em Faculdades de Medicina para a inserção da Espiritualidade na formação acadêmica.

Chibnall e Duckro (2000) avaliaram 137 estudantes do terceiro ano da Faculdade de Medicina da Universidade de *Saint Louis* (EUA), que incorporou em seu currículo o estudo das questões espirituais e religiosas. O objetivo foi investigar se a exposição a questões de Espiritualidade na graduação prevê uma atitude mais positiva em relação à importância atribuída

à abordagem espiritual no atendimento clínico. Concluíram que, por meio de exposição repetida e variada, como palestras, leitura de artigos, treinamento de habilidades, discussões de classe e extracurriculares, exposições clínicas e colóquios, os estudantes poderiam adquirir atitudes mais positivas em relação ao tema. Portanto, à medida em que as crenças e práticas religiosas forem conhecidas, poderá aumentar o nível de conforto do médico para discutir Espiritualidade/Religiosidade com os pacientes.

Chibnall *et al.* (2002) desenvolveram outro trabalho com estudantes do terceiro ano da Faculdade de Medicina da Universidade de *Saint Louis* (EUA), este com o intuito de provar que a inserção de questões espirituais e religiosas no currículo de faculdades de Medicina pode promover a sensibilidade psicossocial e espiritual dos estudantes. A exposição a questões espirituais e religiosas por meio de palestras, discussões em pequenos grupos e treinamento previu maior atenção, maior aceitabilidade para conversar sobre morrer e para orar com o paciente. Os autores concluíram que a exposição a questões espirituais e religiosas na formação acadêmica poderia sensibilizar os estudantes para as necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes moribundos.

Graves, Shue e Arnold (2002) relataram sua experiência na implantação da Espiritualidade no currículo da Faculdade de Medicina da Universidade de *Missouri-Kansas City* (EUA) com os estudantes do terceiro ano médico. A ação objetivava despertar nos estudantes uma maior compreensão do papel que a Espiritualidade desempenharia no tratamento e prognóstico de um paciente, e capacitá-los para atender às suas necessidades espirituais. A proposta era desenvolver nos estudantes: o conceito do tratamento biopsicossocial e espiritual no cuidado integral; a compreensão de como a Espiritualidade pode afetar a saúde; o reconhecimento de como suas próprias crenças afetam a prática clínica; e, o entendimento do papel do capelão junto à equipe médica. Os estudantes participaram de diferentes tipos de atividades, como: palestras sobre Espiritualidade; atividades em pequenos grupos, com tomada de histórias espirituais e acompanhamento das visitas do capelão aos pacientes internados. Ao término do curso, os estudantes demonstraram a compreensão do papel da Espiritualidade na Saúde, identificaram componentes-chave do papel do capelão no ambiente hospitalar, e ainda descobriram suas próprias lutas pessoais em relação à Espiritualidade.

Musick *et al.* (2003) compararam as atitudes e o desempenho clínico de dois grupos de estudantes de Medicina da Universidade da Pensilvânia (EUA) que receberam instrução teórica idêntica sobre Espiritualidade na prática médica. Ambos os grupos trabalharam em casos de "Aprendizagem Baseada em Problemas", um utilizando a Espiritualidade como tema proeminente e o outro sem referência ao tema. Preencheram questionários pré e pós-teste e escreveram uma história espiritual como avaliação final. Observou-se diferença significativa

entre os grupos quanto ao conhecimento autorrelatado de tomada de história espiritual; no entanto, as pontuações foram idênticas ao escreverem a história espiritual. Os autores concluíram que, embora os estudantes que foram expostos à prática da tomada da história espiritual do paciente tenham tido melhor compreensão sobre o tema, não houve diferença significativa no desempenho clínico.

King *et al.* (2004) implementaram um curso de história espiritual no primeiro ano do curso médico da Universidade da Carolina do Sul (EUA) com o intuito de avaliarem qual seria o impacto nas habilidades, conhecimentos e atitudes dos estudantes. A ementa consistia em: leitura de artigos científicos; tomada de história espiritual, utilizando o questionário HOPE (H – *Sources of Hope* / O – *Organized Religion* / P – *Personal Spirituality and Practices* / E – *Effects on Medical Care and End-of-Life Issues*) (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001); e, um cenário prático montado para que lidassem com a Espiritualidade. O desempenho foi avaliado por uma entrevista gravada em vídeo, uma pesquisa de dez itens das atitudes dos estudantes e uma única pergunta de teste escrito que deveria apontar para o que não estava incluído como parte das perguntas da HOPE para fazer uma história espiritual. Na entrevista com vídeo gravado no fim de ano, 65% dos estudantes reconheceram a preocupação espiritual do paciente; na pesquisa de atitude, houve um desejo crescente de validar as crenças dos pacientes; 94% dos estudantes responderam à pergunta de teste corretamente. Os autores concluíram que a tomada de história espiritual pode ser integrada de forma eficaz no currículo do primeiro ano médico.

Segundo Puchalski (2006), em 2003, o Instituto de Pesquisa de Educação Superior da Universidade da Califórnia, Los Angeles (EUA) iniciou um grande projeto de pesquisa *The Spiritual Life of College Students* para examinar o desenvolvimento espiritual de estudantes de graduação durante seus anos de faculdade. Financiado pela Fundação *John Templeton*, o estudo teve como objetivo aprimorar a compreensão do papel que a Espiritualidade desempenha na vida dos estudantes e identificar estratégias que as instituições podem usar para melhorar o desenvolvimento espiritual dos estudantes.

Barnett e Fortin (2006) implementaram uma oficina sobre Espiritualidade e Medicina, com duração de duas horas, para estudantes do segundo ano médico e residentes da Universidade de Yale (EUA). Tanto os estudantes de Medicina como os residentes aumentaram as pontuações quanto à conveniência de indagar sobre as crenças espirituais e religiosas do paciente na anamnese médica, a competência percebida na tomada de uma história espiritual e o conhecimento dos recursos de capelania disponíveis. Houve diferença significativa nos resultados pré e pós-oficina entre estudantes e residentes sobre a assertiva de que as crenças espirituais/religiosas de um médico podem afetar sua capacidade de se comunicar e cuidar dos pacientes.

Sandor *et al.* (2006) identificaram e avaliaram as mudanças nas experiências espirituais e a importância das questões espirituais percebida em estudantes de Enfermagem e Medicina que participavam de um curso de "Espiritualidade e Cuidados Clínicos" da Faculdade de Medicina da Universidade do Texas (EUA). Os estudantes que participaram do curso mostraram um aumento significativo na importância percebida da Espiritualidade na prática clínica, maior nas mulheres de ambas as disciplinas e nos estudantes de Enfermagem quando comparados aos de Medicina. As mulheres eram mais confiantes do que os homens em medidas espirituais de apoio.

Anandarajah e Mitchell (2007) desenvolveram, implementaram e avaliaram os resultados de uma disciplina eletiva, com carga horária de 17 horas, sobre "Espiritualidade e Atendimento ao Paciente", que ministraram por dois anos consecutivos para estudantes do quarto ano do curso médico da *Brown Medical School* (EUA) e nos dois anos seguintes para outros profissionais. Trataremos dos aspectos relatados pelos autores no que se refere aos dois anos em que acompanharam os graduandos. Os estudantes conseguiram melhorar: o próprio conhecimento sobre a evidência em relação à Espiritualidade em cuidados de saúde; os recursos clínicos disponíveis; a abordagem e reconhecimento do sofrimento espiritual do paciente, promovendo o atendimento integral. Os pontos fortes do curso relatados pelos estudantes incluíram: diversidade de tópicos e de instrutores; princípios universais; formato em pequenos grupos; discussões de casos; e oportunidade de autorreflexão.

Feldstein *et al.* (2008) descreveram a experiência de introduzir com êxito um currículo sobre Espiritualidade e alfabetização multicultural no Estágio de Medicina Familiar requerido na Faculdade de Medicina da Universidade de *Stanford* (EUA). Propuseram um currículo efetivo que incluía as seguintes atividades de aprendizagem: abordagem transcultural às necessidades espirituais; Espiritualidade no fim de vida; impacto dos valores culturais no fim da vida; formas pelas quais as necessidades culturais e espirituais interagem no fim da vida e interface entre a cultura médica e a cultura do paciente. Os autores concluíram que integrar a Espiritualidade e a cultura com cuidados de fim de vida no currículo médico é um passo essencial para servir a uma sociedade cada vez mais multicultural e multirreligiosa.

Larry Culliford (2009) ministrou cursos semestrais com carga horária total de 32 horas sobre "Espiritualidade e cuidados de saúde" para terceiranistas de Medicina no Reino Unido. A Espiritualidade, que antes era associada exclusivamente com a religião, foi alterada deixando de ser considerada dependente da afiliação, convicção ou prática religiosa. Com o conhecimento, veio a segurança para falar sobre Espiritualidade, que passaram a considerar importante e introduziram rotineiramente na avaliação dos pacientes. Além disso, expressaram sua confiança na capacidade de tomar uma história espiritual, e consideraram que todas as equipes de cuidados em saúde deveriam ser treinadas para atender às necessidades espirituais

dos pacientes, sempre que possível. Os graduandos perceberam que a simples tomada de histórias espirituais parecia beneficiar os pacientes. Alguns relataram que negligenciavam o desenvolvimento espiritual próprio e que tinham dúvida sobre sua relevância, particularmente na Medicina.

Dal-Farra e Geremia (2010) relatam que, desde 1998 a *West Virginia University* apresenta um projeto relativo à Espiritualidade no currículo da faculdade de Medicina. Outra importante instituição americana que também oferece múltiplas atividades relativas às interfaces entre a Espiritualidade e a Saúde é a *Medical University of South Carolina*.

Lucchetti *et al.* (2012b) investigaram a magnitude do ensino de Espiritualidade e Saúde em escolas médicas brasileiras e a maneira como o tema é abordado. Todas as escolas médicas privadas e públicas do Brasil foram convidadas a participar do estudo. De um total de 180, 86 (47,7%) concordaram em participar. Das instituições pesquisadas: nove possuíam um curso específico sobre o tema, sendo quatro (4,6%) obrigatórios e cinco (5,8%) eletivos; 14 (16,2%) relataram que uma aula expositiva sobre Espiritualidade e Saúde constava em algum momento no currículo; 12 (13,9%) indicaram que um membro da faculdade colaborava em um curso ou aula incluindo Espiritualidade e Saúde; quatro (4,6%) assinalaram sediar um evento voltado para Espiritualidade e Saúde, como uma conferência ou seminário; e, duas (2,3%) planejavam implementar um novo curso em Espiritualidade e Saúde em seu currículo. O estudo averiguou que 10,4% das escolas médicas possuíam cursos que ministravam especificamente Espiritualidade e Saúde e 40,5% apresentavam cursos ou conteúdo sobre o tema. Mais da metade dos diretores de escolas médicas (54%) consideraram que o conhecimento em Espiritualidade e Saúde é parte importante do cuidado com o paciente e que deve ser transmitido aos estudantes. Dentre os fatores que podem explicar a sua não inclusão no currículo médico encontram-se o tempo disputado entre outras disciplinas e a falta de pessoal qualificado para ministrar tais cursos.

Lucchetti *et al.* (2013) avaliaram as atitudes, crenças e experiências de estudantes de Medicina de instituições envolvidas no SBAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*), com relação à Espiritualidade e Religiosidade na sua formação acadêmica e na prática clínica. O SBAME é um estudo multicêntrico que conta com a participação de 12 escolas médicas brasileiras, públicas e privadas, que totalizam aproximadamente 5.950 estudantes. Participaram da pesquisa 3.630 estudantes (61%). A maioria acredita que: a Espiritualidade tem impacto sobre a saúde dos pacientes (71,2%), e que esse impacto é positivo (68,2%); o médico deve estar preparado para lidar com questões espirituais relacionadas com a saúde de seus pacientes (61,6%), e este conteúdo deve ser incluído no currículo médico (62,6%). Em relação à prática clínica, 58% abordariam a Espiritualidade e Religiosidade do paciente e

75,3% consideraram o tema relevante, embora menos da metade (48,7%) se sinta preparada para fazê-lo. Quanto a sua formação, 81% relataram nunca ter participado de atividade de Espiritualidade e 78,3% afirmaram que seus professores nunca ou raramente abordaram esta questão. Muitos estudantes acreditam que os pacientes devem ter suas crenças abordadas e validadas, e que estas podem ter importante impacto, não só sobre o prognóstico e resultado do tratamento, como na relação médico-paciente.

Borges *et al.* (2013) desenvolveram um estudo com o objetivo de compreender quais eram os conceitos de Espiritualidade trazidos pelos estudantes de Medicina, e quais os respectivos graus de Religiosidade frente a esses conceitos. Para tanto, realizaram um estudo transversal na Faculdade de Medicina de Jundiaí, um dos centros integrantes do estudo multicêntrico SBAME, com a participação de 51,5% do total de estudantes. Quanto aos aspectos religiosos, 21,2% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana, 38,8% relataram dedicar um tempo a atividades religiosas individuais, como preces, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos diariamente e 73,9% tinham algum tipo de afiliação religiosa (43% católicos, 16,9% espíritas, 7,7% evangélicos e 6,3% outras). Na avaliação dos 210 estudantes, a Espiritualidade foi conceituada principalmente como "crença em algo transcendente à matéria", "crença e relação com Deus/religiosidade" e "busca de sentido e significado para a vida humana". O assunto foi correlacionado com "humanização da medicina" e "interferência positiva/negativa da religiosidade na saúde".

Banin *et al.* (2013) investigaram possíveis diferenças entre as opiniões de 44 docentes médicos e 475 estudantes de graduação em Medicina em relação à Espiritualidade na prática clínica, com o intuito de levantar estratégias para propostas educacionais. Os resultados mostraram que os estudantes não abordaram a Espiritualidade com tanta frequência quanto os docentes; a maioria dos participantes não se sentia preparada para esta abordagem, apesar de acreditar que deveria estar, e a maior parte acreditava que as escolas médicas não estavam fornecendo toda a informação necessária neste campo.

Lucchetti *et al.* (2014) convidaram os estudantes do estudo multicêntrico SBAME a responder a um questionário padronizado. Do total de 5.950 estudantes convidados, participaram da pesquisa 3.630 graduandos (61%). Sobre as questões éticas controversas abordadas, obtiveram os seguintes resultados: a maioria não tem objeção à prescrição de controle de natalidade (90,8%), uso de células-tronco adultas (87,5%), uso de células-tronco embrionárias (82,0%) e aborto por razões genéticas (51,2%). Aproximadamente metade dos estudantes (47,3%) não tem objeção à clonagem humana, 45,7% à retirada do suporte artificial da vida, 41,4% à eutanásia e 23,3% ao aborto por falha na contracepção. Os mais favoráveis às questões éticas eram menos religiosos e de universidades não tradicionais.

Talley e Magie (2014), professores da Universidade de Medicina e Biociências de *Kansas City* (EUA), desenvolveram o currículo "Espiritualidade em Medicina", considerando as competências exigidas pela AAMC e resultados qualitativos de pesquisas com vestibulandos e estudantes matriculados nas escolas médicas. As estratégias incluíram palestras, painéis de discussão, *role-playing* e treinamento no uso de uma ferramenta de avaliação de Espiritualidade. A maioria dos 250 estudantes que recebeu o treinamento foi capaz de demonstrar as seguintes competências: ser sensível às necessidades espirituais e culturais dos pacientes; avaliar as necessidades espirituais dos pacientes e suas próprias necessidades; e, compreender os efeitos das disparidades de saúde e questões éticas sobre o atendimento ao paciente. Com base nos resultados satisfatórios obtidos, a Universidade decidiu incluir este curso no currículo obrigatório da Medicina. Essa proposta enfatizou a vinculação do profissional com as questões espirituais desde a sua formação, entendendo como relevantes não apenas as questões do paciente, mas também a do próprio médico.

Reginato, De Benedetto e Gallian (2016) ofereceram aos estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, a disciplina eletiva intitulada "Espiritualidade e Medicina", com o objetivo geral de levar o estudante a perceber a importância da influência da Espiritualidade no tratamento do paciente e, também, a sua participação como instrumento de humanização no atendimento. O curso foi estruturado com carga horária total de 32 horas, distribuídas em aulas teóricas e seminários. Os autores avaliaram por um período de quatro anos o quanto a percepção dos estudantes em relação ao tema Espiritualidade e Saúde foi ampliada ao se promover o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente e qual o grau de importância desse aprendizado para sua formação pessoal, profissional e humanística. A maioria dos participantes possuía uma religião e atribuía importância à presença de Deus em suas vidas, 50% da amostra participava habitualmente das práticas religiosas; 20% eram agnósticos e a minoria era de ateus. A visão acerca de Espiritualidade foi bastante variada, por vezes voltada a um conceito religioso, outras apontando mais para um sentido da vida, mas quase sempre relacionado à transcendência. Os autores concluíram que a abordagem da Espiritualidade na graduação indica uma educação médica mais humanística, pois a conscientização da importância da dimensão espiritual no tratamento do paciente manifesta o ressurgimento de uma Medicina de valorização do ser humano em toda a sua complexidade. Segundo os participantes, ao criar cenários didáticos, a disciplina permitiu que lançassem um novo olhar ao tema e trabalhassem sentimentos e emoções que afloraram de forma natural promovendo seu crescimento como seres humanos.

Damiano *et al.* (2017) investigaram como diferentes crenças e experiências poderiam influenciar a empatia em uma amostra brasileira de estudantes de Medicina. Religiosidade e

experiência anterior com doença grave não foram associadas à empatia, ao contrário do que acreditavam os autores. Ter uma afiliação religiosa ou um envolvimento religioso por si só pode ter a mesma influência sobre a empatia que alguns domínios de Espiritualidade, como lidar com suas próprias emoções e expectativas e ter um significado e propósito na vida. Deve-se fazer mais para abordar em que atividades os estudantes de Medicina encontram significado e propósito na vida e possíveis mecanismos para desenvolvê-las. Concluíram que a empatia está associada ao significado de vida e tratamento de saúde mental, mas não à Religiosidade entre os estudantes de Medicina do Brasil.

Atkinson *et al.* (2018) desenvolveram e implementaram um curso sobre Espiritualidade e Medicina projetado especificamente para o estágio clínico do terceiro ano em Cirurgia/Anestesiologia. Os principais objetivos do curso eram: capacitar o estudante de Medicina para integrar Espiritualidade e Religiosidade no manejo perioperatório de pacientes; habilitá-lo na tomada de história espiritual usando a ferramenta FICA (**F** – *Faith and Belief* / **I** – *Importance* / **C** – *Community* / **A** – *Address in Care*) (PUCHALSKI; ROMER, 2000).

Atkinson *et al.* (2018) utilizaram dois casos clínicos específicos com foco cirúrgico:

Caso 1: mulher de 25 anos que sofreu queimaduras recusa um enxerto de pele quando informada que o enxerto é porcino (a paciente pode ser judia, muçulmana ou vegana). Crenças culturais ou religiosas podem ser as motivações para a recusa do enxerto e precisam ser exploradas. A tomada de história espiritual por meio do questionário FICA pode dirimir dúvidas e direcionar o médico para outras opções de tratamento.

Caso 2: homem de 48 anos que necessita de uma laparotomia exploratória urgente devido a dor abdominal aguda, e quer usar seu colar (amuleto significativo) na cirurgia "caso algo aconteça". A ferramenta FICA pode ser usada, incluindo questionamentos direcionados, tais como: "conte-me mais sobre o seu colar" para saber se o significado é sentimental, cultural ou religioso; e "fale sobre seus medos e preocupação com esta cirurgia", para conhecer os seus receios. É importante não rejeitar as necessidades religiosas dos pacientes e evitar a possível desconexão entre como um comentário é pretendido, e como é percebido – por exemplo, quando o médico responde "nada vai dar errado" ao invés de atender à solicitação do paciente.

Ray e Wyatt (2018) examinaram o papel da Religião e da Espiritualidade como um ativo cultural em uma amostra de estudantes de Medicina com diferentes crenças religiosas. Aqueles que se identificaram como religiosos ou espiritualistas já as utilizaram em suas vidas acadêmicas,

habilitando-se desde então para aplicá-las na prática clínica. Poucas pesquisas examinaram o papel que a Religião e a Espiritualidade têm na vida de estudantes de Medicina, especialmente aqueles que não são cristãos. Os resultados indicam que, embora os estudantes tenham antecedentes religiosos e espirituais variados, utilizam esses recursos de maneiras semelhantes como: mecanismo de enfrentamento do estresse da faculdade de Medicina; ferramenta de propósito e significado nos momentos difíceis; sustentação nas decisões clínicas/éticas e para processar a morte; e, uma maneira de pensar sobre a prática de atendimento centrado no paciente. Tomados em conjunto, esses resultados indicam que a Religião e a Espiritualidade servem como ativos culturais poderosos que ajudam os estudantes a navegar por suas experiências educacionais e pelos desafios que antecipam como médicos.

Smothers *et al.* (2019) desenvolveram um estudo, com o objetivo de determinar se uma intervenção educacional focada no papel da Espiritualidade na Saúde afeta positivamente as atitudes e percepções dos estudantes de Medicina em relação a este tópico. A intervenção educacional consistiu em uma palestra de 60 minutos com foco em Religiosidade/Espiritualidade na área da Saúde, seguida de uma discussão de caso de 90 minutos. Após a intervenção, os estudantes expressaram disposição crescente de incluir a dimensão espiritual em sua prática futura, sentiram-se mais confortáveis em compartilhar suas próprias crenças com o paciente, quando apropriado, e mais dispostos a adotar a tomada de história espiritual do paciente. Concluíram que uma intervenção educacional focada na abordagem de pacientes com problemas de Religiosidade/Espiritualidade tem a capacidade de melhorar as atitudes e diminuir o desconforto dos estudantes com relação ao tema.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de treinamento para integrar Espiritualidade nos cuidados ao paciente é cada vez mais reconhecida na educação médica, sendo importante que os estudantes possam: conhecer os fundamentos das religiões, a fim de adquirir subsídios para validar as crenças e entender as necessidades espirituais dos pacientes; explorar os instrumentos divulgados na literatura pertinente, que norteiam a obtenção da história espiritual do paciente; proceder à tomada da história espiritual do paciente por algumas vezes, pois assim não será considerada desperdício de tempo; e, lançar um olhar para a morte, pois só o homem que aceita a morte está preparado para a vida e para lidar com a sua finitude (PUCHALSKI, 2001).

A literatura científica mostra um significativo aumento no bem-estar quando os estudantes de Medicina se concentram em sua Espiritualidade. Quando usam oração e meditação são capazes de mitigar fortes reações emocionais a eventos desafiadores, e quando recebem oportunidades estruturadas para identificar e pensar em suas próprias estratégias de

enfrentamento com a morte, tornam-se melhor preparados para processar a morte de pacientes (RAY; WYATT, 2018).

Apropriar-se da dimensão espiritual como recurso terapêutico para o exercício da prática clínica, no decorrer de sua formação acadêmica, é apoderar-se de uma sofisticada ferramenta no exercício da relação médico-paciente. Validar a dimensão espiritual proporcionará ao médico maior demonstração de compaixão e altruísmo, e despertará maior empatia e confiança no paciente (REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

O paciente é um indivíduo indissociável de suas crenças e de seus princípios. A literatura consultada traz resultados fortemente positivos para a inclusão do ensino da Espiritualidade/Religiosidade nas matrizes curriculares das escolas médicas, no entanto, poucas estratégias e modelos educacionais publicados nesse assunto podem ser encontrados. Ao se reconhecer habilitado por ações didático-pedagógicas, o estudante sente-se seguro para realizar a tomada da história espiritual do paciente, percebe a relevância da dimensão espiritual e da validação das crenças religiosas como parte do cuidado integral ao paciente na prática clínica.

REFERÊNCIAS

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am. Fam. Physician**, v. 63, n. 1, p. 81-88, 2001.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=2001%5Bpd%20AND%20Spirituality%20and%20medical%20practice%3A%20the%20HOPE%20questions%20as%20a%20practical%20tool%20for%20spiritual%20assessment&TransSchema=title&cmd=detailsearch>.

ANANDARAJAH, G.; MITCHELL, S. M. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 years' experience, evaluation, and expansion to the family medicine residency.

Family Medicine, v. 39, n. 5, p. 313-315, 2007. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/6352802_A_Spirituality_and_Medicine_Elective_for_Senior_Medical_Students_4_Years'_Experience_Evaluation_and_Expansion_to_the_Family_Medicine_Residency.

ATKINSON, H. G. *et al.* Teaching third-year medical students to address patients' spiritual needs in the surgery/anesthesiology clerkship. **MedEdPORTAL**, v. 14, p. 10784, 2018.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6354800/>.

BANIN, L. B. *et al.* Spirituality: do teachers and students hold the same opinion? **Clin. Teacher**, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1743-498X.2012.00576.x>.

BARNETT, K. G.; FORTIN, A. H. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 21, n. 5, p. 481-485, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16704392>.

BENSON, H.t; PUCHALSKI, C. M. **Spirituality & Healing in Medicine**: Including New Intercessory Prayer Findings and the Concept of Emergence. December 2-3, 2006 The Westin Copley Place, Boston, MA.

BOOTH, B. More Schools Teaching Spirituality in Medicine. **Am. Med. News**, v. 51, n. 10, p. 13, March 10, 2008.

BORGES, D. C. *et al.* Saúde, Espiritualidade e Religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Rev. Bras. Clín. Méd.**, v. 11, n. 1, p. 6–11, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=668505&indexSearch=ID>.

BORRAGINI-ABUCHAIM, S.C. **Espiritualidade/Religiosidade como Recurso Terapêutico na Prática Clínica**: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. 2018. 174f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_219_silvia_abuchaim.pdf.

BORRAGINI-ABUCHAIM, S. C.; ALONSO, L. G.; TARCIA, R. M. L. **Spirituality-Religiosity as a Clinical Therapeutic Resource**: Historical Trajectory and Current State of the Art. *In*: Marcelo Saad; Roberta de Medeiros. (Org.). *An Examination of Religiosity – Influences, Perspectives and Health Implications*. 1ed. New York: Nova Science Publishers, 2019, v. 1, p.1-30.

CHIBNALL, J. T.; DUCKRO, P. N. Does exposure to issues of spirituality predict medical students' attitudes toward spirituality in medicine? **Acad. Med.**, v. 75, p. 661, 2000. Disponível em:

https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2000/06000/does_exposure_to_issues_of_spirituality_predict.20.aspx.

CHIBNALL, J. T. *et al.* Medical school exposure to spirituality and response to a hypothetical cancer patient. **J. Cancer Educ.**, v. 17, n. 4, p. 188-190, 2002. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12556053>.

CULLIFORD, L. Teaching spirituality and health care to third-year medical students. **Clin. Teacher**, v. 6, p. 22-27, 2009. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1743-498X.2008.00259.x>.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 34, n. 4, p. 587–597; 2010. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400015.

DAMIANO, R. F. *et al.* Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiosity Among Brazilian Medical Students. **J. Religion & Health**, v. 56, p. 1003–1017, 2017. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/309449015_Empathy_is_Associated_with_Meaning_of_Life_and_Mental_Health_Treatment_but_not_Religiosity_Among_Brazilian_Medical_Student.

FELDSTEIN, C. B. D. *et al.* Integrating spirituality and culture with end-of-life care in medical education. **Clin. Gerontol.**, v. 31, n. 4, p. 71–82, 2008. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317110801947185?scroll=top&needAccess=true&journalCode=wcli20>.

FORTIN, A. H.; BARNETT, K. G. Medical school curricula in spirituality and medicine. **JAMA**, v. 291, n. 23, p. 2883, 2004. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/198943>.

GRAVES, D. L.; SHUE, C. K.; ARNOLD, L. The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. **Acad. Med.**, v. 77, n. 11, p. 1167, 2002.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/11035346_The_role_of_spirituality_in_patient_care_incorporating_spirituality_training_into_medical_school_curriculum.

GWish. Institute for Spirituality and Health, George Washington School of Medicine and Health Sciences. **GWish Canada Initiative**. 2004. Disponível em:

<https://smhs.gwu.edu/gwish/resources>. Acesso em: 06 nov. 2019.

GWish. Institute for Spirituality and Health, George Washington School of Medicine and Health Sciences. **Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum (ISPEC)**. 2018. Disponível em: <https://smhs.gwu.edu/gwish/interprofessional-spiritual-care-education-curriculum-ispec>.

Acesso em: 06 nov. 2019.

KING, D. E. *et al.* Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school. **Teach. Learn. Med.**, v. 16, n. 1, p. 64-68, 2004. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/8683437_Implementation_and_Assessment_of_a_Spiritual_History_Taking_Curriculum_in_the_First_Year_of_Medical_School.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Med. Education**, v. 44, p. 527, 2010. Disponível em:

<https://europepmc.org/article/med/20374463>.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in Medical Education. Global reality? **J. Relig. Health**, v. 51, p. 3–19, 2012a. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/51843168_Spirituality_in_Medical_Education_Global_Reality.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med. Educ.**, v. 12, p. 78, 2012b. Disponível em:

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-78>.

LUCCHETTI, G. *et al.* Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. **BMC Med. Educ.**, v. 13, p. 162, 2013. Disponível em:

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-162>.

- LUCCHETTI, G. *et al.* Collaborators. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. **BMC Med. Ethics**, v. 15, p. 85, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25511565/>.
- MARIOTTI, L. G. L. *et al.* Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Med. Teacher**, v. 33, n. 4, p. 339–340, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51145408_Spirituality_and_medicine_views_and_opinions_of_teachers_in_a_Brazilian_medical_school.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, Saúde e Espiritualidade. **Ciênc. Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307440645_Panorama_das_pesquisas_em_ciencia_saude_e_espiritualidad.e
- MUSICK, D. W. *et al.* Spirituality in Medicine: A Comparison of Medical Students' Attitudes and Clinical Performance. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 67-73, 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/10693283_Spirituality_in_Medicine_A_Comparison_of_Medical_Students'_Attitudes_and_Clinical_Performance
- NEELY, D.; MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Med. Educ.**, v. 42, p. 176–182, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18230090/>.
- PUCHALSKI, C.M., LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad. Med.**, v. 73, p. 970–974, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9759099/>.
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J. Palliat. Med.**, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15859737/>.
- PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. **Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent.)**, v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305900/>.
- PUCHALSKI, C. Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. **J. Cancer Educ.**, v. 21, n. 1, p. 14-18, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16918282/>.

RAY, C.; WYATT, T. R. Religion and spirituality as a cultural asset in medical students. **J. Relig. Health**, v. 57, n. 4, p. 1062-1073, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/322647811_Religion_and_Spirituality_as_a_Cultural_Asset_in_Medical_Students.

REGINATO, V.; DE BENEDETTO, M. A.C.; GALLIAN, D. M. C. Espiritualidade e Saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trab. educ. saúde** [online], v. 14, n. 1, p. 237–255, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100237&script=sci_abstract&tlng=pt)

[77462016000100237&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100237&script=sci_abstract&tlng=pt).

SAJJA, A.; PUCHALSKI, C. Medicine and society – training physicians as healers. **AMA J. Ethics**, v. 20, n. 7, p. E655-663, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30007026/>

SANDOR, M. K. *et al.* Spirituality and clinical care: Exploring developmental changes in nursing and medical students. **Explore** (NY), v. 2, n. 1, p. 37–42, 2006. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16781607/>.

SMOTHERS, Z. P.W. *et al.* Efficacy of an educational intervention on students' attitudes regarding spirituality in healthcare: a cohort study in the USA. **BMJ Open**, v. 9, n. 4, p. e026358, 2019. doi:10.1136/bmjopen-2018-026358. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30948601/>.

TALLEY, J. A.; MAGIE, R. The integration of the “Spirituality in Medicine” curriculum into the osteopathic communication curriculum at Kansas City University of Medicine and Biosciences.

Acad. Med., v. 89, n.1, p. 43-47, 2014. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/258954483_The_Integration_of_the_Spirituality_in_Medicine_Curriculum_Into_the_Osteopathic_Communication_Curriculum_at_Kansas_City_University_of_Medicine_and_Biosciences.

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA EM UNIDADES DE SAÚDE DA SUPERVISÃO TÉCNICA DA SÉ DA CIDADE DE SÃO PAULO

Fernanda Barbosa Pinto de Faria
Escola Oriental de Massagem e Acupuntura
São Paulo – SP

Lidia Ruiz Moreno
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC), fundamentada na promoção, prevenção, visão holística e ênfase no autocuidado, adéqua-se às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde e aos princípios do SUS. Segundo determina a Política Nacional de Práticas Integrativas-Complementares – PNPIC, a MTC vem sendo utilizada no sistema público de saúde do Brasil. Porém, sua inserção enfrenta numerosos desafios relacionados aos processos de formação para exercê-la, à caracterização das práticas realizadas e às concepções de saúde utilizadas. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, objetivou caracterizar a formação em MTC de profissionais em unidades de saúde na cidade de São Paulo. Como principais desafios na formação destacam-se a falta de padronização e sistematização das propostas curriculares, a escassez de produção científica e o modelo pedagógico tradicional dos docentes. Os princípios da MTC e a formação e prática dos profissionais têm muito a contribuir com o atual modelo biopsicossocial de saúde no Brasil, embora medidas efetivas devam ser estabelecidas para utilização e ampliação da MTC, garantindo sua aplicação com segurança e qualidade.

Palavras chave: 1. Medicina Tradicional Chinesa. 2. Terapias Complementares. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Medicina Integrativa.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil constitui um dos primeiros países do ocidente a criar uma política nacional que regulamenta a utilização de práticas integrativas no serviço público. Um marco importante, mas para garantir esse avanço ainda há a necessidade de diversas intervenções (LUZ, 2005).

A Política Nacional de Práticas Integrativas-Complementares – PNPIC, no Sistema Único de Saúde – SUS, foi aprovada em maio de 2006 e recomenda a adoção da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia e termalismo social por todas as secretarias de saúde dos estados, municípios e distrito federal. Esta política tem como objetivos, entre outros, a prevenção, promoção e recuperação da saúde, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, a promoção e racionalização das ações de saúde; o estímulo das ações de participação social, promovendo o envolvimento responsável dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Barros e Nunes (2006), a PNPIC, com a lógica integrativa contribui na superação do conceito excludente de “alternativo”, favorecendo a sociabilização de práticas de saúde antes subordinadas ao modelo biomédico.

A globalização cultural permite um maior acesso às culturas de outros países e contribui para a compreensão do pensamento oriental. Embora ainda haja a prevalência da abordagem biomédica, pode-se observar a superação da relação hierárquica de um modelo em relação a outro (FRÓIO, 2006).

As práticas integrativas contribuem potencialmente para a promoção da saúde, e estão inseridas em racionalidades médicas, que defendem o autocuidado como princípio básico na manutenção da saúde, dessa forma consideram determinante a participação ativa do paciente no tratamento. Contudo, há ainda entraves significativos relacionados à escassez de atores e instituições vinculadas a outras racionalidades médicas convergentes com o ideário do SUS, supervalorizando algumas práticas o que compromete principalmente a promoção da saúde. (TESSER, 2009).

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) inclui a acupuntura, as práticas corporais, *liang gong, chi gong, tui na, tai chi chuan*, as práticas mentais, meditação, orientação alimentar e o uso de plantas medicinais, fitoterapia, com o objetivo de prevenção de doenças e promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

O paradigma da MTC é centralizado na saúde, o seu objetivo principal é a existência de cidadãos saudáveis sendo o princípio do auto cuidado um dos pontos essenciais, o indivíduo passa a assumir a responsabilidade, a medida que é estimulado a conhecer melhor o seu

processo de saúde-doença e executar as mudanças necessárias no seu estilo de vida para a promoção da sua saúde, tornando-se um agente de cura de si mesmo. Dessa forma a intervenção profissional passa a ter como objetivo principal a recuperação e ou promoção da saúde dos sujeitos (LUZ, 2005).

São características da MTC, a centralidade na saúde, a consideração da singularidade do indivíduo, a relação profissional-paciente no processo saúde-doença, o uso de modelos diagnósticos terapêuticos simples, sem necessidade de sofisticados equipamentos tecnológicos e a participação ativa do paciente na terapia/ tratamento. Na MTC o paciente assume o papel principal na manutenção de sua saúde, ele é incentivado a se conhecer melhor para identificar as manifestações do seu corpo em relação à interação com o ambiente no sentido de evitar agentes nocivos. Assim, os primeiros sinais de desequilíbrio do organismo são percebidos muito antes da instalação da doença. A interação profissional-paciente é centrada no conhecimento do paciente e na reflexão e decisões de ambos para que mudanças de hábitos e o estilo de vida contribuam com a promoção da saúde (LUZ, 2005).

A PNPIC garante a qualidade, efetividade e segurança com a introdução e desenvolvimento das práticas integrativas ancoradas na pesquisa, na formação profissional e na inserção em todos os níveis de atenção. As diretrizes da política enfatizam o caráter multiprofissional; a elaboração de mecanismos de financiamento e de normas técnicas e operacionais para utilização das práticas integrativas. As ações preveem também a articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde, o desenvolvimento de estratégias de qualificação em práticas integrativas, a divulgação dos conhecimentos básicos para os profissionais da saúde, gestores e usuários, a busca de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral e o fortalecimento de participação social.

Após a implementação da PNPIC alguns avanços ocorreram, entre 2006 e 2007 aumentou em 30% o número de cidades que oferecem a acupuntura, além de um incremento significativo das consultas nessa prática. É evidente que a divulgação da política contribui para a ampliação das práticas, mas há também a inclusão de diversas profissões da área da saúde, não exclusivamente a medicina, para a atuação com a acupuntura, o que propicia o aumento do número de consultas (SANTOS *et al.*, 2009).

É indiscutível a importância da aprovação da PNPIC no SUS e as mudanças que ocorreram entre 2006 e 2018. Segundo o Ministério da Saúde foram identificados mais de 5000 estabelecimentos de saúde e 30 mil equipes de atenção básica no território nacional, ofertando práticas alternativas e complementares. Em março 2017, o Ministério da Saúde, através da portaria 849 incluiu 14 novas práticas de medicina integrativa e em março de 2018, pela Portaria 702 outras 10 práticas foram incluídas na PNPIC (BRASIL, 2018).

Entretanto o processo de institucionalização da PNPIC encontrou entraves por conta da falta de planejamento e coordenação do Ministério da Saúde e pela inexistência orçamentária para sua efetiva implantação. Em março de 2018 foi criada a Coordenação Nacional da PNPIC. Apesar da relevância de sua criação ela ainda não foi regulamentada, há também ausência de informações sobre o processo de implantação das práticas incluídas nas portarias 849 e 702 (SOUSA; BARROS, 2018).

Existe um movimento favorável à implantação das práticas integrativas no serviço público e o aprimoramento dos profissionais da saúde no Brasil. Porém há alguns entraves nos processos de formação para exercê-las, na caracterização das práticas realizadas e nas concepções de saúde utilizadas.

É em um contexto contraditório que as práticas integrativas estão sendo institucionalizadas. Por um lado encontramos as resistentes raízes de uma concepção de saúde convencional, biologicista e reducionista, e por outro a incorporação e crescente aceitação do modelo biopsicossocial que privilegia a visão integrativa do paciente e a relação profissional-paciente mais humanizada, presente nos princípios do SUS e nas DCN para os cursos da área da saúde.

Introduzir e desenvolver as práticas integrativas em um contexto onde parte da população, dos profissionais da saúde e dos gestores são influenciados pelo modelo biomédico, representa um grande desafio. É evidente que a aprovação da PNPIC não é suficiente para que realmente sejam estabelecidas as práticas integrativas no serviço público, ela é de fato imprescindível, porém, se não houver um processo de educação dos usuários, da equipe multiprofissional e dos gestores do serviço público, as práticas integrativas podem ser descaracterizadas nos seus princípios essenciais.

Nesse contexto o objetivo deste trabalho foi caracterizar as concepções, as práticas e o processo de formação em Medicina Tradicional Chinesa dos profissionais que atuam em unidades do Serviço público de saúde na cidade de São Paulo.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho foi conduzido dentro da abordagem qualitativa. Como contexto da pesquisa inicialmente foi considerado o universo de catorze unidades que integram a supervisão técnica da Sé na região Centro-Oeste de São Paulo. O critério de inclusão consistiu em escolher aquelas unidades que ofereciam práticas de MTC nessa região. Das catorze unidades apenas seis respondiam a esse critério, segundo a Coordenadoria Regional de Saúde – Centro-Oeste. Das seis unidades previamente selecionadas apenas duas confirmaram a efetiva realização destas práticas. Nessas unidades os doze profissionais que atuavam com práticas pertinentes a

MTC participaram do estudo.

A coleta de dados se realizou através da aplicação de questionário fechado e de entrevista semiestruturada aos 12 profissionais que oferecem práticas de MTC nas duas unidades de saúde que aceitaram participar da pesquisa. Os participantes foram denominados de E1 a E12 e as entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora, em um encontro com duração média de 50 minutos aproximadamente.

Para o tratamento dos dados coletados pelo formulário, optou-se pela sistematização através de uma planilha do Programa Excel, e posterior elaboração de gráficos e quadros. A análise de conteúdo foi utilizada para os dados obtidos através da entrevista e orientada pelos seguintes núcleos: Perfil profissional; Práticas e Concepções em MTC e Formação em MTC.

Nesta pesquisa, as mensagens não foram analisadas isoladamente, pois elas estão envolvidas num contexto individual e coletivo que traduz o seu verdadeiro conteúdo. Situam-se em um momento histórico e são influenciadas por crenças, ideologia, condições afetivas, econômicas, sociais, espirituais e físicas que devem ser consideradas (FRANCO, 2003).

Após a realização das entrevistas, que foram gravadas, a organização dos dados foi conduzida nas seguintes etapas: Transcrição textual, tomando o cuidado com a omissão de nomes; pré-análise do material coletado através da leitura e releitura das entrevistas transcritas; sistematização das respostas dos sujeitos, conforme os núcleos orientadores; agrupamento e ordenação das respostas por temáticas convergentes; construção dos núcleos temáticos; leitura analítica dos núcleos temáticos à luz da literatura.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Os participantes da pesquisa concordaram em participar do estudo através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos revelou que na supervisão técnica da Sé, das seis unidades de saúde que oferecem a MTC, segundo a coordenadoria regional de saúde Centro-Oeste, apenas duas confirmaram sua efetiva realização, revelando uma oferta restrita da MTC nesse setor. Embora exista uma política pública que estimula a expansão da MTC no serviço público, ainda há evidências de certa restrição na oferta aos usuários. Estudos que visem identificar esta realidade são necessários junto com pesquisas sobre os desafios inerentes a sua efetiva implementação, garantido assim o princípio de universalidade do SUS.

As entrevistas com profissionais praticantes da MTC e a construção dos nexos com a literatura possibilitaram desvelar dimensões importantes no campo da MTC nas unidades de

saúde do serviço público de São Paulo, estudadas. Em relação ao perfil desses profissionais, identificamos a presença de nove do sexo feminino e três do masculino. A faixa etária de cinco participantes foi de 41 a 51 anos e de sete de 51 a 60 anos. Levando em consideração o processo de formação, vínculo empregatício, inserção na unidade e prática de MTC desenvolvida foi possível identificar existência de dois grupos, médicos e outros profissionais da saúde.

O grupo dos cinco profissionais médicos possui especialização em Acupuntura, concursado no serviço público, exerce a função assistencial na unidade de saúde e trabalha exclusivamente com a prática de Acupuntura, num regime de 20 horas/semanais.

Embora a PNPIC defenda a utilização da Acupuntura por qualquer profissional da área da saúde, desde que especializado em MTC, nas unidades de saúde pesquisadas, apenas os médicos são autorizados pela gestão local a realizar essa prática. A atuação exclusiva dos médicos com a prática de Acupuntura, nas unidades estudadas, pode revelar a luta corporativa desses profissionais para que se considere essa prática como especialidade médica.

A PNPIC estabelece o caráter multiprofissional da oferta de práticas integrativas, incluindo todas as categorias profissionais atuantes no SUS. Porém, Santos *et al.* (2009) revelam que, em 2007, das 112 cidades que registraram os seus atendimentos em Acupuntura no SUS, apenas 41 cidades oferecem acupuntura realizada por profissionais não médicos.

O grupo de sete profissionais de outras áreas da saúde desenvolve na unidade as técnicas corporais e meditativas da MTC como: *Tai chi pai lin*, *lian gong*, *tui na* e meditação. Esses profissionais apresentam marcada diversidade em relação ao regime de trabalho, vínculo com a unidade, carga horária de trabalho e nível de escolaridade. Nesse grupo, existem profissionais graduados na área da saúde (uma fonoaudióloga, duas psicólogas, um assistente social e um terapeuta ocupacional), profissionais pós-graduados e profissionais sem graduação.

Todos os profissionais (médicos e não médicos) entrevistados foram contratados na unidade para exercerem atividades administrativas ou assistenciais dentro do pressuposto da Medicina convencional/ocidental e posteriormente direcionaram a sua prática parcialmente ou completamente para a MTC. Existem profissionais que exercem dupla função na unidade, a atividade em MTC e atividades administrativas ou assistenciais relacionadas às práticas da Medicina convencional, pelas quais foram contratados.

Os **atributos dos profissionais** que trabalham com MTC, na ótica dos entrevistados, incluem: visão holística, atitude equilibrada, postura humanista, facilidade de escuta e capacidade de autocuidado. Essas características são coincidentes com os princípios da MTC, sugerindo que esses profissionais incorporam essa filosofia na sua vida pessoal, extrapolando o campo profissional, pois são atributos que determinam o ser e não apenas o fazer. Esse é um fator determinante para a utilização e ensino das práticas da MTC. A sua filosofia implica o

cuidado da própria saúde, o desenvolvimento pessoal e equilíbrio psicofísico do profissional, para assim ter condições de cuidar do outro.

Uma contribuição importante da MTC no Ocidente é a mudança do paradigma em relação aos processos de saúde e doença. Muito além de suas práticas terapêuticas, seus princípios estimulam a melhor relação do ser humano consigo mesmo, com a sociedade e com o mundo em que vivemos.

A MTC vai além de suas técnicas e sua grande riqueza está nos seus princípios filosóficos, princípios que devem ser incorporados pelo profissional para sua adequada utilização, uma vez que não há como sensibilizar o outro em relação à adoção de uma nova filosofia de vida sem vivenciá-la profundamente (PALMEIRA, 1990).

Os profissionais foram indagados sobre as **motivações** que os impulsionaram a direcionar sua carreira na MTC. Das respostas obtidas, foi possível identificar quatro unidades temáticas: Insatisfação com a Medicina convencional; Uso pessoal da MTC, Oportunidade de desenvolvimento profissional e Tradição familiar.

A insatisfação com a Medicina convencional e a identificação com as técnicas e seus princípios filosóficos foram relatados por sete dos entrevistados:

[...] pessoalmente eu fui atrás de algo que pudesse suprir as questões, que só a psicologia não dá conta, a Medicina convencional não dá conta (E7).

Os profissionais que atuam com as práticas físicas (*lian gong e tai chi pai lin*) e meditativas, utilizam essas práticas em benefício próprio, e alguns, antes mesmo de se direcionarem profissionalmente para a MTC. Os profissionais que atuam com Acupuntura também referiram à utilização pessoal das práticas meditativas e físicas e a adoção de princípios da MTC como autoconhecimento, autocuidado, promoção de saúde. Na opinião dos participantes o uso das práticas de MTC teve como consequência à redução do uso de medicamentos.

[...] hoje eu não pego um resfriado, eu não tomo um antibiótico, não. Faz mais de seis anos que eu não sei o que é isso. Por causa, tenho certeza, que é por causa da Medicina chinesa, que ou vai para Acupuntura, ou vai pra Fitoterapia; eu também mexo com a Fitoterapia ou pela prática, porque faço Yoga diariamente; mas tenho certeza que é por causa disso. Porque você sabe, antigamente, o pessoal pegava gripe todo mundo ficava gripado. Você sabe evitar, porque você sabe por onde entra e como funciona, então entre tantas coisas que já não fico doente (E8).

A MTC apresenta princípios que envolvem a mudança do comportamento do profissional. Essa via terapêutica exige envolvimento profundo, pois os profissionais adotam as bases filosóficas em sua vida pessoal. Além disso, a crescente insatisfação com a Medicina convencional e conseqüentemente com o modelo biomédico incentivaram os profissionais da saúde a procurarem novos caminhos que foram reafirmados pelos resultados que comprovam, na vida pessoal, a eficácia dessas técnicas (NASCIMENTO, 1998; LUZ, 2005; IORIO, 2007).

Entre os entrevistados, quatro, relacionam a Oportunidade de desenvolvimento profissional oferecida na unidade de saúde para a realização da formação em MTC e direcionamento profissional para área.

Eu tive uma oportunidade no serviço público me ajudou bastante, espontaneamente, eu tinha vontade de conhecer a técnica, mas quando a própria prefeitura incentivou médicos a desenvolverem a formação, abriu possibilidade com alguns convênios, no setor público Municipal, onde eu fiz. Eu acho que foi um incentivo (E9).

Uma das diretrizes da PNPIC é capacitação profissional para a atuação com as práticas integrativas (BRASIL, 2006). Em São Paulo, em 2002, foi desenvolvido um projeto de implantação da MTC no sistema público que apresentou a estratégia de formação de novos profissionais, através de cursos oferecidos pela prefeitura (SÃO PAULO, 2002).

Na educação permanente a satisfação das necessidades pessoais, aliadas as necessidades institucionais, pode proporcionar mudanças significativas, uma vez que promove o treinamento profissional considerando o contexto de trabalho (BRASIL, 2004).

Um entrevistado colocou como motivo principal para sua profissionalização em MTC, a Tradição familiar. "Eu gosto, e a origem oriental eu já tinha, meus avós e tios que faziam, já vi bons resultados" (E11).

A tradição cultural e a origem oriental foram aspectos considerados importantes na introdução e implantação da MTC no país e no mundo, pois foram os imigrantes orientais os grandes responsáveis pela disseminação da MTC no ocidente. Esses imigrantes aprendiam as práticas, através de ensinamentos transmitidos pelos seus familiares entre as gerações (FRÓIO, 2006).

Em um estudo realizado por Iorio, Siquera e Yamamura (2010), com 175 médicos do curso de MTC – acupuntura da Universidade Federal de São Paulo, sobre as motivações para a especialização em acupuntura, demonstra que 65,7% dos entrevistados estão insatisfeitos com as suas especializações da medicina convencional, além disso, acreditam que a especialidade promove uma relação médico-paciente diferente das outras áreas da medicina convencional.

Entre as questões abordadas relatam a preocupação na precária adesão ao tratamento por parte do paciente, no que se refere à mudança de comportamento em relação ao estilo de vida, fundamental para a cura de diversas afecções. Entendem que as características do tratamento com acupuntura podem contribuir para uma melhor participação do paciente em seu processo de cura, já que a prática semanal da acupuntura e a abordagem holística e multidisciplinar permitem uma maior proximidade médico-paciente, proporcionando ao médico a atuação na averiguação da adesão ao tratamento e mudança do estilo de vida. Os profissionais que participaram desse estudo relataram que os motivos que os levaram a buscar a especialização em acupuntura foram: aprimoramento profissional, ampliação do horizonte de vida e compreensão do paciente em uma dimensão mais abrangente.

Em relação ao **processo de formação em acupuntura**, os profissionais que participaram dessa pesquisa, mencionaram uma diversidade de instituições públicas e privadas nas quais realizaram a sua formação: Universidade Federal de São Paulo; Associação Médica Brasileira de Acupuntura; Hospital do Servidor Público Municipal; Associação Brasileira de Acupuntura e Dr. Hong.

Além da variedade de instituições ficou também evidenciada a diversidade de propostas curriculares e carga horária no processo formativo dos profissionais. A duração do curso vai de um a dois anos, a frequência dos encontros varia de um dia/mês até quatro horas semanais. O dado sobre o ano de realização do curso por parte dos profissionais entrevistados abrangeu o período de 1985 a 2006.

As instituições onde se formaram os profissionais que praticam *Tai chi Pai Lin* incluem também as de natureza pública e privada, e compreendem a Associação *Tai Chi Pai Lin* e a Prefeitura de São Paulo. A duração do processo formativo compreendeu de 8 meses a 10 anos, a frequência dos encontros variou de um dia por semana, até dois ou três dias por semana, apenas na Prefeitura foram realizadas atividades de supervisão, o ano de formação foi de 1991 a 2005.

Os profissionais que realizaram a formação em *lian gong* relataram que aconteceu na prefeitura de São Paulo, entre 2003 e 2007, com frequência de 2 horas semanais e a duração da formação apresentou grande variação (entre 3 a 12 meses).

Os dados coletados indicam que existe maior padronização na formação em Acupuntura, comparado com as práticas corporais e meditativas, que mostram maior diversidade de carga horária, duração dos cursos e critérios de admissão dos profissionais.

Essa falta de critérios para admissão nos cursos em MTC oferecidos por instituições públicas e privadas é um entrave encontrado no processo de formação, já que os cursos são oferecidos a um público geral, sem exigência de formação escolar prévia. Essa disparidade nos

critérios de admissão, especialmente para os cursos de práticas corporais e meditativas, *Tai chi* e *Pai Lin* e *liang gong*, pode ser um dos fatores que aumenta a resistência da equipe multiprofissional para aceitação destas práticas no serviço de saúde.

Além disso, foi possível constatar a existência de um profissional que não participou de qualquer formação institucional, pois alegou que aprendeu inicialmente na prática como os usuários.

[...] fui trabalhar no centro de convivência e tinha a coordenadora da equipe daqui, eu fiz parceria com ela e aprendi aqui junto com os usuários, metade dos usuários vieram de CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). Tinha gente da Psiquiatria, metade vieram da população perto do Butantã, então, aprendi o tai chi sem curso [...] (E6).

Embora existam muitos cursos bem estruturados e fundamentados, com conteúdo teóricos definidos e cargas horárias extensas, muitos dos profissionais que atuam com a MTC possuem a formação embasada na experiência prática. O método pedagógico oriental defende que o conhecimento da MTC promove a mudança de atitude do aprendiz através do conhecimento experimental pessoal, ou seja, é através da experiência prática que o indivíduo aprende os princípios da MTC em seu próprio ser de forma subjetiva e individual, seguindo o exemplo do mestre (SÁ, 1995).

É importante considerar que no ponto de vista da pedagogia oriental, a formação se dá pela experiência, com repetição rigorosa dos exercícios, da observação do estilo de vida e comportamento do mestre e do autoconhecimento, adquirido a partir da percepção incorporada à prática. Assim, não existe definição de requisitos para frequentar os cursos, carga horária ou definição previa de conteúdos, uma vez que a formação é considerada um processo individual e pessoal, embasado na percepção, sensibilidade e dedicação do aprendiz, não exigindo assim conhecimento prévio (FETT; FETT, 2009).

Entre as dificuldades na formação em MTC relatadas, a ausência de padronização dos cursos, conteúdos e carga horária reduzida constituíram a principal queixa referida por 33% dos entrevistados.

[...] não temos um currículo estabelecido para quem dá as práticas corporais e meditativas. Não tenho um currículo formal aprovado, a gente está tentando organizar: o que precisa para poder ser um profissional? Cada um procura dentro das suas possibilidades [...] (E7).

Segundo Luz (2005) e Queiroz (2000), a marginalização da MTC, nas universidades na década de 70, do século passado, por considerá-la uma Medicina não científica excluída das características impostas pelo paradigma cartesiano, dominante na época, abriu as portas para a implantação de cursos em diversas instituições, sem critérios regulamentados que definissem componentes curriculares. Existia uma demanda da sociedade para as práticas integrativas e profissionais de diversas áreas da saúde, com isso, muitos direcionaram as suas carreiras para a MTC, realizando os cursos disponíveis.

A esse respeito Seravalle e Boog (1996) acreditam que, a partir do momento em que as políticas públicas determinam a inserção das práticas integrativas no sistema público de saúde e que os profissionais precisam de formação básica para exercê-las, há de se definir os critérios para garantir essa formação e as instituições competentes para oferecer essa formação.

Outra dificuldade apontada pelos profissionais no tocante à formação em MTC diz respeito à insuficiente formação didático-pedagógica dos docentes e escassez de textos didáticos sobre a MTC e o que compromete a qualidade dos cursos.

[...] não sei se é a tradução do chinês para o português que é difícil. Que o chinês é tudo com significado, uma palavra tem um significado inserido em um outro significado. Eles têm dificuldades para traduzir, acho que o próprio médico que é chinês vai traduzir para o português, ele não consegue traduzir (E10).

[...] Elas não dão coisas escritas, isso é uma queixa que até hoje existe. É possível ver em todos profissionais. Quem não falar é mais para proteger a mestra dessas críticas. E ela vai defender, eu aprendi assim com o mestre passando verbalmente e é assim que eu vou passar, mas falta muito para nós que queremos transformar, e já estamos transformando isso em ciência desenvolvendo pesquisas [...] (E6).

Nos cursos de formação em MTC, no que se refere às práticas corporais e meditativas, a grande maioria dos docentes é constituída por profissionais com experiência adquirida na prática, com escassa explicitação da fundamentação teórica. A lógica oriental é baseada na rígida e inquestionável hierarquia, os profissionais que atuam há mais tempo e aprimoram-se praticando as técnicas tornam-se mestres, de forma que é valorizado o tempo de prática, secundarizando outras competências docentes. O tradicional respeito e lealdade por parte do aprendiz a esses mestres, considerando as suas verdades absolutas, ditadas como regras pela pedagogia oriental, precisa complementar-se com a formação reflexiva e crítica demandada pela sociedade atual no sentido de superar o risco de validar possíveis arbitrariedades (FETT; FETT, 2009).

Essa histórica tradição de transmissão de ensinamentos de mestre para discípulos, comum no oriente e na MTC, que é baseada na experiência e na abordagem dos conceitos filosóficos, influenciou o processo de formação no Ocidente (LIN; HSING; PAI, 2008).

A interpretação dos livros orientais clássicos da MTC pela nossa sociedade ocidental também apresenta desafios, essas obras estão repletas de simbologias que detêm sua própria lógica. Dessa forma, os clássicos chineses devem ser analisados à luz do contexto oriental e comparados lado a lado com a biografia de quem o escreveu (BIZERRIL NETO, 2005).

A escassez de produção científica, referida pelos entrevistados, poderia ser solucionada através da aproximação da MTC com as Instituições de Ensino Superior e conseqüentemente com o desenvolvimento de pesquisas na área. Embora essa aproximação venha ocorrendo nos últimos anos, muitos desafios ainda devem ser superados, pois a comunidade acadêmica ocidental tem a tendência de interpretar a MTC sob a ótica do paradigma biomédico, o que traz resultados insatisfatórios para os seguidores da filosofia oriental e limita a MTC à prática terapêutica.

É importante ressaltar a constante discussão envolvendo a problemática que se dá ao realizar o ensino das práticas integrativas, pois, o seu conhecimento envolve uma análise profunda das teorias e práticas de MTC. A adaptação dessas às práticas ocidentais deve respeitar também os princípios e diretrizes da Medicina Tradicional Chinesa (PALMEIRA, 1990; QUEIROZ, 2000; MACIOCIA, 1996; CAPRA, 1982).

O restrito uso das práticas integrativas no ensino na área da saúde no Brasil compromete o desenvolvimento dessa abordagem no país. Quando comparados a outros países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, e União Europeia o nível de conhecimento de alunos de graduação e médicos residentes em relação às terapias integrativas é escasso. Entretanto, há o relato dos alunos sobre o alto interesse na introdução da homeopatia e acupuntura no ensino médico e no serviço público de saúde (TEIXEIRA; CHIN; MARTINS, 2005).

A MTC, através da prática assistencial da acupuntura, foi implantada na Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP em 1988 e introduzida paulatinamente no currículo médico. A acupuntura é matéria obrigatória no sexto ano como módulo da disciplina ortopedia e disciplina eletiva para alunos do primeiro ao quarto ano. Paralelamente, nessa universidade, foi fundada a Liga Acadêmica de Acupuntura, aberta a alunos de todas as séries, que desenvolve atividades de ensino e pesquisa.

Na visão de estudantes da graduação de medicina da UNIFESP, a medicina tradicional chinesa e a medicina ocidental são integrativas e complementares, assim ajudam compreender o ser humano em sua complexidade. Enquanto uma tem uma abordagem mais holística e humanista baseada na relação profissional – paciente a outra tem uma abordagem mais

tecnicista. É desejável que a temática relacionada à MTC seja discutida durante todo o curso de graduação (IORIO; ALVARENGA; YAMAMURA, 2004).

Existem novas demandas em relação à procura dos profissionais da saúde e da própria população para o uso das práticas integrativas; a comprovação de sua eficácia e a mudança do paradigma que influenciam as diretrizes da educação e da saúde abre espaço para a necessária introdução do ensino e pesquisa das práticas integrativas nas Instituições de Ensino Superior.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças que incluem a integração do modelo biopsicossocial nos cenários de ensino, assistência e pesquisa em saúde, em contraposição ao modelo biomédico reducionista ganhou impulso a partir da contribuição de diversas áreas de conhecimento.

Neste sentido, os princípios de: Promoção de saúde, visão ampliada da saúde, promoção do autocuidado e corresponsabilidade, individualidade do paciente, diagnose simplificada, multidisciplinaridade e MTC como prática integrativa vão ao encontro do modelo de atenção à saúde do SUS e podem contribuir com a qualidade de vida tanto dos profissionais da saúde como dos usuários e do conjunto da sociedade.

Uma contribuição importante da MTC no ocidente é a mudança do paradigma em relação aos processos de saúde e doença. Muito além de suas práticas terapêuticas, seus princípios, ao serem incorporados por profissionais e usuários, podem estimular a melhor relação do ser humano consigo mesmo, com a sociedade e com o mundo.

Cabe destacar os benefícios da utilização da MTC no sistema público de saúde de São Paulo, segundo os entrevistados, já que essa prática relaciona-se com a promoção de saúde, a prevenção, o autocuidado e a responsabilidade do paciente para com sua própria saúde, ao participar como sujeito ativo do processo de cura, manutenção e prevenção de sua saúde.

Essa cultura poderia redundar em melhoria das condições de vida, reduzindo o desenvolvimento de patologias e a sua transformação em doenças crônicas, fazendo diminuir, conseqüentemente, o uso de medicamentos e manipulações cirúrgicas e a procura por atendimentos de urgência. Assim, a MTC pode contribuir com a redução de custos para o sistema público e agravos para os usuários.

Acreditamos que a MTC pode proporcionar a redução de custos por meio da lógica promotora de saúde, entre outras possibilidades. Porém, há de se considerar que ela somente promoverá esses benefícios, se utilizada na íntegra, considerando, além de suas técnicas terapêuticas, os seus princípios.

As evidências da pesquisa possibilitaram constatar que o perfil profissional, a natureza dos cursos, as instituições, os conteúdos, a carga horária e os critérios de admissão para realização da formação em Acupuntura compõem um nível de desenvolvimento e normatização mais padronizado, comparado com as práticas corporais e meditativas.

Essa maior padronização na formação dos acupunturistas, em comparação com as práticas corporais e meditativas, pode servir de modelo para as outras áreas da MTC como: *tai chi pai lin*, *lian gong*, *tui na* e meditação, na busca da regulamentação da formação.

A PNPIC defende a utilização da Acupuntura e demais práticas integrativas por qualquer profissional da área da saúde presentes no SUS, desde que especializado em MTC.

É importante considerar que a prática da acupuntura restrita a profissionais acupunturistas médicos, que foi constatada nesse estudo, representa um entrave à expansão da MTC, uma vez que a formação desses profissionais representa maior investimento temporal e financeiro do que o requerido nas outras áreas da saúde, o que contribui para uma menor oferta da prática, insuficiente para satisfazer à crescente demanda da população. O número restrito de profissionais atuantes em MTC predispõe a limitação no número e tempo das sessões de Acupuntura, o que pode redundar em sua realização parcial e ineficaz, pois os aspectos fundamentais de promoção de saúde, individualidade do paciente, estímulo ao autocuidado, visão holística, percepção e capacidade de escuta ficam comprometidos.

O processo de formação em MTC dos profissionais é um ponto de muitas divergências devido à escassa normatização. Isto pode representar um obstáculo à utilização e desenvolvimento das práticas integrativas. A regulamentação da formação é um passo fundamental para sua institucionalização no Serviço Público de Saúde. Caso contrário, ela será sempre classificada como uma forma alternativa de tratamento, auxiliar e inferior à Medicina ocidental convencional.

A predominância do método oriental de ensino na formação de profissionais para as práticas integrativas podem limitar a evolução da MTC no ocidente, uma vez, que essas não satisfazem as exigências e os padrões críticos reflexivos do método pedagógico da sociedade atual. A interação das lógicas pedagógicas ocidentais e orientais, considerando as possibilidades e limitações de ambas, pode contribuir para um método de ensino mais eficaz (FETT; FETT, 2009).

Consideramos importante respeitar os princípios da lógica oriental, desde que esses sejam articulados e complementados à lógica ocidental, sem que uma seja superior à outra para garantir o exercício da MTC com segurança e qualidade já que a falta de um rigoroso processo formativo nestas práticas pode levar a banalização de seu exercício. Em um processo de formação, há a extrema necessidade de planejar as ações educativas, definindo objetivos,

estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação. Neste processo é necessário considerar o conhecimento prévio de quem aprende; a articulação de teoria e prática e mecanismos de avaliação externa.

A exigência de diretrizes curriculares para a formação em MTC, elaboradas pelos diferentes atores sociais é fundamental para garantir a qualidade do serviço. O currículo deve ser elaborado considerando as questões sociais, hábitos e costumes de onde será implantado; nesse sentido, é necessário colocar-se no lugar do outro que aprende além de considerar as demandas dos usuários.

As instituições de ensino superior, comprometidas com ensino e pesquisa de MTC, teriam muito a contribuir com a formação e a oferta de serviços de saúde de qualidade para a população no contexto do SUS.

Nesse contexto desafiante que se encontra a MTC vinculados à escassez de normas para a formação, a disputa entre as áreas profissionais na busca de seu monopólio e o modelo biomédico ainda vigente no sistema constituem-se entraves significativos à manutenção e desenvolvimento dessa prática. A sua sobrevivência e expansão dependem do empenho pessoal dos seus desbravadores junto às diretrizes governamentais e das atitudes da equipe gestora. Uma política da relevância da PNPIC precisa de condições para a sua efetiva implantação. É fundamental que o Estado se comprometa a definir as regras em relação à formação em MTC e proporcione condições de infraestrutura e de incentivo à formação, aumentando os investimentos para a sua utilização no sistema público, se a sua implantação e desenvolvimento são realmente prioridades.

REFERÊNCIAS

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000002>. Acesso em 20 nov. 2006.

BIZERRIL NETO, J. Mestres do Tao: tradição, experiência e etnografia. **Horiz. Antropol**, Porto Alegre, v. 11, n. 24, dez. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832005000200005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 31 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em: 25 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – Atitude de Ampliação e Acesso. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2009.

BRASIL. Portaria, nº 702 de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 25 out. 2019.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo; Círculo do Livro, 1982. 449p.

FETT, C. A.; FETT; W. C. R. **Filosofia, ciência e a formação do professor de artes marciais**. Motriz, Rio Claro, v. 15, n. 1, p. 173-184, jan./mar.2009.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília; Plano, 2003.72p.

FRÓIO, L. R. **A expansão da Medicina Tradicional Chinesa: Uma análise da vertente cultural das relações internacionais**. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Instituto de Relações Internacionais, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1837>.

IORIO, R. C.; ALVARENGA, A. T.; YAMAMURA, I. Acupuntura no Currículo Médico: Visão de Estudantes de Graduação em Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 223- 233, set./dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200008&lng=pt&tlng=pt.

IORIO, R. C. **Acupuntura no exercício da medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática**. 2007.171 f. Dissertação (Doutora em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-21082008-095112/pt-br.php>.

IORIO, R. C.; SIQUEIRA, A. A. F.; YAMAMURA, I. Acupuntura: Motivação de médicos para a procura de especialização. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200008. Acesso em: 19 out. 2019.

LIN, C. A.; HSING, W. T.; PAI, H. J. Acupuntura: prática baseada em evidências. **Rev. Médica**, São Paulo, v. 87, n. 3, p.162-165, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59074>

LUZ, T. M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p.145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 29 out. 2006.

MACIOCIA, G. **Os Fundamentos da Medicina Chinesa: Um Texto Abrangente para Acupunturistas e Fitoterapeutas**. São Paulo: Roca, 1996.

NASCIMENTO, M. C. Da panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701998000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 29 out. 2006.

PALMEIRA, G. A acupuntura no ocidente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 1990. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2006.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363 – 375 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2086.pdf>. Acesso em: 29 out. 2006.

SÁ, L. M. As artes psicofísicas na pedagogia do Antigo Oriente. **Rev. Bras. Est. Pedagogia**, Brasília, v. 76, n. 182-183, p. 9-37, 1995. Disponível em: <http://rbep.inep.gov.br/ojs3/index.php/rbep/article/view/3662>.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Caderno Temático de Medicina Tradicional Chinesa**. São Paulo: SMS, 2002. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/areas_tematicas/0047/MTC_CadernoTematico.pdf. Acesso em: 17 jul. 2007.

SANTOS, F. A. *et al.* Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não médicos. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v. 13, n. 4, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 24 nov. 2009.

SERAVALLE L.; BOOG M. C. F. Introdução e discussão sobre o ensino de práticas alternativas em saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, 1996. p. 82-88

SOUSA, L. A.; BARROS, N. F. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3041, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100700&lng=en&tlng=en. Acesso: 28 out. 2019.

TEIXEIRA, M. Z.; CHIN, A. L.; MARTINS, M. A. Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduates' attitudes. **Sao Paulo Med. J.** São Paulo, v. 123, n. 2, p. 77-82, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802005000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2009.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>. Acesso em: 12 dez. 2019.

A FORMAÇÃO DO PEDAGOGO E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Amanda Macitelli Bastos
Santana de Parnaíba – SP

Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961 é o marco inicial para a inclusão sócio educacional no Brasil, além dela movimentos e ações políticas também contribuem para uma sociedade mais igualitária e menos excludente. Os fundamentos da Educação Inclusiva (EI) significam a busca da superação da perspectiva educativa tradicional. Muitos são os desafios para se concretizar e consolidar a Inclusão Social dos deficientes físicos (DF), proposta nem sempre discutida e praticada na formação profissional na educação superior. Este capítulo apresenta um estudo de natureza quanti-qualitativo sobre a formação do Pedagogo no que se refere à EI dos DF no contexto da Educação Infantil numa instituição pública federal. O percurso metodológico abrangeu pesquisa bibliográfica, análise documental, pesquisa empírica com a aplicação de questionário semiestruturando a 38 estudantes concluintes. A análise do Projeto Pedagógico do Curso de Pedagogia evidenciou que se trata de um projeto inovador com uma organização curricular flexível, orientado pela interdisciplinaridade, tendo a prática como um eixo estruturante da formação profissional. Os concluintes revelaram: o binômio educação e saúde é essencial e complementar para a formação do Pedagogo; o conceito construído sobre EI mostra-se ainda frágil, apesar de ser objeto de estudo em diferentes momentos e espaços da formação: a EI ocupa pouco espaço nas práticas curriculares; e, o estudo de políticas públicas mostra-se indispensável para a atuação do pedagogo na EI. Os concluintes, apesar de demonstrarem pouco interesse, admitiram a importância de estudos de EI na Educação Infantil em sua formação como elo facilitador na atuação junto a DF. Fazer a inclusão socioeducativa do DF implica entender suas singularidades e facilitar a adequação no ambiente escolar por meio do trabalho colaborativo em equipe.

Palavras-chave: Inclusão socioeducacional – Educação inclusiva – Inclusão do deficiente físico – Curso de Pedagogia – Formação do Pedagogo – Educação Infantil

1 INTRODUÇÃO

O tema da deficiência física é intrigante e polêmico. Ao considerarmos a sociedade brasileira, verificamos que muitos são os desafios para se concretizar e consolidar a Inclusão Social das pessoas com necessidades físicas especiais (PNFE), aspecto nem sempre discutido e praticado na formação profissional de nível superior. As pessoas com deficiência possuem limitações físicas que muitas vezes não as incapacitam, mas geram estigmas individuais e coletivos, impedindo que a pessoa com deficiência tenha vida normal na sociedade.

Na dissertação de mestrado “Inclusão Sócio educacional do Deficiente Físico e a Formação do Pedagogo” (BASTOS, 2012), desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde no Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS na UNIFESP, o objeto central foi a formação dos educadores da Educação Básica, em específico a Educação Infantil. Afinal, assume-se o reconhecimento que é nesse espaço em que as crianças poderão fortalecer ou até mesmo romper com seus preconceitos.

A inquietação sobre este tema está vinculada à motivação de uma das autoras deste capítulo (BASTOS) que em 2004 sofreu um acidente (já graduada em Fisioterapia), tornando-se uma tetraplégica, conseqüentemente, uma pessoa com deficiência física. Somente em 2008 consegue reiniciar atividades voltadas ao aprimoramento acadêmico e profissional. Esse recomeço se dá com o curso de Especialização em Fundamentos da Educação Inclusiva com Ênfase na Deficiência Física realizado pela UNIFESP, em parceria com o Lar Escola São Francisco (2008 / 2009). É nessa experiência acadêmica que passa a perceber as dificuldades que alguns professores e pós-graduandos tinham em lidar com uma pessoa com deficiência.

Esse fato mostra uma marca da história da humanidade – o processo de exclusão social de pessoas com deficiência ou alguma necessidade especial é tão antigo quanto à socialização do homem. É inegável algumas conquistas, contudo muito ainda precisa ser superado e realizado.

No caso do Brasil a criação e implantação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei nº4.024/1961 foi estabelecido a garantia do direito dos “excepcionais” à educação, e de preferência no sistema geral de ensino (BRASIL, 1961).

Pode-se perceber que no âmbito das Políticas para Inclusão no país há alguns avanços. Entretanto, é fundamental questionar quais os desdobramentos no processo da Inclusão Sócioeducativa frente aos desafios apresentados para os educadores?

É impossível pensar em educação e saúde como conceitos isolados, uma vez que estes campos se cruzam formando uma teia de saberes interdisciplinares e em diferentes níveis de compreensão e intervenção, que tem como pano de fundo um cenário político, social e educacional, redefinindo assim o conceito do Binômio Educação e Saúde.

Cabe salientar que entre os educadores da Educação Infantil estão os Pedagogos e que nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Pedagogia, definidas pela Resolução CNE/CP 01º de 16/05/2006 não há nenhuma referência sobre a Educação Inclusiva. Porém vale mencionar que no Art. 3º está estabelecido:

O estudante de Pedagogia trabalhará com um repertório de informações e habilidades composto por pluralidade de conhecimentos teóricos e práticos, cuja consolidação será proporcionada no exercício da profissão, fundamentando-se em princípios de interdisciplinaridade, contextualização, democratização, pertinência e relevância social, ética e sensibilidade afetiva e estética.

Parágrafo único: o conhecimento da escola como organização complexa que tem a função de promover a educação para e na cidadania.

Diante dos desafios que se colocam ao educador da Educação Básica a pesquisa citada (BASTOS, 2012) teve o objetivo de analisar a formação do Pedagogo no que se refere à Educação Inclusiva dos deficientes físicos no contexto da Educação Infantil. Optou-se pela realização de estudo de caso do Curso de Pedagogia da UNIFESP campus Guarulhos. A trajetória metodológica percorrida envolveu três momentos distintos, mas interligados: *pesquisa bibliográfica, análise documental e pesquisa empírica*. A pesquisa bibliográfica objetivou a apreensão de aportes teóricos sobre os seguintes temas: Educação Inclusiva, Políticas Educacionais, Pessoas com Necessidades Físicas Especiais (PNFE), Formação de Pedagogo. A análise documental priorizou o Projeto Político Pedagógico (PPP) de um curso de Pedagogia da UNIFESP/campus Guarulhos. E a pesquisa empírica abrangeu a aplicação de um questionário semiestruturado a estudantes do último ano do curso de Pedagogia com o objetivo de apreender a percepção sobre sua formação profissional no que se refere à Educação Inclusiva no âmbito da Educação Infantil. A amostra contou com a participação total de 38 concluintes de 2011, sendo 21 do período vespertino e 17 concluintes do noturno. O caráter voluntário da participação desses concluintes garantiu que o anonimato fosse preservado.

Para este capítulo revisitamos a dissertação para compartilhar os principais achados que consideramos muito atual frente aos desafios que se impõem na consolidação da EI na Educação Básica no país, além da atualização dos principais dispositivos legais nesse campo.

2 O CAMPO CIENTÍFICO DA PEDAGOGIA E O CURSO NO BRASIL

A Pedagogia Moderna define-se a partir da infância, isto é, advém de dois modos de pensar e compreende a criança cujas origens estão nos séculos XVI, XVII e XVIII.

No século XVI a visão de tratamento das crianças, antes tidas como indiferentes ou tratadas com paparicação, passou a reconhecer a criança como um ser diferente do adulto, merecedora de um tratamento pautado por uma disciplina racional, capaz de fazer com que ela ultrapasse a infância e se torne um adulto responsável.

Jean-Jacques Rousseau foi um pensador que se destacou no século XVII. Para Rousseau a principal característica que não pode faltar em um catedrático é a sua capacidade de educar o aluno para transformá-lo em um homem de bem. Segundo ele, a infância é a época em que estamos em posse do melhor de nós, pois não entramos ainda em contato com a realidade social e cultural corruptora e por isso deveria ser preservada. Dessa forma, o aluno só estaria apto a fazer parte da sociedade quando se tornasse clara sua disposição natural para a convivência com as outras pessoas, fato este que só ocorreria durante sua adolescência, quando estaria apto a compreender o que é ser um indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado (SAVIANI, 2008).

Entre os séculos XVI e XIX percebeu-se que as crianças necessitavam de um cuidado especial – base da infância, e, por conseguinte, a escola passa por reestruturação. As crianças (a infância) que tinham seu lugar cada vez mais focado na escola, agora, a partir da Revolução Industrial, começam a ser colocadas no mundo do trabalho. Mas no início de século XX a escola torna-se de direito o local onde as crianças devem passar a infância. E por conta desses acontecimentos, a pedagogia manifesta-se por meio de uma nova linguagem: a “*escola está separada da vida*”, esta “*apartada da realidade*” (GHIRALDELLI, 2006, p.13).

Jean Piaget, responsável por delimitar um campo de estudos empíricos: o pensamento infantil e o raciocínio lógico, passa a fazer suas reflexões da psicologia à pedagogia, e seus estudos implicam numa escola na qual as crianças não só escutam, mas também são colocadas em situações de fazer e falar, movimento conhecido como “*escola ativa*”, ligada ao movimento americano e europeu da *Pedagogia Nova*.

O curso de Pedagogia no Brasil nasce pelo Decreto-lei nº 1.190 de 1939 como bacharelado, na Faculdade Nacional de Filosofia na Universidade do Brasil, numa “*Seção de Pedagogia*”. O bacharelado em Pedagogia tinha a duração de três anos, com o objetivo de formar “*técnicos em educação*”. Com o tempo, o objetivo do curso e tipo de formação foram alterados, sendo, atualmente a duração no Ensino Superior em Licenciatura Plena em Pedagogia de quatro anos e a base da organização da estrutura curricular proposta que abrange duas partes

intrinsecamente relacionadas: os conteúdos básicos e a parte diversificada ou de aprofundamento.

Atualmente o curso de Pedagogia, licenciatura, é regido pelas DCN, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/CP n° 1 de 15 de maio de 2006. Ao visar um entendimento mais didático, os conteúdos do curso de Pedagogia podem ser separados em três partes: conteúdos básicos, tópico de estudo de aprofundamento e diversificação da formação e saber fazer – estágio (BRASIL, 2006).

3 EXCLUSÃO SOCIAL

A exclusão dos deficientes na sociedade é datada há muito tempo. Ao voltarmos nossos olhares sobre a Pré-História (mais de 3000 A.C.) e a Idade Antiga nos primórdios dos povos nômades (período Neolítico) a exclusão já era aplicada, pois estas sociedades praticavam a seleção de seus membros (natural), de modo que os mais fortes sobreviviam e os mais fracos eram excluídos.

Já na Idade Média, (século V ao século XV – 500 a 1500 D.C), por exemplo, sob a influência do cristianismo, encontram-se referências de que as pessoas deficientes eram consideradas como possuidoras de alguma força do bem ou do mal. Apesar disso, de forma dúbia, a doutrina cristã impôs os sentimentos de misericórdia e caridade, adotando movimentos de acolhimento e proteção para os deficientes.

Na Idade Moderna, nos espaços de acolhimento eram oferecidos tratamento e educação, mas ainda de forma excludente e segregatória. Mas, pouco depois, com o desenvolvimento das ciências, a doença (inclui-se a deficiência) era vista como algo que perturbava a ordem e que deveria ser diagnosticada, classificada, tratada e curada para evitar o caos. Surgiu com Jean Itard o modelo médico psicológico. Esse médico estudou um jovem entre 12-15 anos conhecido como Victor de Aveyron: o garoto selvagem, que foi levado para a sala de aula. Nesse período, ou melhor, nos tempos da colonização do Brasil (século XVIII), acreditava-se também que a deficiência era uma advertência divina.

No século XX a sociedade também precisou lidar com as consequências das duas Grandes Guerras Mundiais que impulsionaram o desenvolvimento da reabilitação científica. A partir dos avanços tecnológicos e científicos foram desenvolvidos instrumentos para avaliar e classificar os aspectos envolvidos nas deficiências, ainda com o objetivo de buscar a correção destes aspectos identificados.

Na década de 1950, na Dinamarca, surgiram os primeiros estudos sobre Educação Especial, através de serviços especializados. A década de 1960 foi um período caracterizado pelas tentativas de ruptura em relação às práticas excludentes, marcado pela existência de dois sistemas paralelos de educação: o Regular e o Especial, porém esse último baseado ainda em um modelo de igualdade e não equidade, visto que aos alunos “excepcionais” era garantido o direito de estudar numa escola especializada para suas características e, se atingissem padrões de semelhança com os alunos “normais” poderiam ser encaminhados para a escola regular.

No Brasil com a promulgação em 1988 da Constituição Federal estabeleceu-se o rompimento com o modelo assistencialista, até então operante, assegurando a igualdade de oportunidades baseada no princípio de tratamento igual aos iguais e desigual aos desiguais, na medida de sua desigualdade, de forma a se assegurar à igualdade geral. E, finalmente, em 1989 a Organização Mundial de Saúde (OMS) escreveu a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Em 1994 a Declaração de Salamanca pode ser tomada como um exemplo da mudança de paradigma, uma vez que propôs que a forma de Educação considerada mais democrática passava a ser aquela na qual os alunos com necessidades especiais (termo adotado à época) deviam estudar em classes regulares.

A LDB de 1996, no capítulo V aborda especificamente o tema da “*Educação Especial*” (termo usado na época). Ela discorre dos artigos 58 ao 60 algumas diretrizes sobre o tema e possui um parágrafo único:

[...] poder Público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos com necessidades especiais na própria rede pública regular de ensino, independentemente do apoio às instituições previstas neste artigo” (BRASIL, 1996).

Cabe destacar que durante a tramitação do Plano Nacional de Educação (PNE), que traça 20 metas para o País cumprir em dez anos, a principal polêmica ocorreu por conta da possibilidade das crianças e dos jovens com deficiência serem matriculados em escolas especiais e não obrigatoriamente na rede regular de ensino. Na redação final da meta, essa opção foi mantida. Organizações especializadas no tema afirmam que o texto do PNE fere tratados internacionais sobre o tema, assinados pelo Brasil (BRASIL, 2014).

Na sequência foi promulgada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) em 2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, que trata de diversos aspectos relacionados à inclusão das pessoas com deficiência. No capítulo IV, a Lei aborda o acesso à Educação e traz avanços importantes, como a proibição da cobrança pelas escolas de valores adicionais pela implementação de recursos de acessibilidade. Regulamenta que o sistema educacional deve ser inclusivo em todos os níveis, mas não cita explicitamente que a matrícula de alunos com

deficiência deva se dar na rede regular em vez de escolas especiais, o que é um ponto de controvérsias (BRASIL, 2015).

O debate sobre a Educação Especial e Inclusiva no Brasil, em especial no aspecto de incluir a todos em instituições de ensino regulares, tem sido intenso nos últimos anos. Em 2011, o MEC revisou a atual Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI), de 2008. O texto proposto enfrenta forte oposição de alguns grupos de educadores que tratam do assunto, para quem a nova redação estimularia a volta da separação das pessoas com deficiência indo na contramão da perspectiva social – que aponta para a eliminação das barreiras e na promoção da acessibilidade, e não separação dos alunos com e sem deficiência (BRASIL, 2008). Em 2012 é promulgada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012).

Além desses dispositivos legais, destaca-se o Decreto Nº 9.465 que criou a Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação, extinguindo a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi). A pasta é composta por três frentes: Diretoria de Acessibilidade, Mobilidade, Inclusão e Apoio a Pessoas com Deficiência; Diretoria de Políticas de Educação Bilíngue de Surdos; e, Diretoria de Políticas para Modalidades Especializadas de Educação e Tradições Culturais Brasileiras (BRASIL, 2019).

No âmbito Internacional, após 2012 (ano da defesa da Dissertação) tivemos: a Declaração de Incheon (2015) – fruto do Fórum Mundial de Educação realizado em Incheon na Coreia do Sul, do qual o Brasil participou e assinou a declaração final, se comprometendo com uma agenda conjunta por uma Educação de qualidade e inclusiva (UNESCO, 2015). E o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Originada da Declaração de Incheon, o documento da Unesco traz 17 objetivos que devem ser implementados até 2030. No 4º item, propõe como objetivo: assegurar a Educação Inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos (UNESCO, 2015).

Diante desses importantes dispositivos legais, constata-se que em 2018, apenas 40,4% das crianças e adolescentes de 4 a 17 anos com deficiências ou dificuldades de aprendizado estavam no sistema regular de educação e desfrutavam de atendimento especializado, uma porcentagem bastante distante da meta de 100% estabelecida pelo PNE para 2024 (UNIVERSIA BRASIL, 2019). Muito há que se avançar.

4 INCLUSÃO SOCIOEDUCACIONAL

Quando pensamos na escola como fundamental no processo de inclusão, temos que admitir que adote diferentes papéis nesse processo. O de “incorporar” e “inserir” os alunos ditos como “diferentes”, e os com Necessidades Especiais (NE), no mesmo cenário dos outros alunos

ditos “normais”. Assim sendo, deve exercer suas funções que abrangem, além da formação educacional, um papel indispensável e imprescindível na “luta contra a discriminação”.

A Educação Inclusiva propriamente teve início em 1975, nos Estados Unidos. Desde então, esse modelo passou por transformações, seja pelo maior interesse em possibilitar e, na medida do possível, garantir os direitos à cidadania e assistência ao ser humano, seja pelo aperfeiçoamento de políticas públicas que impulsionam a inclusão de pessoas (CARMONA, 2005).

A educação é o principal alicerce da vida social. Ela transmite e amplia a cultura, estende a cidadania, constrói saberes para a convivência em família, na sociedade e no trabalho. Mais do que isso, ela é capaz de ampliar as margens da liberdade humana, à medida que a relação pedagógica adote como compromisso e horizonte ético-político, a solidariedade e a emancipação (BRASIL, 2001). Se o nosso “*sonho e empenho é por uma sociedade mais justa e livre, precisamos trabalhar desde a escola o convívio e valorização das diferenças, base para uma verdadeira cultura de paz*” (BRASIL, 2001, p.5).

Importante salientar a diferença entre inserção e inclusão, de acordo com Mantoan (1997 *apud* ROA, 2012): *Inserção* vai depender do estudante, ou seja, do nível da sua capacidade de adaptação às opções do sistema escolar, a sua integração, seja em sala regular, uma classe especial ou mesmo instituições especializadas; e a *Inclusão* institui a inserção de uma forma mais radical, ou seja, incluir o aluno ou grupo de alunos antes excluídos, devendo a escola ter que se adaptar às particularidades de todos os alunos.

Em 2004, o Ministério Público Federal publicou o documento “*O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular*”, com o objetivo de disseminar os conceitos e diretrizes mundiais para a inclusão, reafirmando o direito e os benefícios da escolarização de alunos com e sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular (BRASIL, 2004). Esse documento apresenta um referencial para a construção dos sistemas educacionais inclusivos, organizados para atender o conjunto de necessidades e características de todos os cidadãos. Tem como meta a efetivação de uma política nacional de educação inclusiva fundamentada na sociedade que reconhece e valoriza a diversidade.

As Universidades deveriam rever em seus currículos sobre os saberes profissionais da saúde que não se reduz uma pessoa com necessidades especiais (PNE) à sua deficiência, limitar-se somente aos pressupostos da medicalização da sociedade e, portanto, garantir que os profissionais atuem no mundo da diversidade para além do físico e do orgânico (ABRAMOWICZ; RODRIGUES; CRUZ, 2011; ROA, 2012). A nomenclatura atual – Pessoa com Deficiência (PcD) – foi adotada a partir da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência das Nações

Unidas, em 2006, desde então, convencionou-se que, ao nos referirmos a essas pessoas devemos utilizar este termo.

E ainda, aliando-se ao Estado, acredita-se que a comunidade deveria ter uma participação ativa em defesa da escola. Dentro dessa perspectiva, Góes e Laplane (2004) afirmam ser necessário o comprometimento da sociedade, muitas vezes excludente, com a Educação Infantil e a escola.

5 FORMAÇÃO DE FORMADORES

A formação de formadores é, sem dúvida, um grande desafio, tanto para teóricos, como para o governo e as instituições envolvidas no processo de formação.

Um bom corpo docente requer bons mestres que, por sua vez, precisam de boa formação, boa gestão e boa remuneração. Na América Latina, porém, é comum encontrar docentes mal preparados, mal administrados e mal remunerados, sendo muito difícil esperar que façam um bom trabalho (VAILLANT, 2003).

Na atualidade, a discussão sobre os profissionais formadores emerge como elemento significativo no discurso hegemônico sobre a qualidade da formação no âmbito do projeto político pedagógico. Nessa perspectiva, não se pode confundir formação com treinamento, o que reduziria a interação social e a dinâmica cultural à dimensão apenas técnica, hierarquizando teoria e prática.

As propostas curriculares devem atender, por meio de seus cursos variados de formação docente, às expectativas e esperanças desses seres grandiosos que, de uma forma ou de outra, nos encontram no espaço escolar. Ergue-se nesse momento a voz daqueles que defendem a necessidade de uma reformulação curricular, de forma a poder tornar a escola um espaço mais inclusivo, qualificado pedagogicamente e numa instituição socialmente crível (ALMEIDA, 2011).

Feiman-Nemser (2001 *apud* NONO, 2001) destaca que os primeiros anos da profissão representam um período intenso de aprendizagens e influenciam não apenas a permanência do professor na carreira, mas também o tipo de professor que o iniciante virá a ser. Para as iniciantes, a falta de domínio de conhecimentos teóricos e a falta de relação entre tais conhecimentos e a prática cotidiana geram insegurança no enfrentamento de diferentes situações de ensino, despreparo para criar ou improvisar atividades estimuladoras aos alunos com dificuldades de aprendizagem e desinformação sobre conteúdos e metodologia específicos da educação infantil e da educação inclusiva (CASTRO, 1995).

As mudanças no mundo do trabalho que têm ocorrido nas últimas décadas afetaram diretamente a capacidade dos sistemas de ensino atenderem a nova organização do mundo do trabalho, gerada pela introdução de novas tecnologias de informação e comunicação. Essas

mudanças atingem o perfil do pedagogo que, na visão das entidades representativas de formação como Ministério da Educação (MEC) é identificada como docência, de modo que a qualidade dele pode ser verificada nos serviços que ele oferece nos processos educacionais.

Logo, o processo de mudanças, resultado de um novo momento histórico, político, econômico e social, é refletido por um novo modelo de produção, configurado no profissional polivalente, multifuncional e dinâmico que, na concepção de Imbernón (2002, p. 39), a formação de futuros profissionais da Educação deve estar voltada na perspectiva das mudanças para “*defrontar com situações de incerteza, contextualizadas e únicas, recorrendo à investigação como forma de decidir e de intervir*” nas situações surpreendentes presentes no cotidiano do pedagogo.

6 FORMAÇÃO DO PEDAGOGO E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA – PERCEPÇÃO DOS CONCLUINTES

A aproximação aos concluintes colaboradores do estudo se deu com a indagação acerca do contato com DF: 19,05% do vespertino e 29,41% do noturno consideraram que este contato prévio é um facilitador para seu desempenho durante sua prática educativa inclusiva junto às crianças com necessidades físicas especiais (NFE), enquanto 4,76% do vespertino e 11,77% do noturno consideraram que poderá ajudar parcialmente na sua prática.

Quanto ao que significava essa convivência com o DF (deficiente físico), os concluintes cometam:

É uma experiência prática e real. São pessoas que nos ajudam a perceber a realidade, conviver com a igualdade, a perceber e sem pré-conceitos (E22).

Facilita, pois, de certa forma já não tenho receio inicial de lidar com a situação (E1).

Evidencia-se que a convivência com o DF é considerado sim como um componente facilitador para seu desempenho profissional junto à Educação Inclusiva por diferentes aspectos: proporciona uma vivência (prática) rica; propicia uma reflexão sobre a importância de “entender” as diversidades, dificuldades e singularidades do DF; incrementa o fator “segurança profissional”, minimizando o choque de realidade que o concluinte tem ao se deparar com uma situação profissional junto ao DF.

Quanto à atualização cultural extracurricular, os concluintes apontam a Internet como meio de atualização utilizado com maior frequência em ambos os períodos (23,81% no vespertino e 41,18% no noturno).

Ao serem questionados sobre a atuação na área da Pedagogia, as respostas foram semelhantes entre os períodos: 38,1% do vespertino e 41,18% do noturno, já estão engajados profissionalmente na área da Educação.

Em relação às expectativas dos concluintes após o término da graduação, foi grande a diversidade das respostas, que agrupamos em quatro eixos: "exercer a profissão", "fazer pós-graduação", "prestar concurso" e "outras". Observa-se que em ambos os períodos a maioria (66,66% do vespertino e 70,58% do noturno) respondeu que pretende exercer a profissão. Nota-se, porém, que somente dois concluintes de período vespertino (9,52%) e um (5,88%) do noturno demonstraram desejo em trabalhar com Educação Infantil; e, somente um concluinte (4,76%) do período vespertino e dois do noturno (11,76%) sinalizam sua vontade em trabalhar com Educação Inclusiva.

Quando abordaram o conceito sobre o Binômio Educação e Saúde, constatou-se que de modo geral, sinalizam a compreensão que o Binômio Educação e Saúde são campos que se complementam.

Acredito que a troca entre essas duas áreas de "saberes" é preciosa para nossa prática em sala de aula. Muitas contribuições podem ser feitas pela saúde após diagnósticos e intervenções bem-sucedidas, e a parceria com a escola é de fundamental importância para uma sequência ajustada às especificidades de cada criança. Bem isso também, que deve haver a cuidar do pedagogo em não transformar tudo em patologia e buscar na saúde o refúgio para a diversidade da sala de aula (E16).

Entretanto, três concluintes (14,29%) do vespertino relataram ter pouco ou nenhum conhecimento sobre o tema e somente um concluinte (4,76%) do vespertino indicou que Educação e Saúde são conceitos distintos:

São coisas distintas, porém na escola o conceito de saúde também se encontra presente (E5).

Podemos inferir que essas respostas sinalizam, que o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), busca ofertar conhecimentos em diferentes áreas, visando à formação de um profissional

capaz de atuar e/ou contribuir com um diálogo em uma equipe multiprofissional, em diferentes ambientes e com o envolvimento da sociedade.

Em se tratando do conceito da educação inclusiva, a maioria, dos concluintes de ambos os períodos (76,19% do vespertino e 94,18% do noturno) expressou o conceito de Educação Inclusiva como inclusão de crianças com necessidades especiais, mas principalmente em conseguir equiparar as oportunidades de todos (deficientes ou não) respeitando suas especificidades, singularidades e cultura dentro da escola.

Podemos afirmar que os concluintes, em sua maioria, não estão satisfeitos com o modelo que a Educação Inclusiva apresenta hoje. Eles conseguem problematizar a situação e concluir que não basta “ter leis” que garantem o direito a educação para as PNE. É preciso que voltemos nossa atenção para o papel da escola, pensar nas suas propostas e focar diferentes meios de realizar o seu papel de educador.

O meu conceito é que ainda estamos longe de ter uma educação inclusiva no Brasil, porque muito do que dizem ser Educação Inclusiva é mais uma educação depositária de PNE no âmbito escolar (E15).

Educação inclusiva refere-se à inclusão de crianças com necessidades especiais na escola. Trata-se de um assunto muito atual, e que por mais que já tenha alcançado muitas conquistas com relação à inclusão, muito ainda se tem a fazer, pois na prática pouco acontece de verdade (E1).

Traz uma para a proposta no sentido em que inclui a criança no meio social, com a proposta de interação de crianças sem com deficiência. No entanto, as formas em que acontece esta inclusão nas escolas públicas estão longe de serem inclusivas (E13).

Entendo que da forma como é feita hoje, não se trata de inclusão, muito menos de socialização, pois ter o sujeito presente em uma sala de aula não garante a inclusão (E26).

Ao abordarmos o tema competências do Pedagogo na área de Educação Inclusiva, pedimos para os concluintes listarem pelo menos cinco competências que o Pedagogo deveria ter para atuar nessa área. A maioria (65,79%) fez menção a “conhecer e/ou estudar as Políticas Públicas”, e que esse conhecimento pode ser adquirido através de qualificação profissional (formação com emissão de certificado). Esse posicionamento vem ao encontro da definição de

Silva (2006), a qual é atribuído o significado voltado para ação, relacionado com a prática, e que competência está relacionada com uma atitude.

Ao focar as competências que os concluintes acreditam ser necessárias para que um Pedagogo possa atuar junto a Educação Inclusiva, foram questionados se o curso de graduação contribuiu para o desenvolvimento dessas competências. A maioria dos concluintes do período vespertino (61,2%) afirmou que o curso contribuiu parcialmente para o desenvolvimento dessas competências, e a minoria (9,53%) do noturno, acredita que o curso não ofereceu contribuições. Apesar de somente um concluinte do vespertino (4,76%) e dois do noturno (11,76%) terem participado de alguma Prática Pedagógica no âmbito da Educação Inclusiva na Educação Infantil suas falas são consideradas importantes devido à natureza qualitativa deste estudo. Com isso, foi solicitado que apontassem suas impressões acerca das facilidades, dificuldades e fragilidades dessa prática.

- Quanto às facilidades, foi indicada a reciprocidade das crianças para com as crianças com necessidades especiais (NE);
- Como dificuldades foram evidenciadas a falta de preparo dos profissionais e as barreiras arquitetônicas;
- E como fragilidade novamente a questão da formação e preparo do profissional foram apontadas.

E para finalizar, cabe destacar o comentário de um concluinte, por sinalizar que a pesquisa teve um grande impacto e despertou a atenção dele para o tema:

Após responder este questionário gostaria de saber mais sobre educação inclusiva (E31).

Dentre os desafios do Pedagogo para atuar na Educação Inclusiva no âmbito da Educação Infantil, o mais citado foi a “*falta de capacitação*” segundo os concluintes de ambos os períodos (76,2% no vespertino e 70,6% no noturno).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura curricular do curso de Pedagogia pesquisado revela que durante o processo de formação é oportunizado o contato e estudos sobre a EI e temas correlatos. Contudo, cabe, na maioria das vezes, ao aluno fazer a opção pelo aprofundamento na área.

A construção da formação do Pedagogo não depende exclusivamente do currículo do curso. Apesar de o PPC ter a intenção de propiciar a discussão acerca da EI, os concluintes ao

apresentar seu conceito sobre EI, o fizeram de forma frágil e alguns afirmaram que a EI ocupa pouco espaço nas práticas curriculares. Tal situação nos intriga perguntar: quais fatores podem estar contribuindo para os concluintes demonstrarem essa fragilidade?

O mesmo aconteceu quando abordaram o Binômio Educação e Saúde. Os concluintes demonstraram dificuldade ao apresentar seu conceito, apesar do PPC ser orientado pela interdisciplinaridade, e a Instituição ser reconhecida como referência na área da saúde.

A necessidade de pensar o futuro e atender as demandas do presente (em especial a inclusão de PNFE) exige uma dinâmica maior, uma mudança de mentalidade, uma reformulação substancial na concepção da educação, uma modificação na estrutura dos sistemas educativos.

A ideia de que a educação é um processo permanente e que a aprendizagem dura a vida inteira, é fruto não só da evolução histórica do pensamento sobre a educação, como também da necessidade de uma educação contínua que atenda às situações de mudança e ainda da possibilidade de maturação do indivíduo.

Conceber a educação como processo permanente, não é apenas um ideal, mas uma evidência prática que se impõe uma necessidade pedagógica, socioeconômica e antropológica.

Segundo Woolfolk *et al.* (2009, p.131), a maioria dos construtivistas (como por exemplo: John Dewey, Jerome Bruner, Jean Piaget e Seymour Papert) foca em dois pontos principais: “os alunos são responsáveis pela construção de seu próprio conhecimento; e as interações sociais são importantes para essa construção”. O método pela descoberta encoraja os estudantes a colocar questões, formular hipóteses e realizar experiências. Os aprendentes interagem com o mundo através da exploração e manipulação de objetos, do debate de questões controversas ou através de experiência (MOREIRA *et al.*, 2007).

Diante dos desafios que se impõem à formação de professores da Educação Básica e as demandas que do cotidiano escolar, torna-se fundamental buscar caminho que possam contribuir para o cumprimento de atribuições relacionadas à Educação Inclusiva.

O caminho percorrido na pesquisa deu elementos para se projetar uma proposta de intervenção de natureza extracurricular para os concluintes do curso de Pedagogia voltada para a Educação Inclusiva, especificamente voltada para as pessoas com necessidades físicas especiais (PNFE) e para a Escola Inclusiva que se pretende construir.

Diante dos desafios para preparar o educador, um dos protagonistas da EI, como produto final da dissertação foi proposta uma Oficina para *Professores Pedagogos da Educação Básica*, com carga horária de 40 horas podendo ser distribuída entre 5 a 10 dias. Essa foi ancorada no pressuposto que essa estratégia pedagógica favorece a aprendizagem colaborativa e interativa. Para tanto, os seguintes objetivos foram delineados: problematizar a inclusão socioeducativa de DF; discutir os princípios norteadores da EI a partir da Res. CNE/CEB nº2/2001 - DN para a

Educação Especial na Educação Básica; refletir sobre situações do cotidiano acadêmico do DF; e conhecer e aplicar ferramentas inerentes ao planejamento de atividades pedagógicas de EI para DF. O percurso dessa oficina implicaria: apresentação dos participantes e compartilhamento das expectativas; vivência e sensibilização dos professores sob a óptica do DF – Choque de Realidade; discussão sobre dispositivos legais; troca de experiência e debate sobre os Cuidados necessários para com os alunos com necessidade física especial; projeção de uma atividade de acolhimento aos alunos com NFE.

Neste momento (04/2020), que o mundo se encontra numa guerra contra o Covid-19, a quarentena tem nos conduzido a voltar nossos pensamentos e olhares para as diferenças, as diversidades e as desigualdades e a indagar como conviver, ensinar e aprender. É momento para refletirmos sobre o processo de aprendizagem das crianças, dos jovens, sobre Políticas Públicas e como conviver respeitando as diferenças.

REFERENCIAS

- ABRAMOWICZ, A; RODRIGUES, T.C.; CRUZ, A. C. J. A diferença e a diversidade na educação. **Contemporânea – Rev. Sociol. UFSCar**. São Carlos, v. 1, n. 2, p. 85-97, 2011. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/38>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- ALMEIDA, A.L. **Refletindo sobre o Currículo na Formação de Formadores**. Disponível em: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/face/article/viewFile/621/406>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- BASTOS, A. M. **A Formação do pedagogo e a educação inclusiva: a experiência de uma Universidade Pública Federal**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) –Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_116_a_formacao_do_pedagogo_e_a_educacao_inclusiva_%20amanda%20macitelli_bastos.pdf. Acesso em: 20 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília: MEC/SEESP, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 13 maio 2012.

BRASIL. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. **O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular**. Brasília: MEC/SEESP, 2004. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa-com-deficiencia/acesso_alunos_ensino_publico_2004. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP nº. 01, de 15 de maio de 2006**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura, 2006b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 22 abr. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação inclusiva**. Brasília, MEC, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>; acessado em: 08 dez 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.764**, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 09 dez2019.

BRASIL. **Lei Federal 13.005**, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Brasília, DF, 25. Jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 09 dez. 2019.

BRASIL. **Lei n. 13.146**, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 08 dez. 2019.

CARMONA, M. **Passos. Educação Inclusiva e Educação em Saúde: um estudo do periódico Integração**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) –Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_p_33.pdf.

CASTRO, M. A. C. D. **O professor iniciante: acertos e desacertos**. 1995. 120 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16487>.

GHIRALDELLI, P.J; **O que é Pedagogia**. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos – 193).

GÓES, M. C. R.; LAPLANE, A. L. F. **Políticas e Práticas de Educação Inclusiva**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

IMBERNÓN, F. **Formação docente profissional: formar-se para a mudança e a incerteza.**

3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Questões da Nossa Época, v.77).

MOREIRA, J. A. M.; FERREIRA, L. P.; COSTA, V. E. S. M. Descrição de uma vivência de ensino orientada pela gestalpedagogia. **Rev. Abordagem Gestalt.**, Goiânia,

v. 13, n. 2, p. 187-194, dez. 2007. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2011.

NONO, M. A. **Aprendendo a ensinar: futuras professoras das séries iniciais do ensino fundamental e casos de ensino.** 2001. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001. Disponível em:

<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2324/518.pdf?sequence=1>.

ROA, M. C. I. **Libras como segunda língua para crianças ouvintes: avaliação de uma proposta educacional.** Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:

http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_96_como_segunda_lingua_para_criancas_ouvintes_avaliacao_de_uma_proposta_educacional.pdf.

SAVIANI, D. **A pedagogia no Brasil: história e teoria.** Campinas: Autores Associados, 2008.

SILVA, F.S. O mundo do trabalho e as suas novas competências profissionais para o Pedagogo. **Inter-Ação: Rev. Fac. Educ. UFG**, v. 31, n. 1, p. 139-156, jan/jun, 2006.

UNIVERSIA BRASIL. Disponível em:

<https://noticias.universia.com.br/educacao/noticia/2019/05/28/1164837/avancos-desafios-educacao-inclusiva-brasil.html>. Acesso em: 08 dez. 2019.

VAILLANT, D. **PREAL – Programa de Promoção da Reforma Educativa na América Latina e Caribe.** n° 25, Formação de Formadores: Estado da Prática. Outubro, 2003. Disponível em:

<http://www.preal.org>. Acesso em: 20 mar. 2011.

WOOLFOLK *et al.* Creating learning environments. *In: Educational Psychology*, 4. ed. Toronto: Pearson Canada Inc., p. 416-455, 2009.

CONTRIBUIÇÃO DA GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM RADIOLOGIA PARA A PRÁTICA DO TECNÓLOGO

Daniel Marques dos Santos
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo, SP

Beatriz Jansen Ferreira
Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Informática em Saúde
São Paulo, SP

Nildo Alves Batista
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo, SP

RESUMO

Este capítulo aborda parte de uma pesquisa sobre a formação do Tecnólogo em Radiologia, relacionando-a com as demandas da prática profissional e o preconizado pela legislação vigente, apresentada e aprovada como dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, nível mestrado, modalidade profissional da Universidade Federal de São Paulo. Foi realizado um estudo quali quantitativo de natureza descritivo-exploratória, com 38 Tecnólogos em Radiologia que atuam na Universidade Federal de São Paulo, vindos de diferentes cursos de graduação do município de São Paulo. Utilizou-se uma escala atitudinal do tipo Likert validada em seu conteúdo com referência a fraseologia, pontuação e randomização das mesmas. Estatisticamente avaliou-se a dispersão e confiabilidade. São apresentados em gráficos que demonstram a distribuição das respostas. Os Tecnólogos foram críticos com relação à formação e demonstraram ciência quanto às dificuldades apresentadas na graduação. A pesquisa evidenciou consciência quanto à importância da formação técnico/científica, ancorada em fortes princípios éticos, apontam que, apesar das deficiências de sua formação, sentem-se aptos para o exercício de um cuidado humanizado. Identificam insuficiência de carga horária em atividades de estágio na área de urgência/emergência e na aprendizagem em diversas modalidades da prática. Defendem um currículo interdisciplinar, com integração ensino e serviço por meio de uma assistência interprofissional.

Palavras chave: Tecnologia Radiológica, Educação de Pós-Graduação, Prática Profissional.

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda parte de uma pesquisa sobre a formação do Tecnólogo em Radiologia, relacionando-a com as demandas da prática profissional e o preconizado pela legislação vigente, apresentada e aprovada como dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, nível mestrado, modalidade profissional da Universidade Federal de São Paulo (SANTOS, 2014).

Partimos do pressuposto que a formação em saúde detém inúmeras especificidades entre elas a responsabilidade do cuidado prestado à saúde (BATISTA *et al.*, 2015; BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014; ALBUQUERQUE; ARAÚJO; QUEIROZ, 2011). Para tal, este profissional deve ter a capacidade de fazer frente a uma realidade muito exigente e rigorosa, na qual a responsabilidade por seus atos e por uma vida humana é essencial. Esta preocupação nos levou a pesquisar a formação do Tecnólogo em Radiologia (ADUBEIRO, 2010).

Num percurso histórico, em 1969, um decreto autorizou a organização e o funcionamento de cursos profissionais superiores de curta duração (BRASIL, 1969). No mesmo ano, o Governo do Estado de São Paulo criou o Centro Estadual de Educação e Tecnologia de São Paulo, com o objetivo de desenvolver cursos superiores de tecnologia (FATEC-SP, 2014). Na década de 1970, Escolas Técnicas Federais do Paraná, do Rio de Janeiro e de Minas Gerais foram transformadas em Centros Federais de Educação Tecnológica, nas quais os cursos de educação tecnológica foram ofertados (BRASIL, 1978).

Em 1971, uma nova versão da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) foi editada, cuja característica mais marcante foi tentar dar à formação educacional um cunho profissionalizante (BELTRÃO, 2017).

Os cursos de formação de tecnólogos se mantiveram até 1977, quando foram extintos pela Resolução CFE nº 04/77 (BRASIL, 1977). Apesar do sucesso alcançado pelas primeiras turmas de formação de tecnólogos, a resistência dos meios acadêmicos acabou por inibir a expansão desses cursos, sob a alegação de que seria necessária uma ampla pesquisa de mercado para comprovar a necessidade daqueles profissionais.

No início da década de 1980, com a nova denominação de Cursos Superiores de Tecnologia (CST), estabelecida pela Resolução CFE nº 12, de 30 de dezembro de 1980, essa modalidade de educação superior foi reforçada para atender às mudanças requeridas pelo mundo do trabalho, no qual novas formas de organização e gestão exigiam profissionais com domínio científico e prática tecnológica, em suas respectivas áreas de atuação.

Segundo Sopchaki e Moreira (2005), os avanços e recuos dos cursos tecnológicos no Brasil sucederam-se até 1988. A partir daí os tecnólogos tiveram uma inserção plena no setor produtivo, no âmbito de sua formação.

Com a ascensão de um presidente neoliberal na década de 1990, foi intensificada a visão do Tecnólogo como profissional com conhecimentos de nível superior que está entre o Técnico e o Bacharel.

Os CST foram reconhecidos no Brasil na década de 1990, época em que a evolução dos serviços de radiologia influenciou o processo de formação e a prática dos profissionais, culminando na criação da graduação em Tecnologia em Radiologia em 1991.

Alguns anos depois, o Ministério da Educação, por meio do Decreto nº 2208/97, criou cursos superiores de Tecnologia em especialidades diversas com duração de seis semestres letivos, ofertados pelos Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFET) reforçando a tendência da formação tecnológica.

A partir disto, “novas formas de organização e gestão modificaram estruturalmente o mundo do trabalho. Um novo cenário econômico e produtivo se estabeleceu com o desenvolvimento e o emprego de tecnologias complexas agregadas à produção e à prestação de serviços, pela crescente internacionalização das relações econômicas” (MEC/CNE, 2001).

O Tecnólogo em Radiologia foi oficialmente reconhecido em meados de 1995 com a graduação da primeira turma do curso de Tecnologia em Radiologia. Atualmente, o conhecimento avançado sobre proteção radiológica exige dos profissionais que atuam nesta área, maior conhecimento e formação para operar equipamentos de forma adequada, permitindo maior ganho para os pacientes (risco e benefício no uso de radiação ionizante).

Na Universidade Estácio de Sá no Rio de Janeiro, o primeiro curso teve início em 1991 e seu reconhecimento aconteceu pela publicação da Portaria nº 535 do Ministério da Educação e Desportos, no Diário Oficial da União em 11 de maio de 1995. Em 1992, outro curso iniciou na Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, em Canoas – RS. Entre as universidades públicas, o curso mais antigo foi iniciado em 2000, na Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR (ULBRA, 2014; MEC, 2008).

A partir deste momento, definições mais claras dos órgãos reguladores sobre cursos tecnológicos foram publicadas. O Parecer CNE/CES nº 436/2001 afirma que os cursos de Tecnologia são cursos de graduação com características especiais, como menor duração e maior adaptabilidade ao mercado de trabalho. A finalidade dos cursos superiores de tecnologia é estabelecida na Resolução CNE/CP nº 3/2002:

[...] a educação profissional de nível tecnológico, integrada às diferentes formas de educação ao trabalho, à ciência e à tecnologia objetiva garantir ao cidadão o direito à aquisição de competências profissionais que os tornem aptos para a inserção em setores profissionais nos quais haja utilização de tecnologias (CNE, 2002 Seção 1, p. 162).

No artigo segundo desta Resolução é citado que:

[...] os cursos de Educação profissional de Nível Tecnológico serão designados como Cursos Superiores de Tecnologia (CNE, 2002 Seção 1, p. 162).

No quarto artigo explicita a condição de curso de graduação:

[...] cursos de graduação com características especiais e nível tecnológico da educação profissional integra-se à educação superior e regula-se pela legislação referente a esse nível de ensino (CNE, 2002 Seção 1, p. 162).

Enfim, o curso superior de tecnologia deve contemplar a formação de um profissional:

Apto a desenvolver, de forma plena e inovadora, atividades em uma determinada área profissional, e deve ter formação específica para: aplicação e desenvolvimento de pesquisa e inovação tecnológica; difusão de tecnologias; gestão de processos de produção de bens e serviços; desenvolvimento da capacidade empreendedora; manutenção das suas competências em sintonia com o mundo do trabalho e desenvolvimento no contexto das respectivas áreas profissionais (MEC/CNE/CP, 2002, p. 04).

O Ministério da Educação e Cultura – MEC (BRASIL, 2010) define que essa formação deve desenvolver competências para a utilização, o desenvolvimento e a inovação do aparato tecnológico de suporte e atenção à saúde.

Tais ações vinculam-se ao suporte de sistemas, processos e métodos utilizados na análise, diagnóstico e gestão, provendo apoio aos profissionais da saúde nas intervenções no processo saúde-doença de indivíduos, bem como propondo e gerenciando soluções tecnológicas mitigadoras e de avaliação e controle da segurança e recursos naturais (BRASIL, 2010).

Para esclarecer os objetivos desta formação, com o propósito de aprimorar e fortalecer os CST e em cumprimento ao Decreto nº 5.773/06, o MEC editou o Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia em 2006 como guia para referenciar estudantes, educadores, instituições ofertantes, sistemas e redes de ensino, entidades representativas de classes, empregadores e o público em geral (BRASIL, 2016).

No mesmo ano, foi lançado um guia de informações sobre o perfil de competências do tecnólogo. Este perfil tem sido também base para o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e para os processos de regulação e supervisão da educação tecnológica (BRASIL, 2010). A partir de 2007, foi possível aplicar o ENADE em alunos de cursos superiores de tecnologia.

Na última versão, em 2010, o CNCST Saúde organiza e orienta a oferta de cursos superiores de tecnologia, inspirado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Tecnológico, e apresenta denominações, sumário de perfil do egresso, carga horária mínima e infraestrutura recomendada de 112 graduações organizadas em 13 eixos tecnológicos (BRASIL, 2010).

Para o curso de Tecnologia em Radiologia, o MEC, por meio do catálogo, definiu a carga horária mínima e algumas características técnicas do profissional, a saber: as técnicas radiológicas, radioterápicas, radioisotópicas, industrial e de medicina nuclear. O tecnólogo deve ser preparado para gerenciar serviços e procedimentos radiológicos; atuar conforme as normas de biossegurança e radioproteção em clínicas de radiodiagnóstico, hospitais, policlínicas, laboratórios, indústrias, fabricantes e distribuidores de equipamentos hospitalares (BRASIL, 2010).

O curso Tecnológico em Radiologia tem carga horária mínima de 2.400 horas. Recomenda-se uma infraestrutura composta por biblioteca, incluindo acervo específico e atualizado, laboratórios de anatomia, dosimetria e radioproteção, informática, com programas específicos de processamento e análise de imagens, de radiologia, de semiotécnica e de suporte básico à vida.

Observa-se que o CNCST não explicita normas que orientem o processo formativo para os alunos do curso de Tecnologia em Radiologia. Isto se modifica a partir da Portaria MEC/Inep nº 230, de 13 de julho de 2010, que estabelece as habilidades e competências avaliadas no ENADE. Essas diretrizes são utilizadas para avaliar os estudantes dos cursos de Tecnologia em Radiologia e, para fins práticos, podem se tornar as diretrizes curriculares da área (IFBA, 2013).

Em 1996, o Conselho Nacional de Educação (CNE) tornou flexível o modelo pedagógico dos cursos de Tecnologia em Radiologia onde cada Instituição de Ensino Superior (IES) tem autonomia para organizar disciplinas que, ao seu entender, propiciem formação adequada na área. Pela LDB de 1996, os centros universitários também têm privilégio para criar, organizar e extinguir cursos e programas de educação superior propiciando diversas mudanças rumo a sua modernização e adequação ao mercado de trabalho (CUNHA, 2004).

Para Carvalho *et al.* (2006), essa autonomia é importante e possibilita mudanças necessárias para uma maior integração entre a formação e a prática. Adubeiro (2010) cita que a qualidade do ensino tem repercussões no mercado de trabalho, visto que as capacidades intelectuais, intuitivas e psicomotoras e os suportes teóricos e mesmo práticos, em muitos casos, têm como alicerce os conhecimentos adquiridos durante a formação do estudante. Assim, torna-se importante conhecer fatores que interfiram na formação profissional, intervindo no seu desenvolvimento e aprimorando este processo.

Entendemos que o curso superior de Tecnologia deve contemplar a formação de um profissional apto a desenvolver, de forma plena e inovadora, atividades profissionais. Deve ter formação específica para a aplicação e desenvolvimento de pesquisa e inovação tecnológica, difusão de tecnologias, gestão de processos de produção de bens e serviços, desenvolvimento da capacidade empreendedora e manutenção das suas competências em sintonia com o mundo do trabalho. Para isso a graduação tem papel fundamental na sua atuação.

No entanto, Marsden (2009) identificou dificuldades vivenciadas por tecnólogos em alguns aspectos da sua atuação como a inexperiência na execução de exames, não saber lidar com o paciente, precariedade dos recursos tecnológicos, insegurança para solucionar casos e para defender um posicionamento quando o exame não apresenta a qualidade esperada.

Os cursos de graduação em Tecnologia devem agregar novas práticas educativas, mais críticas e transformadoras, aproximando os conceitos teórico-práticos tanto da educação como da saúde e gerar um saber híbrido, que colabore para a ampliação de conceitos e atitudes renovadoras em ambos os setores. Isso tem sido uma exigência dos serviços de diagnóstico por imagem e terapia que optam por profissionais que buscam atualização do conhecimento e uma formação humana mais ampla, imputando ao Tecnólogo em Radiologia um perfil básico que relaciona funções e habilidades importantes para a prática profissional (MARSDEN, 2009; CEFET, 2016).

Para isto a proposta curricular da graduação em Tecnologia em Radiologia deve estar comprometida com uma formação mais completa e humana, possibilitando o desenvolvimento de competências aos egressos para uma maior integração com os pacientes e com a equipe multiprofissional, tornando mais humanizado e integralizando todo atendimento ou tratamento.

Por outro lado, autores afirmam que as instituições têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos, com tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio (FEUERWERKER; ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 2002).

Neste sentido, questionamos como está ocorrendo a formação do Tecnólogo em Radiologia? Que competências estão sendo desenvolvidas na graduação e como essas se relacionam com as demandas da prática? Que dificuldades existem para a prática dos egressos do curso de Tecnologia em Radiologia? E, que sugestões os Tecnólogos em Radiologia têm para aprimorar essa formação?

2 COMO A PESQUISA FOI FEITA

Esta foi uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória com abordagem quali-quantitativa⁷. A população estudada foi constituída de 38 Tecnólogos em Radiologia lotados no Hospital Universitário da UNIFESP, no exercício da prática profissional e atuantes no Departamento de Diagnóstico por Imagem no Campus São Paulo. Os instrumentos foram aplicados presencialmente pelo pesquisador nos diversos setores nos quais os profissionais atuavam.

Foi aplicada uma escala atitudinal do tipo Likert de quatro pontos variando de 1/2/3/4 a 4/3/2/1 permitindo quatro possibilidades de resposta: concordo plenamente (CP), inclinado a concordar (IC), inclinado a discordar (ID) e discordo plenamente (DP) para avaliar as seguintes dimensões: (1) Características da Prática do Tecnólogo; (2) Contribuições da Graduação para o desenvolvimento de competências necessárias para esta prática; e, (3) Dificuldades e sugestões de mudanças para o aprimoramento da graduação.

Após a aplicação da escala, procedeu-se à sua validação estatística identificando a qualidade da dispersão e a confiabilidade do instrumento. O objetivo foi assegurar a observação de dispersão mínima de respostas entre os respondentes em relação às assertivas propostas. Utilizou-se para a análise de dispersão, o cálculo do coeficiente de correlação linear (r).

Na análise de confiabilidade utilizamos o método *split-half* (divisão ao meio) utilizando a aplicação única do instrumento ao grupo e computando, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e separadamente a soma dos pontos das asserções pares (RICHARDSON, 1999). Simularam-se assim duas aplicações do instrumento no geral e para as três dimensões, procedendo-se na sequência, o cálculo do coeficiente da correlação linear das 23 assertivas propostas inicialmente sendo validadas 14.

Para a análise final, a escala Likert foi recategorizada em três intervalos de pontuação: de 1,00 a 1,99 pontos, onde a percepção foi considerada negativa apontando para a necessidade de mudanças de curto prazo; de 2,00 a 2,99 pontos na qual a percepção revelou aspectos a serem melhorados exigindo medidas em médio prazo e de 3,00 a 4,00 pontos, evidenciando uma

⁷ Parecer nº 220.432 de 22/03/2013.

percepção positiva que, em princípio, o objeto ou situação pesquisada encontra-se numa zona de conforto (FERREIRA, 2004).

3 O QUE A PESQUISA MOSTROU

A pesquisa trouxe à tona resultados importantes sobre a graduação em Tecnologia em Radiologia relacionada com as competências desenvolvidas e as demandadas pela prática. As características da prática na visão dos tecnólogos, investigadas na Dimensão 1, apresentaram uma média de 3,53, situada numa zona de conforto. O gráfico 1 apresenta as médias individuais de cada uma das três asserções validadas relativas a essa dimensão, que também se situam na zona de conforto.

Gráfico 1: Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão I – Características da Prática do Tecnólogo e suas respectivas asserções, São Paulo, janeiro de 2014



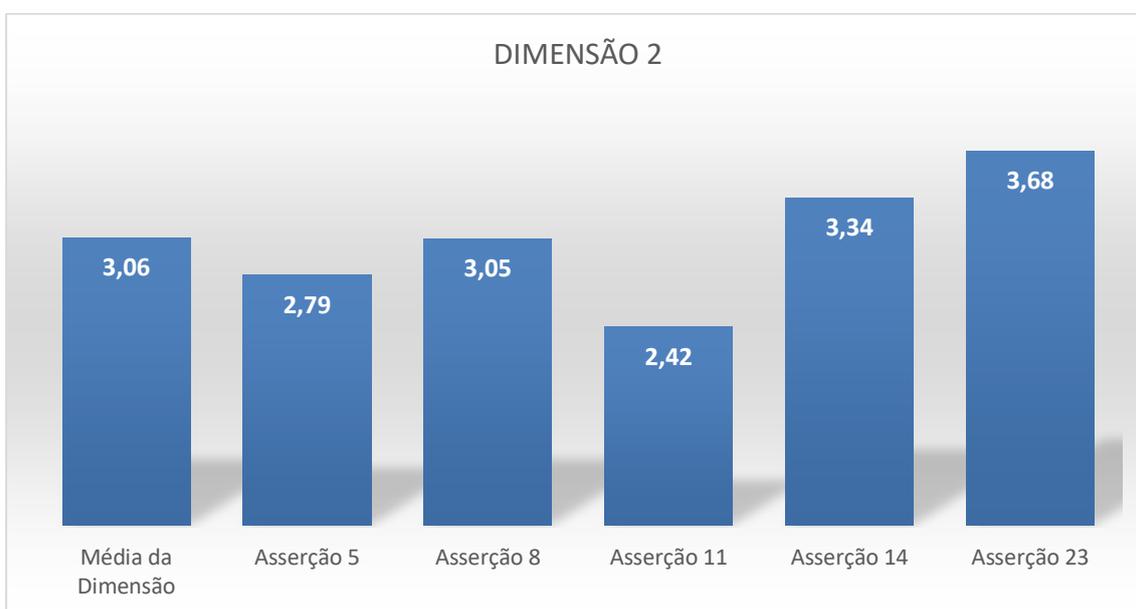
Frente à asserção A10, “É função do Tecnólogo em Radiologia gerenciar o setor de radiologia com relação aos recursos físicos, materiais, humanos e procedimentos operacionais”, 92% dos respondentes mostraram-se favoráveis. Isto vai ao encontro das atribuições que o Conselho Nacional de Técnicos e Tecnólogos em Radiologia-CONTER, por meio da Resolução nº 2, de 04.05.2012 (D.O.U de 17.05.2012), determina para a prática do tecnólogo.

Na asserção A16, afirma-se que, “Na ausência do médico, as decisões administrativas seguras do setor podem ser dos Tecnólogos em Radiologia, desde que estas não envolvam procedimentos médicos”. Aqui também os tecnólogos mostraram-se inclinados a concordar.

Ainda nesta dimensão, a asserção A22 afirmou que “É função do Tecnólogo em Radiologia aplicar os conhecimentos de fisiologia nas diversas modalidades da radiologia e compreender a aplicabilidade dos meios de contrastes e seus mecanismos de ação”. Os respondentes demonstraram inclinação para a concordância com 3,74 pontos.

A Dimensão 2 explorou as Contribuições da graduação para o desenvolvimento de competências. O gráfico 2 mostra as médias de cada uma das assertivas relacionadas com esta dimensão.

Gráfico 2: Perfil geral atitudinal sobre a Dimensão 2 – “Contribuições da graduação para o desenvolvimento de competências”, São Paulo, 2014



A asserção A5 aponta uma visão de deficiência no processo formativo, no que diz respeito aos vários tipos de técnicas em diagnóstico por imagem. Frente à asserção, “As disciplinas oferecidas na minha graduação não foram adequadas para a formação de um profissional com conhecimento nas diversas modalidades em diagnóstico por imagem”, a média foi de 2,79, situado em zona de alerta.

A asserção A8 discutiu outro aspecto do processo formativo que é a humanização no exercício profissional. Afirmou-se: “Minha graduação proporcionou-me uma formação direcionada para um cuidado humanizado, considerando as necessidades de cada paciente”, frente à qual os respondentes mostraram-se inclinados a concordar, com 37% de concordância total, 42% inclinados a concordar e 21% discordaram.

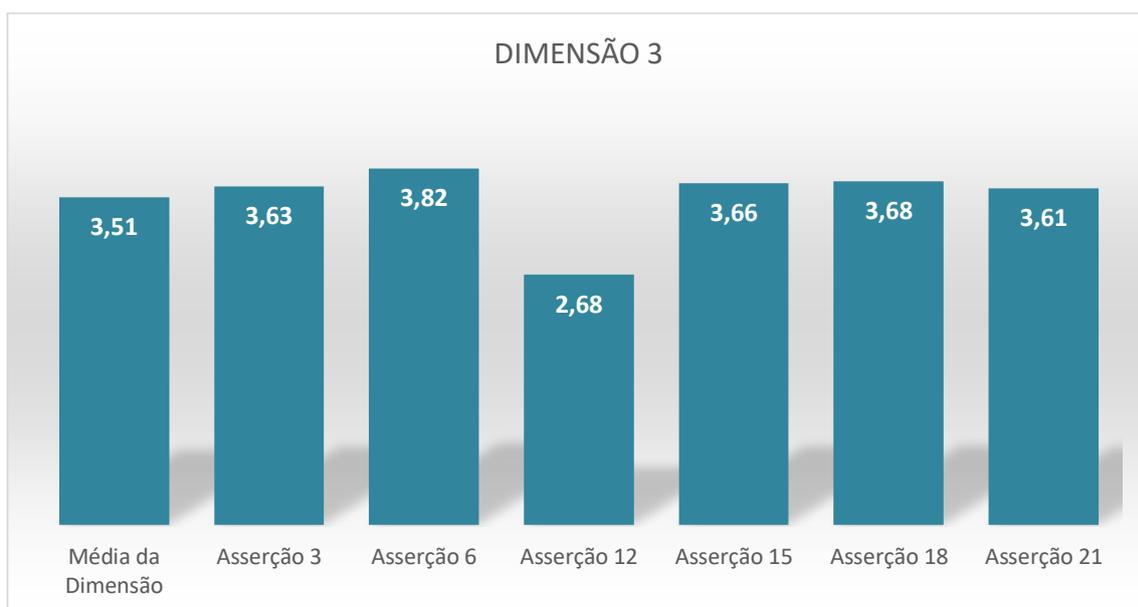
Na asserção A11, buscou-se evidenciar o preparo dos Tecnólogos em Radiologia para o enfrentamento de urgências ou emergências que podem acontecer na prática do tecnólogo. Afirmou-se: “Minha graduação me preparou para atuar em quadros de urgência e emergência

junto a uma equipe multiprofissional”, frente à qual os respondentes mostram-se inclinados a discordar com uma média de 2,42 pontos.

Os tecnólogos inclinaram-se para a concordância frente às assertivas “A graduação em Tecnologia em Radiologia prepara o profissional para aplicar conceitos científicos para a segurança e proteção da vida” e “A experiência do professor na teoria e na prática interfere na formação dos Tecnólogos em Radiologia” (assertivas A14 e A23, respectivamente).

Frente aos resultados das Dimensões 1 e 2, tentou-se extrair dos profissionais as sugestões de mudanças para esta formação (Dimensão 3 do instrumento). Entre as seis asserções validadas, cinco respostas às asserções situam-se na zona de conforto e uma na zona de alerta. O gráfico 3 apresenta as médias de cada uma das assertivas relacionadas com esta dimensão.

Gráfico 3: Perfil geral atitudinal sobre a Dimensão 3 – “Dificuldades e sugestões de mudança para o currículo do tecnólogo em radiologia”, São Paulo, 2014



As assertivas exploradas nesta dimensão colocam para o tecnólogo possibilidades de mudança, caso fossem coordenadores de um curso de graduação. Neste sentido, os tecnólogos fariam mudanças incluindo disciplinas, para o preparo na atuação em equipe multiprofissional (assertiva A3), incluiriam programas de estágio com supervisão, que possibilitassem a atuação plena e completa após a formação (assertiva A6), melhoraria na articulação da teoria com a prática, oferecendo estágios desde o início do curso (assertiva A15) e melhoraria na integração entre as disciplinas (assertiva A18).

Na assertiva A12, “Se eu fosse coordenador de um curso de Tecnologia em Radiologia”, incluiria uma formação com abordagens tecnológicas e ao mesmo tempo humanística e ética na

qual a abordagem biológica estaria em segundo plano”, os respondentes se dividem: 53% concordam e 47% discordam.

4 ALGUMAS APRENDIZAGENS

Os resultados obtidos nos permitem observar que:

- Os tecnólogos em radiologia entendem que cabe a eles a função de gerenciamento de um setor de radiologia, bem como, é de sua competência e, na ausência do médico, as decisões que não envolvam procedimentos clínicos.
- Para os participantes desta pesquisa, o papel administrativo dos tecnólogos em radiologia no contexto de suas práticas não parece estar bem definido.
- O conhecimento da anatomia e fisiologia humana e as interações com contrastes constituem um conhecimento necessário para o exercício profissional seguro desta categoria.
- A graduação em tecnologia em radiologia não está desenvolvendo competências profissionais quanto aos aspectos técnico/científicos e éticos e nas resoluções afetas ao enfrentamento de urgências ou emergências nos atendimentos a pacientes.
- O professor precisa ter experiência prática e conhecimento científico adequado para realizar de forma apropriada seu trabalho docente.
- Existe necessidade de implantação de um currículo interdisciplinar, com uma formação interprofissional, bem como de um aprimoramento da articulação entre teoria e prática.
- Os tecnólogos participantes desta investigação sugerem um aumento das horas de estágio e ampliação da aprendizagem de exames como tomografia, ressonância magnética.
- Os respondentes avaliam que, apesar das deficiências de sua formação, sentem-se aptos para o exercício de um cuidado humanizado.

Esperamos, por meio deste capítulo, ter contribuído com a reflexão sobre a prática e a formação do Tecnólogo em Radiologia no Brasil, entendendo a necessidade de novas investigações sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

ADUBEIRO, N. C. F. D. A. **Avaliação da satisfação dos estudantes do curso de radiologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto**. Dissertação [Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra; 2010. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14352>.

ALBUQUERQUE, A. C. A.; ARAÚJO, C. C. D.; QUEIROZ, J. C. **A importância do tecnólogo em radiologia com capacidade gestora**. In: 16º Curso de Pós-graduação de Gestão em Saúde, Business school Maurício de Nassau; 2011. Recife.

BATISTA, S. H. S. S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 19, supl. 1, p. 743-52, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=pt&tlng=pt.

BELTRÃO, T., **Reforma tornou ensino profissional obrigatório em 1971**. Senado Federal, 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/03/03/reforma-do-ensino-medio-fracassou-na-ditadura>.

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L.B. Formación en salud, extensión universitaria y Sistema Único de Salud (SUS): conexiones necesarias entre el conocimiento y la intervención concentradas en la realidad y las repercusiones en el proceso de formación. **Interface** (Botucatu). v.18, n.48, p.177-86, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100177&lng=pt&tlng=pt.

BRASIL. Decreto-Lei nº 547, de 18 de abril de 1969. Autoriza a organização e o funcionamento de cursos profissionais superiores de curta duração. Deputados, C. D. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1969.

BRASIL. Resolução n. 4, de 8 de março de 1977. Fixa os mínimos de conteúdo e de duração do curso de Engenharia e define suas áreas e habilitações com alterações. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2695 p. 1977.

BRASIL. Lei no 6.545, de 30 de junho de 1978. Dispõe sobre a transformação das Escolas Técnicas Federais de Minas Gerais, do Paraná e Celso Suckow da Fonseca em Centros Federais de Educação Tecnológica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1978.

BRASIL. **Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia do Ministério da Educação**. Tecnológica, S. D. E. P. E. Ministério da Educação. Brasília: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, 3ª ed., 2016. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=98211-cncst-2016-a&category_slug=outubro-2018-pdf-1&Itemid=30192. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/201339 [texto na Internet]**. Brasília; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

BRASIL. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CARVALHO, A. *et al.* **Tecnólogo: um profissional emergente no ambiente competitivo. Caderno de tecnologia**. Joinville 2006.

CEFET. **Perfil do curso de tecnologia em radiologia para divulgação à comunidade [texto na Internet]**. Minas Gerais: Secretaria de Governança da Informação. Disponível em: <http://www.radiologia.cefetmg.br/site/sobre/apresentacao.html>. Acesso em: 18 jun. 2016,

CNE. **Resolução CNE/CP 3**. 18 de Dezembro de 2002. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/rede/legisla_rede_resol03.pdf. Acesso em: 22 abr. 20.

CUNHA, L. A. **Desenvolvimento desigual e combinado no ensino superior: Estado e mercado**. Educação & Sociedade, v. 25, p. 795-817, 2004. ISSN 0101-7330. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004000300008&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2013.

FATEC-SP. **A história da FATEC-SP**. São Paulo, 2014 Disponível em: http://www.fatecsp.br/?c=a_fatecsp. Acesso em: 21 jun. 2014.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

IFBA. **Tecnologia em Radiologia**. Salvador, 2013. Disponível em: <http://radiologia.ifba.edu.br/>. Acesso em: 02 jul. 2014.

MARSDEN, M. **A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio.** 2009. 140f. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-3645>.

MEC. **Revista brasileira da educação profissional e tecnológica.** Educação, M. D. Brasília: Ministério da Educação 2008.

MEC/CNE. Conselho Nacional de Educação (CNE). (Brasil). Parecer CNE/CES nº436/2001. Cursos Superiores de Tecnologia: formação de Tecnólogos. EDUCAÇÃO, C. N. D. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, D. M. **Contribuição da Graduação em Tecnologia em Radiologia para a Prática do Tecnólogo.** 2000. 130f. Dissertação [Mestrado Profissional]. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/010_bx_danielmarques_tese.pdf

SOPCHAKI, J. C.; MOREIRA, D. O tecnólogo. **Conselho Regional de Engenharia e Agronomia do Estado do Acre.** 2005 Disponível em: http://www.creaac.org.br/noticia_34.htm. Acesso em: 18 set. 2013.

ULBRA. **Ementa do curso de radiologia.** 2014. Disponível em: <http://www.ulbra.br/radiologia/files/ementa-radiologia.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

HISTÓRIA ORAL DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SÃO PAULO E SEUS DESDOBRAMENTOS NA COMUNIDADE DE DESTINO

Daniela Oliveira de Carvalho Veríssimo e Melo
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades (USP)
São Paulo – SP

Dante Marcello Claramonte Gallian
Universidade Federal de São Paulo
Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi)
São Paulo – SP

RESUMO

Ao extrapolar as fronteiras da Terapia Ocupacional, aceitamos o ofício historiográfico do diálogo com diferentes campos para contextualizar e historicizar a fundação da Terapia Ocupacional como profissão em São Paulo. Para tanto, adotamos como recorte espacial a capital do estado e como recorte temporal o período entre 1956 – ano de criação do Instituto Nacional de Reabilitação, primeira política indutora da formação de terapeutas ocupacionais em São Paulo – e 1969 – ano da regulamentação da profissão por meio do Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. São apresentados os principais desdobramentos da dissertação *Em busca de um ethos: narrativas da fundação da Terapia Ocupacional na cidade de São Paulo, 1956-1969* (MELO, 2015) na comunidade de destino da pesquisa formada por terapeutas ocupacionais, a saber: a desconstrução do mito fundador; reparação às primeiras turmas formadas; fenômeno de localização de documentos e, como conclusão, a delimitação da história da Terapia Ocupacional como campo de conhecimento e pesquisa.

Palavras-chave: História da Terapia Ocupacional; História do século XX; Entrevista.

1 APONTAMENTOS INICIAIS

Diante da escassez de pesquisas de cunho historiográfico sobre a Terapia Ocupacional no Brasil, na dissertação *Em busca de um ethos: narrativas da fundação da Terapia Ocupacional na cidade de São Paulo (1956-1969)*, Melo (2015) adotou a História Oral de Vida com o intuito de cultivar a memória profissional, produzir memória social e ampliar o debate historiográfico do campo no país.

Goubert *et al.* (2002) afirmam que, para atingir o objetivo de construir histórias e/ou História, é preciso observar que percursos humanos individuais se repetem de maneira idêntica em determinados contextos culturais. Para os autores, *ethos* é compreendido como a síntese das características de um grupo que o diferencia de outros, isto é, os costumes originais e os hábitos de determinado grupo em determinada cultura.

Lancman (1998) destaca a influência da capacitação de terapeutas ocupacionais no processo de constituição da profissão no Brasil e assinala que a formação de professores ocorre em áreas afins e, por conseguinte, o processo de criação de um repertório profissional e cultural comum aos terapeutas ocupacionais é dificultado.

Ademais, Rosa e Emmel (2001) apresentaram importantes contribuições acerca dos papéis assumidos pelo terapeuta ocupacional que atua na docência. De acordo com a observação dos autores, os docentes acreditam que o aluno deve constituir um percurso individual resultante do engendramento histórico, ético e político das práticas sociais. Além de promover no estudante dúvida, questionamento e curiosidade, o professor possibilitaria uma construção ideológica da profissão, a fim de conduzi-lo na criação de um conjunto de saberes norteadores da prática profissional. Logo, torna-se responsável pela formação da identidade profissional do aluno.

Cunha (2007) apresenta uma reflexão sobre as narrativas como instrumental educativo e acrescenta que um dos objetivos principais do emprego delas se insere na proposta de construção de conhecimento para fins de ensino. Quando um sujeito relata suas experiências, ele reconstrói sua trajetória e atribui a ela novos sentidos e significados. A narrativa é, então, percebida como capaz de transformar a realidade na medida em que ela é compreendida como representação do sujeito inserido em determinado tempo e contexto social. Logo, o relato da realidade significa a produção da História.

A aproximação com a História nos pareceu interessante, pois a narrativa de acontecimentos está vinculada, intimamente, à ancestral necessidade humana de constituir memória individual e coletiva, ou seja, memória social. Em sua longa trajetória, é justamente

a prerrogativa de promover a memória social que confere especificidade à História e a distingue dos demais campos do conhecimento na grande área das Ciências Humanas.

Mas o objetivo final [da História] é sempre o mesmo, a reconstituição do acontecimento, quer dizer, a revivescência de um fragmento da vida num determinado momento. Esta ânsia de criação – reviver a vida no texto – imprime ao discurso do historiador uma dimensão de arte, e um caráter inevitável de utopia (NOVAIS; SILVA, 2011, p. 26).

Em *Como se escreve a História*, Veyne (1971) inaugura a concepção de que a História não existe, o que existe é *uma história sobre algo*. Ao comparar o historiador ao romancista e, por conseguinte, aproximar a própria História da ficção, o autor revelou que a produção de fatos históricos é marcada pela subjetividade do pesquisador: ao se apropriar de determinados eventos (reais ou irreais), organizá-los e atribuir-lhes significados, o historiador pode se confundir com o romancista, autor de obras de ficção, e afirmar como *verdade histórica* uma perspectiva pessoal sobre determinados acontecimentos. Trata-se de uma reflexão crítica sobre a arbitrariedade na produção e transmissão do conhecimento, além da negação da neutralidade do historiador.

Em Galheigo (1988), temos que a *oralidade* é a principal característica da transmissão do conhecimento na Terapia Ocupacional – de professor para aluno, de terapeuta para terapeuta. Dessa forma, conhecer trajetórias de vida de terapeutas ocupacionais participantes da fundação da profissão a partir do micro – uma cidade em um período – pareceu-nos o melhor caminho a ser trilhado para construir a História, isto é, construir memória social dos terapeutas ocupacionais.

Assim, de acordo com as proposições de Meihy e Holanda (2007), tal panorama reforçou a necessidade de adoção de procedimentos específicos da História por meio da adoção da História Oral como disciplina da História – não como mera abordagem de coleta de dados.

Ainda de acordo com as proposições dos autores, a definição de uma comunidade de destino é fundamental, pois os textos elaborados devem, sempre que possível, retornar para o grupo mobilizador da pesquisa, visto que estudos que empregam entrevistas assumem uma função social, coletiva. Assim, um coletivo de pessoas compartilha uma experiência que mobiliza a realização de uma pesquisa que adota a História Oral. Em nosso projeto, a comunidade de destino é composta por terapeutas ocupacionais formados ou em formação, e fica explicitado que a pesquisadora principal pertence à comunidade de destino da pesquisa realizada.

Na História Oral, advoga-se que sujeitos comuns devem ser ouvidos, convencendo-os de que suas histórias são fundamentais para a compreensão de determinada realidade, estruturas sociais e processos históricos. Não se trata da busca por uma verdade única sobre determinado

tema, ao contrário: o importante é “a forma, a maneira como os acontecimentos e marcos de ontem e de hoje estão sendo elaborados pela memória na construção de relatos e imagens significativas” (GALLIAN, 2008, p. 21).

A inquietação motriz de nossa pesquisa (MELO, 2015) surgiu em 2003, no começo da graduação em Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo, quando cursamos a primeira disciplina de constituição do campo e história da Terapia Ocupacional com a docente Marta Carvalho de Almeida. Além do contato com a bibliografia clássica sobre o tema, o aprendizado sobre a história do curso muito mobilizou nossa turma. Apresentaremos a seguir os principais pontos da narrativa que nos mobilizou a entender a história da profissão.

Ausência de professores. Aulas em escadas e corredores por falta de salas de aula. Mobilização dos alunos por condições mínimas de estudo e contratação de professores. Peregrinação dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em diferentes departamentos da Faculdade de Medicina até a criação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em 1999.

Contratação de professores. Alunos que se tornaram professores. Compromisso em transmitir aos novos o caminho já percorrido. Convite à militância pela profissão. Necessidade de construção de bloco didático, contratação de mais técnicos e docentes.

Com o ensejo de cultivar a memória profissional e ampliar o debate historiográfico, buscamos a compreensão da fundação da Terapia Ocupacional na cidade de São Paulo na perspectiva dos profissionais engajados nesse processo e, em especial, com o intuito de identificar o *ethos* dos terapeutas ocupacionais, isto é, o conjunto de características próprias do grupo de fundadores que lhes conferiu identidade social e que pode ser compreendido como legado permanente transmitido ao longo das gerações de profissionais.

Neste momento-capítulo, apresentaremos alguns desdobramentos de nosso estudo na comunidade de destino, a saber: a desconstrução do mito fundador; reparação às primeiras turmas formadas; fenômeno de localização de documentos e, como conclusão, a delimitação da história da Terapia Ocupacional como campo de conhecimento e pesquisa.

2 PRIMEIRO DESDOBRAMENTO: A DESCONSTRUÇÃO DO MITO FUNDADOR

Corroborando as contribuições de Halbwachs (1990) e com base no conjunto das narrativas dos colaboradores de nossa pesquisa, entendemos que a memória de uma pessoa sempre se constitui no interior de um grupo e a partir das relações estabelecidas nos diversos grupos que ela integra. Assim, consideramos que a memória dos terapeutas ocupacionais de São Paulo se constitui no interior de um grupo mais amplo, os paulistas, que, na Revolução de

1932, consagraram como sua a insígnia “Não sou conduzido, conduzo” e explicitaram a posição em que o estado se coloca na relação aos outros estados do Brasil.

Desde Aristóteles, a argumentação política se desenvolve na tríade retórica composta por: *ethos* como a imagem de si que o orador projeta em seus interlocutores; *pathos* como a comoção premeditada do público e, por fim, *logos* como o conteúdo do discurso propriamente dito:

No processo de desdobramento do *ethos*, salienta-se a importância do papel dos estereótipos – modelos pré-construídos que imprimem à figura do orador um pré-conhecimento que permite ao ouvinte o traçado de uma impressão antecipada do *ethos* a ser manifestado na atividade oratória. Trata-se de um esquema coletivo cristalizado, forjador de imagens pré-concebidas que condicionam a postura do ouvinte/leitor em relação aos possíveis efeitos do discurso. É o que ocorre, por exemplo, nos discursos didáticos, cujo auditório dispõe previamente de dados que lhe permitem alimentar impressões prévias a respeito da figura do professor (GUIMARÃES, 2008, p. 3).

As contribuições de Soares (1991) têm sido amplamente adotadas na formação de terapeutas ocupacionais de todo o Brasil, além de ampararem outros pesquisadores em seus estudos (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001; BENETTON, 2001). Apesar de apresentar dados sobre a constituição do curso carioca em 1956 e anexar alguns dos anos de criação de cursos de Terapia Ocupacional no país, é curioso observar o transbordamento do discurso paulista no seguinte trecho de Soares (1991):

Assim, não só foi instituída em São Paulo uma entidade modelo com toda uma equipe multiprofissional trabalhando, bem atualizada, contando com inúmeros técnicos estrangeiros, como também foram habilitados profissionais locais para a área de reabilitação. Desta maneira foram formados os especialistas que inexistiam no país, a saber, os terapeutas ocupacionais e os fisioterapeutas para as demais entidades de assistência (SOARES, 1991, p. 155).

Para a autora, em 1946, com deliberação em assembleia geral, a Organização das Nações Unidas (ONU) assumiu a responsabilidade de fomentar programas de reabilitação em todo o mundo. Além das ações de coordenação e planejamento global, passou a fomentar seu programa em países subdesenvolvidos com interesse no assunto. Para tanto, a partir da década de 1950, foram enviados emissários, nos quatro continentes, com o intuito de escolher os melhores locais para a instalação de centros de demonstração de técnicas de reabilitação, os quais deveriam formar profissionais especializados e oferecer a reabilitação propriamente dita (SOARES, 1991).

Um desses serviços deveria ser criado na América Latina. O Brasil foi visitado por Paulo Novaes em 1951, por Ling em 1952 e por Gustave Gringas em 1955. As cidades finalistas foram

Cidade do México, Santiago do Chile e São Paulo. O prestígio internacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o aumento do contingente de acidentados e incapacitados pela indústria e pelo trânsito e o apoio do poder público local e federal foram identificados pela autora como fatores determinantes para eleger São Paulo na “instalação de um centro de reabilitação modelo, no qual viesse a funcionar um serviço de reabilitação integrado por vários setores” (SOARES, 1991, p. 152).

Ainda de acordo com a autora, vinculado ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas, em 1956, foi criado o Instituto Nacional de Reabilitação (em diante, Inar), amparado pelo Decreto-lei Estadual nº 27.083/1956. A partir de então, os repasses de verba e cooperação técnica foram iniciados. Conforme proposto pela ONU, as prerrogativas principais do Inar eram o ensino e a assistência. Para tanto, promovia cursos regulares de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Órteses e Próteses e contava com alguns profissionais, nas mesmas áreas, capacitados nos Estados Unidos, com bolsa-auxílio da Organização Mundial de Saúde (SOARES, 1991).

Benetton (2001) acrescenta que, em 1951, na ocasião da visita do primeiro emissário enviado pela ONU, o Conselho de Administração do Hospital das Clínicas aprovou a criação do “Instituto de Reabilitação (IR), anexo à Clínica de Ortopedia e Traumatologia, que só foi reconhecido oficialmente pelo Estado em 1958, pelo Decreto-lei nº 5.029, de 18/12/58” (BENETTON, 2001, p. 27). Salientamos que, a partir desse decreto, o Instituto Nacional de Reabilitação assume o nome de Instituto de Reabilitação.

Em 1952, Neyde Tosseti Hauck, chefe da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas, ingressou no curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Nova Iorque, com bolsa-auxílio internacional (BENETTON, 2001). Anos mais tarde, por indicação dos próprios emissários da ONU (Ling e Gustave Gingras), recebeu bolsa-auxílio da ONU para cursar, novamente, Terapia Ocupacional no Canadá no período de 1955 a 1957 (BENETTON, 2001). Neyde implantou setores de Terapia Ocupacional do Instituto de Reabilitação, da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas e da Divisão de Reabilitação Profissional da Vergueiro (SOARES, 1991; BENETTON, 2001).

Em nossa perspectiva, a imagem que o estado de São Paulo projeta de si mesmo nacionalmente – de pioneiro e de locomotiva do Brasil – tem repercutido na produção bibliográfica da Terapia Ocupacional do país e, acreditamos, provocado a escassez de publicações que retratem a heterogeneidade dos processos de constituição da Terapia Ocupacional nas diversas regiões do Brasil desde a década de 1950 até os dias atuais e, por conseguinte, na adoção da experiência paulista como a tônica do discurso histórico-hegemônico sobre o processo de constituição da profissão no país.

Em face da escassez de referenciais sobre a constituição da Terapia Ocupacional no Brasil, aceitamos o ofício historiográfico do diálogo com os diversos campos do conhecimento, a fim de extrapolar as fronteiras da Terapia Ocupacional, para contextualizar e historicizar a criação, em 1957, do curso paulista no interior da atual Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Ao problematizarmos o discurso bibliográfico hegemônico, desnaturalizamos a eleição de São Paulo para sediar um centro de reabilitação modelo e identificamos a existência de um mito fundador da Terapia Ocupacional no Brasil – que reafirma a supremacia paulista. Por conseguinte, aceitamos o desafio de desconstruí-lo.

Pretendemos demonstrar que, para o processo de constituição da Terapia Ocupacional no Brasil, o mito fundador consiste na crença de que terapeutas ocupacionais paulistas devem ser consideradas pioneiras por terem recebido formação mais qualificada, em detrimento de profissionais anteriormente formados no Rio de Janeiro. Quando nos deparamos com discussões atuais sobre qualificação docente ou sobre a necessidade de criação de periódicos para a divulgação da heterogeneidade de pesquisas realizadas, observamos a atualização do mito em todo o campo: as terapeutas ocupacionais paulistas são pioneiras, são mais qualificadas, são bandeirantes!

Vejam os que, em Marinho (1993, 2013), a cooperação técnica entre paulistas e norte-americanos se estabeleceu em 1916 a partir de um pedido de auxílio de Arnaldo Vieira de Carvalho – médico renomado, diretor da recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e primeiro presidente da Sociedade Eugênica de São Paulo – dirigido à Fundação Rockefeller para o estabelecimento de duas cátedras (justamente Higiene e Patologia). Ao obter resposta favorável no mesmo ano, iniciava-se um processo de negociação, que culminou na oferta de novas instalações e reestruturação da Faculdade de Medicina pela Fundação Rockefeller. Em contrapartida, solicitou a construção do Hospital das Clínicas pelo governo paulista (MARINHO, 1993, 2013).

Imbuídos da necessidade de criação de um cinturão epidemiológico que protegesse os Estados Unidos de uma pandemia e munidos da filantropia científica desenvolvida em larga escala pela Fundação Rockefeller, a partir de 1916, médicos e pesquisadores norte-americanos foram enviados a diversos países do mundo – notoriamente, por toda a América Latina – em busca de informações sobre condições sanitárias, formação de profissionais de saúde e serviços oferecidos à população (MARINHO, 1993, 2013). No Brasil, concentraram esforços com a Comissão Sanitária para a Febre Amarela para o Rio de Janeiro e, em São Paulo, com a Comissão Médica para o Brasil, cuja prerrogativa era a de tornar a cidade um centro irradiador da formação de profissionais de saúde qualificados para todo o Brasil (MARINHO, 1993, 2013).

Em nosso itinerário de pesquisa, constatamos que a criação do curso de Terapia Ocupacional em São Paulo pode ser compreendida como um evento, entre outros, promovido pela filantropia científica no amplo processo, iniciado em 1916, de alinhamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo às prerrogativas da Fundação Rockefeller. Como vimos, ser um centro irradiador da formação de profissionais de saúde é herança rockefelleriana aos paulistas que antecede a eleição de São Paulo para implantação de um centro de reabilitação modelo em 1955 e, por conseguinte, a criação do curso de Terapia Ocupacional em 1957.

3 SEGUNDO DESDOBRAMENTO: REPARAÇÃO ÀS PRIMEIRAS PROFISSIONAIS FORMADAS

Identificamos a necessidade de reparação não apenas às primeiras terapeutas ocupacionais formadas no Brasil pela Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, cujo curso de Terapia Ocupacional foi criado em 1956, mas também a todos os terapeutas ocupacionais que foram pioneiros na profissão em todo o Brasil. Há necessidade de novas pesquisas sobre os processos de outros estados, pois ainda hoje existem localidades sem terapeutas ocupacionais, de modo que podemos afirmar que, em âmbito nacional, o processo de constituição da profissão está em processo, apesar de todo arcabouço jurídico que institucionaliza a profissão no Brasil.

Se a presença de profissionais internacionais é tão destacada na literatura sobre a criação do curso em São Paulo, quais as contribuições da experiência mineira – que contou com o engajamento de Debora Wood (norte-americana) e Joanna Noordhoek (holandesa) no estabelecimento da profissão? Quais as contribuições da experiência pernambucana no que diz respeito ao primeiro curso brasileiro de Terapia Ocupacional reconhecido pela Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais? E a experiência baiana, que dialogou com tal organismo internacional para revisão dos critérios estabelecidos para o reconhecimento dos cursos brasileiros?

Em nossa perspectiva, os questionamentos anteriores reforçam a importância de ampliarmos o debate historiográfico da Terapia Ocupacional a partir das realidades locais. A complexidade dos dados obtidos na pesquisa de Barros (2009) e a confirmação de que os registros dos cursos da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro foram preservados indicam a possibilidade de ampliar e aprofundar estudos específicos sobre a fundação da Terapia Ocupacional no Rio de Janeiro.

Nossa pesquisa, entretanto, identificou a necessidade de reparação às primeiras terapeutas ocupacionais formadas pelo Instituto de Reabilitação no período de 1958 a 1964 – ano em que a Organização Mundial de Saúde enviou Miss Elizabeth Eagles para assumir a coordenação do curso de São Paulo.

A partir do conjunto das narrativas, constatamos que a chegada da terapeuta ocupacional canadense se tornou marco do movimento de negação da existência das primeiras turmas de terapeutas ocupacionais do Instituto de Reabilitação, no sentido de desqualificação da formação dessas primeiras profissionais e, inclusive, questionamento do título de terapeutas ocupacionais. Com base nas narrativas, na regulamentação da profissão pelo Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, o diploma de Neyde Tosetti Hauck não teria sido validado e, assim como o dela, o de outras pioneiras.

Ao problematizar o silenciamento de determinados grupos sociais pelo negacionismo da história oficial, Caldeira Neto (2009) apresenta o holocausto como exemplo capital desse fenômeno. O autor refere que somente a terceira geração de judeus pôde empreender os esforços necessários para romper o silêncio e criticar a linhagem hegemônica de autores que negaram ou minimizaram os horrores dos campos de concentração nazistas.

Os sobreviventes da primeira geração se calaram para proteger seus descendentes da possível violência. A segunda geração transmitiu o incômodo dos não ditos e poucos relatos obtidos à terceira geração que, por sua vez, trouxe à tona a versão dos fatos na perspectiva do grupo oprimido e contestou o discurso hegemônico da história “oficial”.

Em *Assassinos da memória*, Pierre Vidal-Naquet (1988) conta que, na década de 1970, os judeus começaram a perceber em pessoas e instituições a tentativa de monopolizar a memória histórica e cristalizar uma determinada versão dos acontecimentos. Estabelece as atividades de uma editora, A Velha Toupeira, como marco fundador do negacionismo como prática de falsificação histórica. Entretanto, salienta que, no fim da Segunda Guerra Mundial, soldados nazistas destruíram uma série de provas, em uma tentativa de apagar a memória do holocausto.

Guardadas as devidas proporções do exemplo capital, identificamos processo semelhante em relação à constituição da Terapia Ocupacional em São Paulo. De volta ao passado, estamos em 1952. Imaginemos o grau de influência de Neyde Tosetti Hauck em seu meio e o nível de confiança de Godoy Moreira, diretor do Hospital das Clínicas e catedrático de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina, em seu trabalho. Ao que consta, a primeira turma de terapeutas ocupacionais foi formada pessoalmente por ela e, depois de formadas, as alunas montaram os setores de Terapia Ocupacional do Instituto de Ortopedia e Traumatologia e do Instituto de Psiquiatria. Teria ela redimido seu atrevimento ao *abandonar tudo* para cuidar de um marido doente?

Um pouco mais adiante, estamos em 1963. Imaginemos uma mulher por volta dos seus 40 anos, divorciada ou *ainda solteira*, doutora em Sociologia, viajada, atriz e bailarina profissional. Sob o enviesado olhar paulista, seria sua única positividade ser estrangeira – talvez,

norte-americana – e consultora da OMS? Elizabeth Eagles teria redimido seu atrevimento ao *abandonar tudo* pelo casamento? Teria abandonado a terapia ocupacional para trabalhar nas artes?

Dessa forma, desvelamos a história da Terapia Ocupacional, em suas dimensões de ensino e prática profissional, como campo de disputa extremamente acirrado. Tal percepção poderia justificar, inclusive, o tratamento destinado aos *documentos* – que a historiografia tradicional privilegia:

Nesse meio-tempo, havia uma única professora de TO que eu não entendia o porquê. Não entendia muito, não sabia bem o que estava se passando, nenhuma de nós entendia. No final do terceiro ano eu ouvia que iam ser contratados os professores. Eu tinha excelentes notas e esperava ser contratada no final do curso. Realmente, precisava ampliar o número de professores da Terapia Ocupacional. Só mais tarde, eu soube o que antes da Miss Elizabeth Eagles já existiam terapeutas ocupacionais lá, mas elas foram mandadas embora antes de eu entrar e só ficou uma. Quando foram contratar, eu esperava entrar porque eu era uma boa aluna, não, eu era a melhor aluna. Não. Uma pessoa com uma personalidade, digamos assim, transigente foi convidada. [...] Ao dezembro, a professora escolhe a minha amiga e eu falo “mas por que se ela não é a melhor aluna?”. Então, eu comecei a entender o que era injustiça, ou melhor, preferências políticas (COLABORADORA 5, MELO, 2015).

Neyde Tossetti Hauck foi mencionada em todas as narrativas e indicada no processo de composição da rede por duas colaboradoras da pesquisa. Em um frenético processo de busca por registros que confirmassem ou negassem sua participação na constituição da profissão, deparamo-nos com a notícia de seu falecimento por intermédio de uma notícia publicada pelo jornal. Uma presença ausente, envolta em tantos silêncios, que quase podemos tocar o vazio de respostas e evasivas. Processo de busca de lugar, de origem, de filiação, de identidade. Em muitos momentos, comparamo-nos ao órfão em busca de sua história de vida, de seus pais. Por que seu nome não está registrado em nossas certidões, cravado na história?

Neyde Tossetti, terapeuta ocupacional que fez o curso nos Estados Unidos e trabalhava no Hospital das Clínicas. Ela realmente se formou nos Estados Unidos, mas até hoje acreditam que ela não fez o curso completo. Não tenho certeza do que aconteceu, mas dizem que o diploma dela não foi aceito. Era,

realmente, a única pessoa que conhecia a Terapia Ocupacional no exterior e transmitia o conhecimento para as alunas, dava a noção prática. Ela nunca nos deu aula, fizemos um estágio com ela. Era uma pessoa que entendia da profissão. Ela era seca. Era uma pessoa muito seca. Mesmo assim, fiz um bom contato com ela que me emprestou alguns livros, umas apostilas. Eu acredito que foi uma das pessoas mais importantes da Terapia Ocupacional aqui (COLABORADORA 1, MELO, 2015).

Se ela existiu, por que desqualificar ou negar sua existência?

Infelizmente, na época em que o curso começou, existia uma concepção muito marcante: TO faz trabalho manual para vender em bazar. Custou, mas hoje, graças a Deus, a situação mudou bastante porque eu acompanhei a TO aqui em São Paulo desde o começo. [...] Assim que me formei com a Miss Elizabeth, conheci umas terapeutas ocupacionais que se formaram antes dela chegar. Toda vez que alguém quer falar comigo sobre essa época eu peço para procurar a Cleufe! Tem várias delas, não sei se estão vivas. Esse pessoal foi todo para a Psiquiatria. A TO ganhou identidade depois disso (COLABORADORA 3, MELO, 2015).

4 TERCEIRO [E INESPERADO] DESDOBRAMENTO: LOCALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS

Em pesquisas que adotam abordagem metodológica da história oral de vida, é incomum colaboradores se ampararem em *documentos* para legitimar suas narrativas. Em nossa pesquisa, todas as colaboradoras fizeram referência a um acervo pessoal (MELO, 2015). Ademais, na fase de levantamento bibliográfico, localizamos três pesquisadoras que fazem referência direta à existência de acervo composto por fontes primárias (MAGALHÃES, 1989; SOARES, 1991; BENETTON, 2001).

Dessa forma, propusemos uma estratégia de preservação do patrimônio documental – como patrimônio cultural – da Terapia Ocupacional. No Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), questões emergentes da prática profissional são privilegiadas como objetos de pesquisa. Em compromisso ético com a realidade dos pesquisadores, prevê-se a elaboração de um produto final que possa contribuir com a prática profissional propriamente dita. Assim, cada pesquisador deve, necessariamente, por meio do

produto final de sua pesquisa, apresentar uma proposta de intervenção para transformar a realidade pesquisada.

Nossa trajetória de pesquisa e, em especial, as contribuições recebidas nos *Seminários de Pesquisa* do programa de pós-graduação em que nos inserimos (CEDESS-UNIFESP) nos mostraram a importância do tratamento e destino dos acervos pessoais anteriormente mencionados. Primeiramente, por sua representatividade para a construção – mais objetiva possível – da memória profissional, ou seja, da preservação do patrimônio cultural dos terapeutas ocupacionais.

Em segundo lugar, o próprio manuseio desse material demanda cuidados específicos tanto de arquivamento (proteção das folhas com determinados materiais, microfilmagem etc.) como de manuseio (utilização de luvas descartáveis, avaliação do grau de deterioração dos papéis para permitir o acesso direto ou indireto por microfilmagem etc.). Tais acervos necessitam, sobretudo, de local adequado para guardar o conjunto documental, não apenas no sentido de garantir sua integridade física, mas também sua força política na medida em que contribuem para a preservação da memória coletiva da Terapia Ocupacional.

Por isso, nossa pesquisa (MELO, 2015) apresentou como proposta de intervenção, na realidade da análise, a elaboração de cartas abertas às cinco colaboradoras e demais pesquisadores acerca da relevância de acervos pessoais de terapeutas ocupacionais, a necessidade de preservação dos bens e sugeriu que, a exemplo de Lea Beatriz Teixeira Soares, que, na ocasião de sua aposentadoria, doou seu acervo ao curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo (UFSCar), seus acervos também fossem doados para alguma universidade do estado de São Paulo.

Acreditamos que tal iniciativa deve ser lapidada e seguida por todos os terapeutas ocupacionais e pesquisadores. Com tal estratégia de intervenção, acreditamos que será reforçado o compromisso ético com o coletivo de profissionais e, especialmente, será fomentada a preservação do patrimônio cultural, documental.

De acordo com Portella (2012), o conceito de patrimônio cultural é polissêmico e dinâmico, na medida em que é debatido e revisitado constantemente. A autora esclarece que a palavra, de origem latina, denota algo recebido dos pais ou antepassados no sentido de herança. Configura-se como construção coletiva e sempre está vinculado à memória de um grupo: pertencendo a todos, preservá-la configura-se como dever e direito de todos, na medida em que deve ser compreendida “como possibilidade de resgate de sua identidade social (dentro de sua comunidade de origem) e individual (frente a frente consigo mesmo no espelho da alma)” (PORTELLA, 2012, p. 19).

Portella (2012) acrescenta que conjuntos documentais são considerados como componentes do patrimônio cultural. Porém, “para que os documentos cumpram sua função social, administrativa, jurídica, técnica, científica, cultural, artística e/ou histórica, é necessário que estejam preservados, organizados e acessíveis” (TESSITORE *apud* PORTELLA, 2012, p. 21). Dessa forma, para a autora, a gestão documental representaria a organização dos acervos documentais para viabilizar seu acesso, uma vez que a principal função de um arquivo seria a difusão dos registros a toda a sociedade, para incitar a realização de pesquisas.

O projeto *75x75: 75 histórias de vida para contar os 75 anos da EPM/UNIFESP* marcou a efeméride de comemoração dos 75 anos da Universidade Federal de São Paulo. Por meio da abordagem metodológica da História Oral de Vida, foram reunidos 75 relatos de alunos, professores, funcionários, fundadores, pacientes, vizinhos e outras pessoas que, de alguma forma, tiveram suas vidas vinculadas à UNIFESP. Desdobramento do projeto *75x75*, o *Banco de Memória e Histórias de Vida da UNIFESP* foi criado, inicialmente, para divulgar, em ambiente virtual, as narrativas de seus colaboradores, além de fotografias e outros registros do trabalho (Figura 1).

Figura 1 – Página inicial do BMHV. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/bmhv/>. Acesso em: 04 jun. 2018

Home

Home

O Projeto BMHV
Sobre o Banco 2
O que é História Oral de Vida?

Histórias de Vida
Galeria de Imagens
Entrevistas - Histórias de vida

Participe do BMHV
Seja um Colaborador
Notícias e Eventos
Contato

Arquivo
Vídeos
Documentação
Galeria de Imagens completa
Login
Acervo fotográfico histórico
Acervo de documentos escaneados

SPDM/EPM: experiências
COMISSÃO DA VERDADE
MARCOS LINDENBERG
(CVML) DA UNIFESP: AÇÕES E
PESQUISA
ENSINO E SAÚDE ENTRE O
PÚBLICO E O PRIVADO: A
EXPERIÊNCIA DO COMPLEXO
HSP/SPDM/EPM-UNIFESP
(1958-2010)

Banco de Memória e Histórias de Vida da EPM/UNIFESP
Sobre o Banco
O Projeto BMHV
"Às vezes se esquece que as instituições são feitas da vida das pessoas". Esta frase, dita por um antigo aluno e professor da Escola Paulista de Medicina/Unifesp numa entrevista de História Oral de Vida para o projeto "75X75: 75 histórias de vida para contar os 75 anos da EPM/Unifesp", é a que inspira e ao mesmo tempo sintetiza o espírito do Banco de Memórias e Histórias de Vida da EPM/Unifesp. Partindo da crença de que a história de uma instituição se constrói, principalmente, da trama das diversas histórias de vida das pessoas que viveram e vivem nela e por ela, este projeto visa promover a coleta, organização e disponibilização dessas histórias e memórias que, muitas vezes, tendem, com a passagem do tempo e do esquecimento, a desaparecer.
Desdobramento do projeto "75X75 EPM/Unifesp" – o qual compõe o seu "depósito" inicial - o BMHV é uma iniciativa de caráter dinâmico e permanente. Procura registrar e disponibilizar o maior número possível de memórias e histórias de vida de todos que, de alguma forma, participaram em algum momento de suas vidas da história da EPM/Unifesp, seja enquanto aluno, professor, funcionário, vizinho, colaborador, ou simples "amigo". Dando, num primeiro momento, prioridade às gerações mais antigas, o BMHV procura abarcar e está aberto à colaboração de todos.
Direcionado ao público epemista, enquanto promotor e facilitador de sua memória institucional, o BMHV apresenta-se, fundamentalmente, como um importante acervo à disposição do pesquisador especializado e contribui de maneira indiscutível para a memória e a história da saúde em São Paulo e no Brasil.
Leia mais... >>

O que é História Oral de Vida?
O Projeto BMHV
O projeto que originou a criação do Banco de Memórias e Histórias de Vida da EPM/UNIFESP se baseou na concepção de História oral proposta por Meilhy & Holanda (2008), entendendo-a como "um conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto e que continuam com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento e, sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas"
Leia mais... >>

Seja um colaborador

Últimas entrevistas adicionadas

- Hélio Egydio Nogueira
- Elisaldo Luiz de Araújo Carlini
- Paulo Augusto de Lima Pontes
- Emil Burihan
- Edgard Freire
- Reinaldo Salomão
- Paulo de Tarso Gomes
- Roberto Geraldo Baruzzi

Últimas Notícias e Eventos

- Fotos do I Seminário do Grupo de Estudos em História Oral em Saúde
- I SEMINÁRIO DE HISTÓRIA ORAL E SAÚDE
- Lançamento do BMHV EPM/UNIFESP

Além de congregar novos colaboradores da preservação da história da UNIFESP, atualmente, o BMHV também acolheu narrativas oriundas de pesquisas desenvolvidas no bojo do CeHFi, que também adotaram a História Oral de Vida como abordagem metodológica e visam à preservação da memória de profissionais da saúde.

Como observa Rocha (2013), o uso do anonimato é frequente em pesquisas de História Oral, de modo que também empregamos esse recurso em nossa pesquisa (MELO, 2015). Porém, ainda em 2015, Fernanda Leal de Carvalho Ribeiro, uma de nossas colaboradoras, cedeu sua narrativa ao Banco de Memórias e História de Vida (BMHV) da UNIFESP, além de doar elementos de seu acervo pessoal ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da UNIFESP. Tal gesto fundou o Acervo Fernanda Guerreiro:

Aluna e professora da segunda turma de Terapia Ocupacional oferecida pelo Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1959-1960, Fernanda atuou na criação de setores de Terapia Ocupacional em cidades do Brasil, Portugal e Equador. Há quase 60 anos, Fernanda guarda registros que marcaram sua trajetória profissional: recortes de jornal, fotografias, manuscritos, documentos pessoais, dentre outros. Em sua narrativa, amparou-se neste acervo pessoal para comprovar sua formação, atuação profissional e engajamento na fundação da profissão (MELO; GALLIAN, 2017, p. 106).

O termo de cessão foi fundamental para a doação desse acervo, uma vez que formalizou o início do processo de gestão, organização e preservação do conjunto documental em questão. Como desdobramento da assinatura do termo, Fernanda Leal de Carvalho Ribeiro optou por romper o anonimato adotado pela pesquisa e, especialmente, divulgar sua narrativa (MELO; GALLIAN, 2017) com a comunidade de destino de nossa pesquisa, a saber, terapeutas ocupacionais formados e em formação.

É importante salientar que os itens do acervo estabelecem diálogo com outros processos locais de fundação da Terapia Ocupacional (Brasília, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo) e, portanto, reiteram a necessidade de preservação do patrimônio cultural da Terapia Ocupacional no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que nossa pesquisa (MELO, 2015) e o Acervo Fernanda Guerreiro sejam sempre compreendidos como um convite à preservação do patrimônio cultural da Terapia Ocupacional brasileira destinado a toda comunidade de terapeutas ocupacionais no nosso país. Convite ao cuidado e à realização de novas pesquisas, para que se promova o debate historiográfico a partir de diversas realidades locais e, especialmente, valorizando nossa heterogeneidade.

Nesse sentido, gostaríamos de destacar a contribuição de duas terapeutas ocupacionais e pesquisadoras, Amara Holanda Battistel e Jô Benetton, que também adotam abordagens metodológicas próprias da História – o que nos permite delimitar, como quarto desdobramento, a História da Terapia Ocupacional no Brasil como campo de *conhecimento e pesquisa específico*, e que demanda, vale reforçar, interfaces e adoção de procedimentos específicos na construção do conhecimento.

Em *Ergothérapie e Terapia Ocupacional no Brasil e na França: um projeto de História Comparada (1960-2000)*, Benetton (2001) avançou no sentido de adotar metodologia específica da História – a História Comparada – para abordar a história da Terapia Ocupacional nos dois países. Trata-se de um pós-doutorado, orientado por Jean-Pierre Goubert, desenvolvido na

École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris (Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris).

Apesar de a referida pesquisa ter recebido auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (Fapesp), é considerada inédita pela academia e pouco divulgada. Além do relatório final enviado à Fapesp, a pesquisadora Benetton gentilmente nos disponibilizou o acervo documental gerado em seus estudos (MELO, 2015).

Em *História Oral de professores de Terapia Ocupacional: três vidas, três histórias, quatro cantos do Brasil*, doutorado desenvolvido na Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Professora Doutora Silvia Maria de Aguiar Isaia, Amara Battistel se dedicou ao estudo da constituição da profissão e formação docente nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco e Minas Gerais.

Por meio da abordagem metodológica da História Oral de Vida, portanto, da narrativa de terapeutas ocupacionais pioneiras, a autora promove o diálogo entre as quatro experiências locais, a fim de estabelecer especificidades e semelhanças nesses processos.

Por fim, acreditamos que a doação de acervos pessoais de terapeutas ocupacionais para instituições de ensino superior, em médio prazo, promoverá maior zelo e atenção dos cursos de graduação acerca de sua própria memória institucional, com vistas a valorizar os percursos de seus egressos e a história dos profissionais que se engajaram na constituição de seu curso e na formação de outros tantos profissionais.

Com otimismo, em longo prazo, vislumbramos a realização de novas pesquisas de cunho historiográfico e, com esperança, a criação de um grupo interinstitucional de pesquisa. Desejamos que, em um futuro próximo, possamos dialogar com histórias de terapeutas ocupacionais de outras realidades e contextos distintos dos quatro-cantos do Brasil.

REFERÊNCIAS

BARROS, F. B. M. **Fisioterapia, poliomielite e filantropia: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro (1954-1965)**. 2009. 259f. Tese (Doutorado em História Social) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6153>.

BARTALOTTI, C. C.; DE CARLO, M. M. R. P. Caminhos da Terapia Ocupacional. *In*: BARTALOTTI, C. C.; DE CARLO, M. M. R. P. (orgs). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 19-40.

BATTISTEL, A. L. H. T. **História Oral de professores de Terapia Ocupacional: três vidas, três histórias, quatro cantos do Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

BENETTON, M. J. **Ergothérapie e Terapia Ocupacional na França e no Brasil**: um projeto de História Comparada (1960-2000). Relatório final da Fapesp, 2001.

BRASIL. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm.

CALDEIRA NETO, O. Memória e justiça: o negacionismo e a falsificação da história. **Antíteses**, v. 2, n. 4, jul./dez. 2009, p. 1097-1123. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/view/2507/4026>
Acesso em: 20 abr. 2015.

CUNHA, M. I. Conta-me agora: as narrativas como alternativa pedagógica na pesquisa e no ensino. **Rev. Faculd. Educ.**, v. 23, n.1-2, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-25551997000100010&script=sci_arttext.
Acesso em: 16 jul. 2011.

ROSA, S. D.; EMMEL, M. L. G. Reflexões sobre os diferentes papéis assumidos pelo terapeuta ocupacional enquanto professor universitário. **Cad. Terap. Ocupac. Ufscar**, v. 9, n.1. p. 2-15, 2001. Disponível em:
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/231>.

GALHEIGO, S. M. **Terapia Ocupacional**: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar, em busca de um depoimento coletivo. 1988. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 1988. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251914>.

GALLIAN, D. M. C. **75x75**: EPM/Unifesp, uma história, 75 vidas. São Paulo: Unifesp, 2008.

GOUBERT, J. P. *et al.* Você disse ética? **Rev. Cadernos**, Centro Universitário São Camilo. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 9-16, jul./set. 2002. Disponível em: <https://saocamilosp.br/cadernos/cadernodetalhes/7>.

GUIMARÃES, E. **O ethos na argumentação**. São Paulo: USP, 2008. Disponível em:
<http://simelp.fflch.usp.br/sites/simelp.fflch.usp.br/files/inline-files/S4206.pdf>.
Acesso em: 15 jun. 2015.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

LANCMAN, S. A influência da capacitação do terapeuta ocupacional no processo de constituição da Terapia Ocupacional no Brasil. **Cad. Terap. Ocupac. UFSCar**, 1998, v. 7, n. 2, p. 49-57. Disponível em:
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/253/0>.

MAGALHÃES, L. V. **Os terapeutas ocupacionais no Brasil**: sob o signo da contradição. 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. 1989. Disponível em:
<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/252841>.

MARINHO, M. G. S. M. **O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)**. 1993. 182 f. Dissertação (Mestrado em Política Científica e Tecnológica) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Campinas, SP. 1993. Disponível em:
<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/287364>.

MARINHO, M. G. S. M.; MOTA, A. (orgs.) **Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952)**. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

MELO, D. O. C. V. **Em busca de um ethos: narrativas da Fundação da Terapia Ocupacional na cidade de São Paulo (1956-1969)**. 2015. 122f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em:
http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_161_daniela_oliveira.pdf.

MELO, D. O. C. V.; GALLIAN, D. M. C. Tecendo a história da Terapia Ocupacional no Brasil: o pioneirismo de Fernanda Guerreiro. **Rev. Interinstituc. Bras. Terap. Ocupac.**, a.1, v.1, p.105-118, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4751>.

NOVAIS; F. A.; SILVA; R. F. Introdução. *In*: NOVAIS; F. A. & SILVA; R. F. (orgs.) **Nova História em perspectiva**. São Paulo: Cosac Naify, 2011. p. 6-70.

PORTELLA, V. P. **Difusão virtual do patrimônio documental do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul**. 2012. Dissertação (Mestrado em Patrimônio Cultural) -. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/11007>.

ROCHA, S. P. A. **Acupuntura no Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo: História Oral e Memória**. 2013. 215f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em:
<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/22900>.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

VEYNE, P. **Como se escreve a História**. Lisboa: Edições 70, 1971.

VIDAL-NAQUET, P. **O revisionismo na História: os assassinos da memória**. Campinas: Papyrus, 1988.

PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA

Dulcimar Batista Alves
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo – SP

Rosana Aparecida Salvador Rossit
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia referem-se às competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas durante a graduação e preveem que a formação contemple as necessidades sociais da saúde com ênfase no Sistema Único de Saúde, estimulando o pensamento crítico e produtivo, baseado nos problemas da população assistida e valorizando o conhecimento produzido nas unidades de saúde e articulando-o com o produzido nas universidades. Em 2010 a Organização Mundial da Saúde reconhece a importância do trabalho em equipe e prática colaborativa para o fortalecimento dos sistemas de saúde no sentido de promover maior resolutividade e qualidade dos serviços em saúde. Este capítulo se propõe a apresentar os resultados da percepção de fisioterapeutas sobre sua formação profissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Participaram 67 fisioterapeutas atuantes em serviços públicos e privados de atenção e recuperação à saúde. Os resultados da análise qualitativa das questões abertas mostram que mesmo que as competências estejam presentes em momentos da formação profissional, isso não garante a efetividade do trabalho em equipe e das práticas colaborativas nos cenários de prática, pois enfrentam dificuldades devido ao modelo biomédico centrado na doença e na figura do médico e das altas demandas de trabalho.

Palavras-Chave: Fisioterapia, ensino, trabalho em equipe, prática colaborativa, competências

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo se propõe a discutir a formação do profissional de fisioterapia no Brasil e apresentar os resultados da percepção de fisioterapeutas sobre sua formação profissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Três questões abertas receberam análise de conteúdo na modalidade temática a partir de três núcleos direcionadores: “Especificidades do ambiente de trabalho profissional”, “Competências relevantes para facilitar o trabalho em equipe” e “Sugestões para implantação e/ou aperfeiçoamento do trabalho em equipe no seu ambiente de trabalho”.

2 FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: A FISIOTERAPIA

Como profissão, a Fisioterapia nasceu em meados do século XX quando as lesões e ferimentos graves dos soldados feridos nas guerras mundiais demandaram uma abordagem de reabilitação visando reinseri-los numa vida ativa novamente. Essa função, executada por voluntários nos campos de batalha, impulsionou esses profissionais a desenvolver uma ciência própria com campo específico de atuação na área da saúde agregando novas descobertas e técnicas às suas práticas, acompanhando as grandes transformações do século XX (CREFITO, 2019).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Artigo 196, p. 116).

No intuito de atender às demandas advindas da organização dos sistemas e serviços de saúde a partir dos princípios e diretrizes do SUS, houve um crescente debate quanto aos modelos assistenciais adotados, à lógica de financiamento e à necessidade de adequação da formação dos profissionais no que concerne às suas práticas (SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013).

Nesse cenário, a preocupação em congregando acesso e necessidade da população ao tratamento fisioterapêutico vem impulsionando experiências de atuação na Atenção Básica, Secundária e Terciária e buscando construir um modelo de atuação integral, descentralizado e regionalizado. Passa a ser exigido dos profissionais uma formação geral que vai além do domínio técnico, preparando cidadãos capazes de prestar atenção integral à saúde de outros cidadãos, por meio do trabalho com/em equipe e na forma de uma atenção humana e sensível (BRASIL, 2002).

A promulgação da Lei de Diretrizes e Bases para Educação em 1996 desencadeou reformas curriculares que culminaram com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que passaram a orientar a formação dos profissionais de saúde garantindo o desenvolvimento de competências e habilidades iguais para a prática profissional (VERAS; FEITOSA, 2019).

A partir das premissas do SUS, para colocar em prática o conceito ampliado de saúde, entendido em sua concepção sócio-histórico-cultural, a equipe de saúde deve atuar numa perspectiva que avança em relação à concepção biopsicossocial do processo saúde-doença reconhecendo a importância da integralidade no cuidado e do trabalho em equipe rompendo com a concepção puramente biomédica da saúde, centrada na doença, tendo o médico como figura central, para uma perspectiva centrada nas demandas das pessoas sob cuidado (BATISTA, 2012).

Batista (2012) e Vilanova, Cardoso e Rossit (2016) salientam a importância do momento que estamos em relação aos currículos dos cursos de graduação na área da saúde. A implantação das DCN, promulgadas há quase 20 anos, ainda é um desafio, especialmente quanto aos mecanismos efetivos de integração curricular; à aprendizagem compartilhada; à interdisciplinaridade; à diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem; ao resgate da dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional e à articulação com o SUS. Outro desafio para as Instituições de Ensino Superior (IES) é garantir uma formação profissional norteada pela concepção ampliada de saúde e focada no trabalho em equipe e na integralidade do cuidado.

O texto da X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, apontou a necessidade de fortalecimento do vínculo do SUS com as universidades a fim de promover mudanças na formação dos profissionais de saúde, preparando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva. Este preâmbulo indica a necessidade de revisão dos currículos dos cursos de graduação em saúde, adequando-os às realidades locais e regionais e às demandas do SUS (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Veras *et al.* (2018) alerta quanto ao desafio do sistema educacional em formar profissionais capacitados a trabalhar em equipe, aptos para prestar atendimento integral e resolutivo e com competência em atos de gestão, prevenção e promoção da saúde. Em contrapartida, a maior parte dos cursos de formação dos profissionais de saúde ainda reproduz a fragmentação do conhecimento em disciplinas sem articulação entre si, baseadas na memorização de conteúdos e aprendizagem acrítica das práticas realizadas nos serviços de saúde (VERAS *et al.*, 2018; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Esse modelo biomédico com cisão entre biológico e psicossocial, reforça a fragmentação de saberes e a demarcação de fronteiras profissionais rígidas que fortalecem ações isoladas de

cada categoria profissional. Fundamentados basicamente na prática clínica, e fortemente dependentes de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, vê-se um processo de “medicalização” da saúde que pouco instrumentaliza os profissionais para atuarem na ótica da integração e do trabalho em equipe, seja com usuários, familiares ou colegas de trabalho (VERAS *et al.*, 2018; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

As DCN para a área da saúde apontam para a necessidade de currículos integrados com embasamento num conjunto de áreas de competências articuladas, por meio de projetos político-pedagógicos construídos coletivamente e fundamentados na interdisciplinaridade, valorizando dimensões éticas e humanistas que possam promover a inserção de docentes e estudantes em serviços existentes nas localidades, fortalecendo a parceria ensino-serviço-comunidade e a diversificação de cenários (BRASIL, 2002).

Em 2002, foram promulgadas as DCN para os Cursos de graduação em Fisioterapia na perspectiva da reformulação de currículos, com o intuito de formar profissionais aptos a trabalhar em sintonia com as demandas do/para o SUS (USP, 2019).

As DCN têm a finalidade de estabelecer a organização curricular das IES e definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas para aplicação, em âmbito nacional, na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002).

Rocha *et al.* (2010) relatam a importância das DCN para o Curso de Fisioterapia ao propor uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitando o egresso para atuar no SUS, em todos os níveis de atenção, baseando-se no rigor científico e intelectual, tendo como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades. Orientadas por habilidades e competências, as DCN estabelecem que as IES componham currículos integrando aspectos das Ciências da Vida e da Saúde; aspectos político-filosóficos e humanísticos; aspectos técnico-profissionais e pedagógicos, além das demandas do SUS e do contexto social brasileiro, o que requer domínio de novas habilidades. Os conteúdos devem abordar o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, conduzindo para práticas integrais no fazer fisioterapêutico priorizando atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e de participação da comunidade.

Segundo Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011), “competência profissional é a capacidade circunstancial de mobilizar articuladamente recursos cognitivos, afetivos e psicomotores para a resolução de uma situação-problema” (p. 176).

No estudo de Saupe *et al.* (2005) a respeito das competências dos profissionais da saúde para o trabalho integrado, docentes completaram um diagrama com competências

(conhecimentos, habilidades e atitudes) visando identificar quais seriam relevantes para a prática integrada na saúde:

- Na categoria conhecimentos foram elencadas: o papel de cada disciplina e a necessidade de se conhecer suas especificidades; ou seja, conhecer competências específicas para que, na divisão do trabalho coletivo, possam ser delineados os papéis a serem desempenhados pelos diferentes atores nas zonas de interface. Aproxima-se do conhecer o outro, entender suas diferenças culturais e sociais.
- Na categoria habilidades foram elencadas: relacionar-se, envolver a comunidade, reconhecer situações interdisciplinares, identificar problemas, propor soluções e identificar dificuldades. Lembrando que a habilidade de relacionar-se está intimamente articulada com atitudes.
- Na categoria atitudes foram elencadas: respeito aos conhecimentos do outro, respeito ao outro, tolerância, aceitação de sugestões, respeito às limitações, respeito às competências, comprometimento com o sistema, ouvir, reflexão, autocrítica, espírito crítico, capacidade de abstrair numa situação concreta, humildade, mudança, respeito às diferenças, ética, autoridade e empatia.

Como pressuposto básico da comunicação Saupe *et al.* (2005) apontam o “ouvir”, uma vez que possibilita entender a opinião do outro, questionar as próprias convicções e aprender. A empatia aparece como a qualidade de se colocar na condição do outro e de se sentir nas circunstâncias experimentadas pelo outro, enquanto, a humildade está vinculada ao reconhecimento de limitações ou da possibilidade de estar errado, que se pode ser ajudado, que não é melhor ou pior, mas diferente. O contexto da formação, compartilhando espaços nos cursos de graduação também foi salientado como relevante para o desenvolvimento de práticas integradas dos profissionais.

A importância da comunicação efetiva como característica de uma equipe integrada também é ressaltada por Peduzzi, Leonello e Ciampone (2016) que elencam outras características como o reconhecimento do trabalho do(s) outro(s) profissional(s) e suas especificidades; o questionamento da desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; a construção de objetivos comuns; a tomada de decisões compartilhadas e a autonomia profissional, levando em consideração a interdependência das diversas áreas para a construção de um projeto assistencial comum, possibilitando a coexistência do trabalho especializado e do trabalho compartilhado e colaborativo.

Conforme descrito por Rodrigues (2008), as possibilidades de atuação do fisioterapeuta caminharam para adequarem-se à política pública de saúde preconizada pelo SUS, destacando-

se a valorização da prevenção e promoção de saúde, a busca da equidade e maior resolutividade dos atendimentos prestados.

Esse contexto nos leva a pensar o quanto é importante, no trabalho em saúde, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população, como afirmam Ciampone e Peduzzi (2000). Segundo as autoras, este desafio requer a construção de um novo pensar, mas também de um novo fazer nessa prática, o que pressupõe alta complexidade de saberes, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes por parte de todos os profissionais.

Isso nos remete à reflexão quanto à real preparação dos fisioterapeutas para a inserção no mundo do trabalho, o que nos levou a fazer um recorte que possibilite compreender melhor quais competências e habilidades são relevantes para preparar o profissional para atuar em equipe com vistas à integralidade no cuidado e à atenção centrada no paciente, primando pela qualidade da assistência e pela resolutividade das demandas de saúde.

Peduzzi *et al.* (2011) destaca que o contexto da prestação de serviços em saúde das últimas décadas ampliou o reconhecimento da necessidade da prática interprofissional a fim de aumentar a eficiência e a eficácia da atenção à saúde.

No campo da saúde, a interprofissionalidade pode ser compreendida como uma resposta às realidades fragmentadas das práticas de assistência, onde diferentes profissões originadas em diferentes disciplinas, têm conteúdos e marcos conceituais com olhares específicos a respeito dos pacientes e suas necessidades, além de uma maneira própria de atuar no complexo sistema de saúde, visando integralidade do atendimento e participação do paciente (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Reeves (2016) fez um trabalho de síntese de revisões a respeito de experiências em Educação Interprofissional (EIP) no mundo e concluiu que este tipo de formação pode ter resultados positivos em relação à reação dos participantes, atitudes, conhecimento/habilidades, comportamentos e prática, bem como benefícios na atenção ao paciente e nos resultados das práticas de saúde e afirma que a EIP “oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo” (p. 186).

Reeves (2016) reforça que a EIP deve ser parte do desenvolvimento profissional contínuo do indivíduo, tanto na graduação preparando estudantes para práticas colaborativas, quanto durante toda a carreira corroborando com o apoio às práticas colaborativas numa fase mais tardia da formação.

A OMS (2010) definiu ‘profissional’ como indivíduos com conhecimento e/ou habilidades para contribuir com o bem-estar físico, mental e social de uma comunidade e que a “educação

interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (p. 8).

A OMS (2010) sugere que a EIP pode ocorrer em qualquer etapa do processo de formação dos profissionais, numa variedade de cenários: programas de treinamento básico, programas de pós-graduação, desenvolvimento profissional contínuo e aprendizado para a melhoria da qualidade dos serviços.

Batista e Batista (2016, p. 203) reafirmam a importância das “experiências de aprendizagens interativas na EIP como promotoras do desenvolvimento de competências para a prática colaborativa”, e defendem que sejam tomadas como curriculares, evitando classificá-las como optativas, para não serem vistas como de menor importância na formação do futuro profissional.

Segundo Villela e Mendes (2003), as dificuldades para que a educação dos profissionais de saúde caminhe nessa direção encontram-se em fatores como: a rotina dos docentes, suas experiências anteriores e sua formação; o que também reitera Reeves (2016) ao destacar a relevância da competência do professor como mediador nas situações de aprendizagem ancoradas na EIP. Para Batista e Batista (2016) esta competência do professor abrange

[...] um conjunto de dimensões que vão desde as experiências prévias, a intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes, até o envolvimento e compromisso docente com a EIP (p. 203).

Peduzzi (2011) caracteriza o trabalho em equipe sob a perspectiva de relação recíproca, de dupla mão, entre trabalho e interação; onde a articulação das ações e a interação dos profissionais no serviço e na rede de atenção utilizando como veículo a comunicação, faz parte do exercício cotidiano. Destaca que a denominação "equipe", no processo de produção em saúde, refere-se sempre a uma situação de "trabalho" e que este se refere à obtenção de bens ou produtos para atender às necessidades humanas, cabendo à equipe a responsabilidade de obter resultados que expressem a finalidade do trabalho que produz. Fortalecendo os pressupostos para o trabalho em equipe, as novas DCN do curso de graduação em Medicina (BRASIL, 2014) reconhecem esta modalidade de trabalho como uma das competências a serem desenvolvidas na formação dos profissionais da medicina e reiteram a importância da formação humanista, crítica, reflexiva, ética e com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana como promotoras da saúde integral do ser humano.

A iniciativa da Medicina tem impulsionado as demais profissões da saúde a reverem suas DCN quanto à organização do trabalho em saúde, onde destaca-se o desenvolvimento do

trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos cenários de prática e com compromisso ético-profissional, visando suplantar a fragmentação do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2014).

A OMS (2010) afirma ainda que “um profissional de saúde colaborativo preparado para a prática é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim” (p. 7).

A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010, p. 8).

Batista e Batista (2016) reiteram a importância do preparo para práticas compartilhadas na formação de profissionais de saúde para um trabalho em equipe comprometido com a integralidade no cuidado.

A aprendizagem compartilhada possibilita aos participantes desenvolver habilidades de comunicação, ter maior capacidade de análise crítica além de vivenciarem os desafios e benefícios do trabalho em equipe, promovendo respeito entre os profissionais de saúde, eliminando estereótipos prejudiciais e evocando a prática da ética focada no paciente (OMS, 2010).

Em meio às transformações nos âmbitos: técnico, científico, tecnológico, pedagógico, conceitual, epidemiológico, sócio-demográfico e legal na profissão, após quase 20 anos das DCN (BRASIL, 2002) dos cursos de graduação em Fisioterapia, estas diretrizes passam por processo de revisão. Esse movimento teve início em 2013 pela Associação Brasileira para o Ensino em Fisioterapia (Abenfisio) no XXIII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, culminando com a resolução do COFFITO que instituiu uma Comissão de Análise e Reformulação das DCN dos cursos de graduação em Fisioterapia. Foram realizados Fóruns Estaduais por todo o país a partir de uma matriz propositiva da Abenfisio que serviu como base para a construção do Termo de Referência que norteou todo o processo de trabalho de rediscussão das novas DCN (ABENFISIO, 2019). No quadro abaixo, seguem as sugestões para mudanças:

Quadro 1 – Novas Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Fisioterapia – sugestões

Dimensões	Sugestões para mudanças
Perfil do Egresso	Inclui-se o termo criativo e ético
Objeto de estudo	O movimento humano, destacando a interação do indivíduo com o meio ambiente e a funcionalidade como objeto de exercício profissional.
Conteúdos /conhecimentos	Ciências Biológicas e Saúde: conhecimentos relacionados às bases bioquímicas e biofísicas, farmacológicas, parasitológicas e microbiológicas. Ciências Sociais e Humanas: acrescenta a integração de aspectos psicossociais, culturais, econômicos, políticos, étnico-raciais, de gênero e de orientação sexual, envolvidos no processo saúde-doença; além de conhecimentos filosóficos, antropológicos, sociológicos, psicológicos, políticos e comportamentais; conhecimentos de ética, legislação e política Conhecimentos biotecnológicos será substituído por Conhecimentos Investigativos e das Ciências Exatas acrescentando à abordagem de avanços biotecnológicos a serem utilizados nas ações fisioterapêuticas um leque que vai desde conhecimentos sobre métodos de investigação qualitativos e quantitativos até conhecimentos das bases matemáticas, estatísticas e computacionais que permitem a digitalização e o armazenamento de dados textuais e numéricos, permitindo registros em prontuários, análise e interpretação estatística.
Conhecimentos Fisioterapêuticos	Inclui-se conhecimentos da função, da atividade e participação, dos fatores ambientais e pessoais, da funcionalidade e da disfunção do movimento humano somados aos conhecimentos dos recursos, métodos, instrumentos e técnicas para a consulta, avaliação e tratamento que instrumentalizam a atuação fisioterapêutica nas diferentes áreas e nos diferentes níveis de atenção, especificando que a abordagem permeia diferentes formas de atuação seja para atenuação, promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação ou reabilitação; conhecimentos que subsidiam a intervenção fisioterapêutica em todas as etapas do ciclo da vida e não apenas intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos como consta nas DCN em vigor.
Conhecimentos em Saúde Coletiva (não constavam na DCN anterior)	Compreende o processo saúde-doença para o cuidado e melhoria da qualidade de vida da população: conhecimentos dos determinantes sociais em saúde, epidemiologia, gestão, saúde ambiental, vigilância em saúde e políticas públicas de saúde.
Estágios	Durante o estágio: supervisão de docente fisioterapeuta e de fisioterapeuta do serviço de saúde onde está inserido.
Atividades complementares	Acrescenta o ativismo comunitário e estudantil, a mobilidade acadêmica e intercâmbios.
Trabalho de Conclusão de Curso	Inclui a defesa perante banca examinadora de um trabalho científico, sob orientação presencial de um docente
Atividades Práticas	Inclui que sejam realizadas nas distintas modalidades de laboratórios, bem como nos serviços de saúde locais, visando desenvolver competências profissionais.
Competências e Habilidades	Permanece idêntico ao texto de 2002.
Dimensões e domínios do fazer fisioterapêutico (não constavam na DCN anterior)	Atenção fisioterapêutica à saúde; Gestão, empreendedorismo e inovação em saúde, Educação para vida
Inovações (não constavam na DCN anterior)	Atividades de educação em saúde e educação popular, instrumentalizando indivíduos/famílias/comunidades (respeitando o contexto sociocultural) para o empoderamento e o autocuidado de seus problemas de saúde; Gestão, Empreendedorismo e Inovação em Saúde; A formação deve, impreterivelmente, ocorrer na modalidade de ensino presencial, visto a aquisição de habilidades e desenvolvimento de competências inerentes ao cuidado em saúde e segurança do paciente

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Com o objetivo de analisar a percepção de fisioterapeutas sobre sua formação profissional especificamente no que diz respeito ao preparo para o trabalho em equipe e a prática colaborativa em seu cenário de prática, foi realizada uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo-analítico e abordagem quantitativa e qualitativa.

Uma amostra intencional foi constituída por contatos rastreados em redes sociais, rede particular e institucional de profissionais de fisioterapia, tendo como participantes 67 fisioterapeutas atuantes em serviços de recuperação e reabilitação à saúde, com pelo menos um ano de experiência profissional. A ferramenta *Google Forms* foi utilizada para hospedar o instrumento de coleta de dados e organizar o banco de dados com as respostas dos participantes.

Um instrumento foi elaborado com dados de identificação, caracterização da formação profissional e do ambiente de trabalho dos fisioterapeutas. Foi composto por 27 assertivas em Escala tipo Likert com quatro opções de resposta: Concordo Plenamente (CP), Inclinado a Concordar (IC), Inclinado a Discordar (ID) e Discordo Plenamente (DP), e, organizado em quatro dimensões: Trabalho em equipe e prática colaborativa; Identidade Profissional; Desenvolvimento de habilidades e competências para práticas colaborativas; e, Atenção centrada no paciente.

A esse instrumento foram adicionadas três questões abertas com o propósito de investigar sobre a prática profissional, competências relevantes para o trabalho em equipe e sugestões para implementar e/ou aprimorar o trabalho em equipe no ambiente de prática.

Para efeito deste capítulo serão apresentadas as análises qualitativas destas questões abertas, que seguiu a metodologia de Minayo (2010) e Franco (2005) com análise de conteúdo, na modalidade temática.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As três questões abertas receberam análise de conteúdo na modalidade temática a partir de três núcleos direcionadores: “Especificidades do ambiente de trabalho profissional”, “Competências relevantes para facilitar o trabalho em equipe” e “Sugestões para implantação e/ou aperfeiçoamento do trabalho em equipe no seu ambiente de trabalho”.

Da análise das percepções relacionadas ao núcleo direcionador “Especificidades do ambiente de trabalho profissional” emergiram as categorias: Trabalho em equipe, Prática Colaborativa, Atenção à saúde, Formação de Profissionais de Saúde, Necessidade de interação com outros profissionais.

Os relatos dos profissionais destacam o respeito e a comunicação como competências fundamentais para o trabalho em equipe, uma vez que aparecem como os principais entraves para que esta forma de atuação ocorra.

É preciso mais diálogo entre os profissionais de saúde, respeito igualitário a todos os profissionais da equipe, reconhecimento da importância de todas as áreas" [...] diálogo entre profissionais para que o trabalho seja executado da melhor maneira e que seja mais proveitosa pelo paciente (P11).

Os participantes apontam que o trabalho em equipe é mais prevalente que a prática colaborativa. Relatos de experiências de ações compartilhadas aparecem principalmente entre profissionais vinculados ao SUS e, apesar de vários relatos destacarem a importância da interprofissionalidade, o que se constata é que mesmo em equipes constituídas por diferentes profissionais, cada profissional continua atuando isoladamente em práticas fragmentadas. Segundo a percepção dos fisioterapeutas esse fato tem origem na hierarquização de poder entre as profissões e na comunicação ineficaz entre os diversos profissionais.

Segundo Araújo e Rocha (2007), a viabilidade do trabalho em equipe está atrelada à uma relação interativa não só entre os profissionais, mas também entre saberes, práticas, interesses e necessidades, que representam a possibilidade do novo no trabalho em equipe estabelecendo um "campo de produção do cuidado" comum a todos.

Em relação ao núcleo direcionador "Competências relevantes para facilitar o trabalho em equipe" emergem três categorias: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes.

Os relatos dos profissionais na categoria conhecimentos (saberes da profissão) revelam a necessidade de mais informações a respeito da atuação dos demais profissionais, no sentido de favorecer o trabalho em equipe e o reconhecimento da importância da formação interprofissional com vivências conjuntas entre as diversas profissões da área da saúde;

Maior embasamento nas outras áreas da saúde para melhor indicar o trabalho dos outros profissionais, respeitando-os e melhorando também nossa conduta (P65).

É necessário ter espaços para a comunicação, discussões de casos, avaliação ampla (aspectos de saúde, econômicos, sociais) (P23).

Silva e Da Ros (2007) afirmam que o treinamento participativo de toda a equipe de saúde é fundamental tanto para a integração das ações quanto para a troca de experiências, fazendo da educação em saúde uma peça chave para as melhorias na saúde da população.

A categoria habilidades (saber fazer) destaca a importância do embasamento teórico-conceitual e metodológico, e também aponta a dificuldade quanto à delimitação das fronteiras profissionais e relaciona o respeito às competências de cada profissional à qualidade das relações interpessoais.

Interdisciplinaridade, sem dúvida! Conhecer o trabalho do colega, entender o paciente como um todo e ter ciência de que muitas vezes apenas os conhecimentos técnicos de um único profissional não é suficiente para abranger a complexidade da demanda (P22).

Otenio *et al.* (2008) comentam em relação à subordinação dos profissionais da saúde às decisões médicas, onde não há autonomia nem mesmo para exercerem o que lhes é facultado como competência da própria categoria, tendendo a cristalizar a identidade profissional de forma reativa, o que dificulta a interação e o fazer integrado.

Os relatos dos profissionais na categoria Atitudes (saber ser) nos permite elencar: Respeito, Empatia, Escuta Qualificada, Ética e Comunicação como as atitudes mais citadas. Um aspecto relevante ressaltado pelos profissionais foi o fato de que o conhecimento da atuação de outros profissionais favorece o respeito ao trabalho um do outro, o que conseqüentemente propicia oportunidades para o trabalho em equipe e a prática colaborativa;

Capacidade de diálogo; saber escutar; pró atividade, capacidade de se colocar no lugar do outro (P40).

Diálogo entre os profissionais [...] isso é muito importante e, sinceramente, fora do ambiente acadêmico, [...] de um hospital escola, isso é muito difícil de ocorrer (P30).

Em vários relatos, a comunicação parece ser o cerne da questão. Ora como atitude, ora como essencial na troca de saberes e, em outros momentos, tornando-se um entrave a ser superado no sentido de favorecer o trabalho em equipe.

No núcleo direcionador “Sugestões para implantação e/ou aperfeiçoamento do trabalho em equipe no seu ambiente de trabalho” os profissionais apontam aspectos positivos e negativos.

Como aspectos positivos citam o compartilhamento das ações relacionadas aos pacientes em reuniões de equipe para tomadas de decisão conjuntas e, como centro das ações necessárias, a criação de oportunidades de comunicação entre os diversos profissionais. Destacam o respeito, o compartilhamento de saberes e o conhecimento da atuação de outros profissionais como questões inerentes à atenção centrada no paciente. Outros relatos citam a importância da formação para o trabalho interprofissional e a necessidade de se criar oportunidades para o aprimoramento das práticas e a construção de novos saberes. O compartilhamento de espaços e práticas aparecem como estratégias que podem trazer resultados positivos tanto para o paciente quanto para o próprio profissional.

As discussões sobre as dinâmicas e debates sobre o indivíduo e como a doença o afeta [...] e como tratá-la, são praticados pelos profissionais (P53).

Temos discussões e reuniões periódicas de todos os profissionais, incluindo médicos[...] isso é muito bom! (P1).

Como aspectos negativos, os relatos apontam a hierarquização entre as várias profissões como um fator que gera desconforto, especialmente quanto ao desrespeito à autonomia no processo de trabalho. Citam também as questões burocráticas e a rotina de trabalho dos serviços como uma estrutura rígida, que dificulta o acesso a outros profissionais e tornam escassas as oportunidades para reflexão e discussão do próprio serviço e das próprias práticas. Os participantes sugerem:

Sugeriria um maior envolvimento e conhecimento da atuação de cada profissional, entre os profissionais envolvidos. Ser sabedor da atuação do outro e conhecer os fluxos do seu trabalho, a carga e as intensas cobranças que o trabalho de cada um demanda, é muito importante para a valorização de cada um e entre cada um para a ampliação e compartilhamento do saber [...] em prol da resolutibilidade no tratamento e do vínculo com o paciente” [...] paciente que é tratado com profissionais que se valorizam mutuamente, acreditam na equipe de saúde, acreditam que possa existir bom tratamento no SUS (P3).

Acredito que seja fundamental o estímulo a reuniões interprofissionais que visem tanto a discussão de casos clínicos, condutas, demandas pessoais e profissionais individuais e também o estímulo constante a um meio seguro e confiável de comunicação entre os profissionais da equipe, garantindo que o

que for dito não seja criticado, que as conversas sejam realizadas com o máximo de respeito, sem qualquer tipo de punição e com claras evidências dos resultados positivos das reuniões para que isso sirva de estímulo ao trabalho permanente em equipe (P26).

Segundo Rossit *et al.* (2018) ao delimitar seu campo de atuação, o profissional reconhece seus limites e exercita a percepção quanto ao momento de compartilhar ações com outros profissionais, de maneira que essa demarcação acaba por reforçar sua identidade profissional ao longo do tempo, ao invés de se impor de forma autoritária e competitiva.

Estudos (PORTO *et al.*, 2012; ALMEIDA; MISHIMA, 2001) indicam que no processo de construção do trabalho entre diferentes profissionais é primordial considerar o papel de cada profissional da equipe, identificando potencialidades e limitações de cada área de atuação, sem julgamento hierárquico, caracterizando a horizontalização das relações de trabalho. É um processo que visa a integração dos saberes e a articulação das ações que se torna possível por meio da comunicação, considerada como a chave para a busca de consensos visando a horizontalidade e flexibilidade de diferentes poderes. O objetivo final é o exercício do planejamento conjunto de ações e a democracia na tomada de decisões, permeadas pela maior autonomia e criatividade dos agentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos relatos dos fisioterapeutas, observa-se a percepção de que o modelo biomédico ainda está fortemente presente no sentido de definir as formas de abordar o processo saúde-doença. Tal fato parece cristalizar uma hierarquização que pode gerar tanto a insatisfação dos profissionais, quanto inquietação diante do desrespeito à autonomia no processo de trabalho, situação que desfavorece ainda mais o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Há indicativos de que ainda são frequentes as dificuldades enfrentadas nos cenários de prática quanto ao trabalho em equipe e prática colaborativa, principalmente, no que diz respeito à atenção centrada no paciente e à comunicação efetiva entre os profissionais.

Em relação às especificidades do ambiente de trabalho profissional, o respeito e a comunicação entre os profissionais foram elencados como fundamentais para o trabalho em equipe, os quais também aparecem como entraves para a atuação em equipe no mundo do trabalho.

Parece que a mudança de paradigma colocando o paciente como centro das ações é um desafio diante do modelo biomédico ainda vigente, prevalecendo práticas fragmentadas em ações uniprofissionais.

Foram elencadas a escuta qualificada, a ética, a empatia, o respeito e a comunicação como as atitudes mais valorizadas para facilitar o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

As reflexões contidas nos relatos explicitam a importância de um embasamento teórico-conceitual mais apurado, a necessidade de formação interprofissional e de vivências conjuntas entre as diversas profissões da área da saúde. Relacionar-se com respeito ao trabalho um do outro e estar disponível para ouvir o outro profissional, propicia oportunidades para o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Em relação às demandas de trabalho, os fisioterapeutas apontam as questões burocráticas e a rotina dos próprios serviços com alta demanda de atendimentos como uma estrutura rígida que dificulta o acesso a outros profissionais, bem como, a escassez de oportunidades, seja para discutir o próprio serviço, seja para abordar aspectos relativos ao aprimoramento das próprias práticas e construção de novos saberes.

Assim, faz-se necessário repensar ações, transformar atitudes e gerar motivações a fim de suplantarmos o modelo biomédico, ainda vigente, no intuito de alavancar a atenção centrada no paciente e aplicar o conceito ampliado de saúde como um eixo de transformação através de práticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABENFISIO. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. **As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Fisioterapia: Um tecer de muitas mãos.**

Disponível em: <https://abenfisio.com.br/2017/08/02/as-diretrizes-curriculares-nacionais-para-os-cursos-de-fisioterapia-um-tecer-de-muitas-maos-2/>. Acesso em: 12 dez. 2019.

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. **Avaliação da formação interprofissional no Ensino Superior em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe – Avaliação** (Campinas), Sorocaba, v. 16, n. 1, 2011.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Cadernos FNEPAS**, v. 2, 2012. Disponível em:
http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.

BATISTA, N.A; BATISTA, S.H.S.S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100202.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**, 1988. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoofederal.pdf>. Acesso em jan. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, **ABC do SUS Doutrina e Princípios** – Brasília, 1990. Disponível em http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002 – **Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Fisioterapia** – Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 – **Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina** – Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20138:ces-2014&catid=323&Itemid=164 Acesso em dez. 2019.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000200016&script=sci_abstract&tlng=pt.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n.spe, p. 143-147, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024&lng=en&nrm=iso.

COFFITO. **Formação acadêmica e profissional**. Disponível em https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344. Acesso em: out. 2019.

CREFITO. **Fisioterapia – Definição** Disponível em <http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>. Acesso em: out. 2019.

D'AMOUR, D.; OANDASAN. I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept, **J. Interprof. Care.**, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096142/>.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo** – Brasília, 2. ed., Ed. Líber livro, 2005.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, 29. ed., Ed. Vozes, (Coleção temas sociais), 2010.

OMS. **Marco para ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**, 2010. Disponível em: www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20Ac. Acesso em: jan. 2020.

OTENIO, C.C.M. *et al.* Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saúde Socied.** [online], São Paulo, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000400014&script=sci_abstract&tlng=pt.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa**. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4299697/mod_resource/content/1/trabalho%20em%20equipe%20e%20pratica%20colaborativa%202017.pdf.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015.

PORTO, A.R. *et al.* The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients. **Invest. educ. enferm**; Medellín, v. 30, n. 2, p. 231-239, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200008.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100185&script=sci_arttext&tlng=en.

ROCHA, V. M. *et al.* As Diretrizes Curriculares e as Mudanças na formação dos profissionais fisioterapeutas. *Fisioterapia Brasil*, Belo Horizonte, v. 11, n. 5, set./out. 2010. In: **Anais do XX Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e II Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva – Suplemento Especial** – Disponível em http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2010/09/Fisioterapia-v11n4_Suplemento-Abenf_.pdf. Acesso em: jul. 2016.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas** (online), Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, 2008. Disponível em: http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/335.

ROSSIT, R. A. S. *et al.* Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface** (Botucatu) [online], Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1399-1410, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005005003&script=sci_abstract&tlng=pt.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-36, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>.

SERIANO, K. N.; MUNIZ, V. R. C.; CARVALHO, M. E. I. M. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioter. Pesquisa**, São Paulo, v. 20, n. 3, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502013000300009&script=sci_abstract&tlng=pt.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000600028&script=sci_abstract&tlng=pt.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **História da Fisioterapia**. 2019. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/fofito/mostrahp.php?origem=fofito&xcod=Hist%F3ria%20da%20Fisioterapia&dequem=Paginas%20Internas> acesso em out.2019.

VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 23, supl. 1 Epub, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600200&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

VERAS, R. M. *et al.* A formação em regime de ciclos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e a proposta de Educação Interprofissional. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 23, n. 2, p. 294-311, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772018000200294&script=sci_abstract&tlng=pt.

VILANOVA, G.; CARDOSO, A. T.; ROSSIT, R. A. S. Análise da formação profissional em saúde na perspectiva da segurança do paciente. Inovações em atividades curriculares. “Por um currículo atento aos desafios do Século XXI”. Edição 2015. In: **Anais do V Seminário Inovações em Atividades Curriculares**. (Org.) Sérgio Antônio da Silva Leite...[*et al.*]. Campinas, SP: FE/UNICAMP, 2016.

VILLELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400016&script=sci_abstract&tlng=pt.

A FORMAÇÃO DO MÉDICO PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA E PROGRAMAS DE PROVIMENTO

Flávio Dias Silva
Universidade Federal do Tocantins
Palmas – TO

Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A carência de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) é problema histórico no Brasil. Mesmo que médicos não-especialistas possam trabalhar nas vagas ofertadas, a falta de profissionais ainda é enorme. Iniciativas do Governo Federal têm tentado, ao menos desde o ano de 2001, melhorar esse cenário, incluindo-se políticas de reorientação da graduação médica; aumento da quantidade de vagas de alunos em cursos de medicina e melhor distribuição desses pelo país; fomento à criação de mais – e melhores – programas de residência, especialmente em Medicina de Família e Comunidade (MFC); estabelecimento de programas de provimento emergencial de médicos acoplados à estratégias concomitantes de formação; e uma recente proposta de plano de carreira incluindo-se a exigência de obtenção do grau de especialista em MFC. Este capítulo se propõe a uma revisão dos diversos projetos que têm impulsionado a busca de uma força de trabalho médica mais robusta na APS brasileira. Apresenta os principais programas governamentais desde 2001 e a percepção de diversos atores sociais desse processo a partir de estudos realizados, incluindo uma pesquisa conduzida no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ao final reflete-se que, apesar de movimentos importantes como o Programa Mais Médicos e o recente Programa Médicos pelo Brasil, substanciais desafios ainda não foram abordados, como o insuficiente investimento na estrutura e processo de trabalho das unidades de saúde; o pouco foco no preceptor, figura fundamental no ensino médico; a regulação da distribuição de vagas de residência priorizando-se as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); e a construção de uma proposta de carreira para outros profissionais da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Medicina de Família e Comunidade; Educação Médica.

1 INTRODUÇÃO

Desde o ano de 1988 o Brasil tem se esforçado para efetivar a construção de um sistema de saúde público, universal, equânime e integral (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Nas últimas décadas intensos movimentos têm sido feitos pelo Governo Federal com o intuito de se estruturar uma parte fundamental desse sistema – a Atenção Primária à Saúde (APS). Do ponto de vista da educação médica, destacam-se o incentivo ao aumento de vagas nos cursos de medicina e a reorientação dos currículos para o trabalho em APS; a expansão da residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC); e a criação de programas de provimento de médicos nos quais, para além do trabalho em equipes de saúde, o médico deve também submeter-se concomitantes a processos educativos na área, incluindo um curso de especialização *lato sensu*.

Em uma análise global, todas essas iniciativas têm como meta solucionar um problema em comum – reduzir a carência histórica de profissionais médicos qualificados, principalmente na APS e em municípios que por suas características têm dificuldade de atrair estes profissionais. Cada uma dessas iniciativas, por sua vez, exige da educação médica ciência e criatividade para que o objetivo final seja alcançado. Equilibrar essas duas contribuições no campo de posicionamentos políticos diversos é desafio adicional aos educadores.

O Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional do CEDESS/UNIFESP oportunizou, entre os anos de 2012 e 2013, a realização de uma importante investigação sobre a APS na graduação médica. O objetivo central foi analisar o ensino das competências necessárias para o trabalho em APS durante o Internato – estágio prático dos estudantes. Seis escolas públicas da região Norte do Brasil participaram da pesquisa, numa abordagem quanti-qualitativa e realizada por dois métodos que se entrelaçaram: pesquisa documental dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) e programas de Internato; e a pesquisa empírica com a aplicação de questionário semiestruturado e entrevista junto a coordenadores dos programas de Internato. Os dados documentais e empíricos obtidos permitiram evidenciar que o ensino das competências no Internato ainda estava distante de ser adequado às necessidades do médico que trabalhará na APS. Frente aos desafios de mudanças na formação do médico no país, o trabalho culminou com uma proposta de diretrizes para a reorientação dessa essencial fase da graduação. Tudo isto foi realizado em um momento histórico que, veremos adiante, gerou importantes mudanças na educação médica brasileira. O Brasil tem sido campo de experimentações audaciosas na busca de soluções para esse problema estrutural. A proposta deste texto é resumir a história recente das iniciativas na área da graduação médica, contando um pouco dos achados de nossa pesquisa sobre o Internato, mas também sintetizar os movimentos contemporâneos em relação à residência em Medicina de Família e Comunidade

(MFC) e programas de provimento. Assim, deseja-se provocar a reflexão sobre quais contribuições os educadores podem realizar a curto, médio e longo prazo para o aperfeiçoamento da formação médica, sempre visando a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

2 GRADUAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A APS tem sido entendida como a parte fundamental e estruturante de um sistema de saúde. Países que possuem seus sistemas de saúde orientados pela APS apresentam melhores resultados em saúde com menos custos (STARFIELD, 2002). No Brasil, provavelmente, o maior marco na qualificação da APS surgiu em 1994, com o Programa Saúde da Família, rebatizado em 1996 como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1996). Conforme sua concepção, cada equipe de Saúde da Família deve contar com um médico generalista, que deve realizar assistência integral aos indivíduos e famílias que vivem em um determinado território.

Se por um lado não há mais dúvidas da contribuição de uma APS forte para o sucesso de um sistema de saúde, evidências também têm apontado que especialistas em MFC são capazes de prover cuidados de maior qualidade quando comparados à mão de obra não especializada (SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018). Nesse contexto, emerge o problema da escassez de médicos com formação especializada no Brasil, ou seja, com titulação ou residência em MFC. O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018) contabilizava em 2018 cerca de 450 mil médicos no Brasil, e destes apenas pouco mais de 5 mil especialistas em MFC. Tomando-se em conta a proporção preconizada de um médico para cada 2.000 a 4.000 habitantes (BRASIL, 2011a), e a população atual do país em torno de 210 milhões de pessoas (IBGE, 2018), tem-se uma deficiência estimada de no mínimo 50.000 especialistas para este campo de atuação.

Esses dois fatores, um mercado de trabalho amplo e a escassez de mão de obra especializada, fazem com que a APS, representada principalmente pela ESF, prescindia da contratação de especialistas em MFC e tenha que incorporar médicos não especialistas – muitos recém-formados – como a sua principal força de trabalho. De fato, por estimativa indireta, é este coletivo que hoje predomina na atenção primária brasileira – mais de 90% dos médicos não são especialistas em MFC. Tal dependência de não especialistas é mais assustadora quando se toma em conta o baixo preparo e o desinteresse desses profissionais na APS. Oliveira e Alves (2011) visitaram 13 cursos de medicina em seis estados brasileiros, aplicando questionários *in loco* a 1.004 de Internos (estágio prático) de Medicina, além da realização de entrevistas com alunos, professores e gestores de saúde, numa pesquisa quanti-qualitativa, realizada entre 2004 e 2007. Entre os resultados encontrados, apenas 19% dos estudantes dizem se sentir aptos ao exercício imediato da medicina; além disso, 63% desejam ser especialistas, ao passo que

somente 20% querem ser generalistas. Apenas 5% desejam trabalhar em municípios de pequeno porte (com menos de 20.000 habitantes), diga-se de passagem, onde vivem cerca de 70% da população brasileira. E 59% dos Internos sabem se o seu curso aplica as diretrizes curriculares nacionais.

Ao considerar esse panorama histórico, o Ministério da Educação iniciou desde o ano de 2001, a implementar uma série de políticas indutoras de mudanças na graduação médica – um caminho que começou com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001) e se seguiu até iniciativas mais recentes como o Programa Mais Médicos – PMM (BRASIL, 2013), a própria reformulação das DCN (BRASIL, 2014) e o novíssimo Programa Médicos pelo Brasil – PMpB (BRASIL, 2019). Todos esses programas, de uma maneira ou outra, têm visado, entre outros objetivos, aumentar a formação de médicos com perfil generalista orientado ao trabalho em APS. Por sua relevância contemporânea, o PMM e o PMpB serão analisados em maior profundidade ao longo deste capítulo. O Quadro 1 apresenta o resgate das iniciativas do Governo Federal mais importantes desde 2001.

Quadro 1 – Políticas federais para educação médica – 2001-2019 – Brasil, 2019.

Iniciativas	Descrição
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001)	Documento do Ministério da Educação que propôs orientar a formação do médico em direção a um perfil “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Define que os cursos de Medicina devem tornar o egresso apto em seis competências principais, incluindo Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento; e Educação Permanente.
PROMED -Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (BRASIL, 2002)	Programa de incentivos aos cursos de Medicina à adesão ao objetivo de “reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica”.

Iniciativas	Descrição
PRÓ-Saúde – Programa Nacional da Reorientação da Formação Profissional em Saúde (BRASIL, 2007)	Constituiu-se em programa pelo qual, através de edital, o Governo convidou instituições de ensino a apresentar propostas de projetos que visassem mudanças em três eixos da formação acadêmica: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Os projetos contemplados receberam então substancial aporte financeiro para sua execução. Traçava como objetivo geral: "...a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população".
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho (BRASIL, 2010).	Programa existente desde 2008, com objetivo principal de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo. Tem como perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino, e por isso, está sintonizado com a reorientação da formação profissional. O primeiro edital do PET-Saúde (Edital nº 12/2008) tinha foco na ESF como modelo da reorganização da APS e ordenadora das redes de atenção à saúde no SUS. O PET já está em sua décima edição.
PMM – Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013)	Criado, através de Medida Provisória (MP) posteriormente transformada em Lei, o PMM, estrutura-se em três eixos: "I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica...; II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional". O item III consistiu de um subprograma de provimento de profissionais acoplado a um processo formativo (Programa Mais Médicos pelo Brasil – PMMB) que será detalhado no texto.
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014)	Revisão das DCN de 2001, nas qual se fortalece a ênfase na formação para o SUS principalmente através da reformulação das áreas de competência essenciais do graduado, que passam a ser "Atenção à saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde". Cada área destas divide-se em subáreas, e cada uma delas lista um conjunto de ações-chave para que o curso atinja seus objetivos. Outra inovação é a exigência de que o internato (estágio curricular) tenha ao menos 30% de sua carga horária dedicada à APS e a serviços de urgência e emergência do SUS.
PMpB – Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019)	Também criado através de MP e posteriormente transformada em Lei, o PMpB, ente outras propostas, altera alguns itens da Lei do PMM, incluindo a substituição do PMMB por um plano de carreira para médicos na APS vinculado à exigência de posse ou obtenção do grau de especialista em MFC.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) também tem tentado contribuir com a elaboração de diretrizes para o ensino da MFC na graduação. Em documento, fruto de oficina realizada pela sociedade, foi proposto que o ensino da APS na graduação deva ser inserido desde o início do curso e com continuidade ao longo deste, num modelo em espiral crescente de complexidade, de preferência com atividades na APS em todos os períodos do curso (GUSSO *et al.*, 2009).

Os resultados obtidos com as estratégias de fortalecimento do ensino de APS na graduação médica começaram a aparecer em diversas publicações. Um exemplo de destaque foi o Internato Regional de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010), um projeto de interiorização do Internato. Essa iniciativa foi implantada em 2004 e consiste num período de oito semanas em que o aluno atua em unidades de atenção primária de municípios vizinhos à cidade-sede da universidade. O estudo consistiu numa investigação quanti-qualitativa, não comparativa, da percepção da primeira turma a realizar esta prática educativa. De uma maneira geral, para mais de 75% dos estudantes a experiência contribuiu para um maior conhecimento da realidade social e profissional, aprimoramento da relação médico-paciente e desenvolvimento de autoconfiança no exercício da profissão. Por outro lado, ressaltou-se como ponto negativo o despreparo dos médicos que recebem os estudantes (preceptores).

Outras escolas de medicina têm publicado seus resultados após a reorientação de seus currículos. A implantação longitudinal de disciplinas de atenção primária em uma escola, por exemplo, evidenciou aumento do desejo dos estudantes em trabalhar em APS (CAMPEDELLI-LOPES; BICUDO; ANTONIO, 2016). Outro estudo com diretores/coordenadores de escolas médicas revelou uma melhora no direcionamento dos projetos pedagógicos para a APS, contudo constatou dificuldades como resistência e o pouco preparo dos docentes para essa tarefa, más condições das unidades básicas, rotatividade dos profissionais do serviço, disputa dos cenários entre instituições de ensino públicas e privadas e pouca orientação para desenvolvimento de ações multiprofissionais (VIEIRA *et al.*, 2018). Esses resultados também foram, em grande parte, encontrados em uma pesquisa qualitativa com estudantes e docentes de uma universidade pública após a implantação das DCN de 2014, onde se destaca a falta de capacitação dos docentes não especialistas em APS para integrar suas disciplinas na nova proposta (REZENDE *et al.*, 2019).

Uma pesquisa com coordenadores de escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro, por sua vez, revelou concordância com a proposta das DCN de 2014, esforços para a diversificação dos cenários de prática, estabelecimento de convênios e parcerias, desenvolvimento de atividades integradas com outras áreas do internato e utilização de laboratórios de simulação

realística; por outro lado, houveram dificuldades como oferta inadequada de supervisão para os preceptores (CANDIDO; BATISTA, 2019).

Para além da análise das iniciativas federais nas escolas médicas, compreender a percepção dos profissionais dos serviços de saúde nesse processo formativo pode agregar muito ao entendimento dos desafios a serem enfrentados. A qualidade dos serviços de atenção primária tem sido avaliada com base em atributos essenciais definidos por Starfield (2002) como facilidade de acesso, provisão de longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado das pessoas atendidas. Surge, então, o desafio de se ensinar isso ao estudante de medicina, principalmente em instigá-lo a assumir uma postura comprometida com esses atributos. Uma investigação qualitativa sobre a percepção dos profissionais de unidades de saúde sobre os estudantes de medicina revelou a aparente dificuldade de priorização, por parte dos estudantes, de aspectos como integração com a comunidade, compreensão dos determinantes sociais das doenças, e mesmo desenvolvimento de empatia (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011). Essas são características que em tese podem prejudicar a qualidade do cuidado em APS que esses futuros médicos prestarão.

Adicionalmente a todos esses achados, apreender a percepção de egressos dos cursos no contexto dessas mudanças parece ser no mínimo igualmente importante. Uma escola paulista cujo projeto foi redesenhado após as Diretrizes de 2001 avaliou a opinião de seus egressos, e mais de 70% dos participantes declaram estar bem preparados ou muito bem preparados para atuar na atenção primária como generalistas (POLES *et al.*, 2018). Esses médicos consideraram como pontos positivos a inserção do aluno na APS desde o início do curso e o conhecimento e manejo das doenças mais prevalentes. Por outro lado, queixaram-se de praticar pouco atendimento médico no estágio de APS, realizar visitas domiciliares sem presença de preceptores e, adicionalmente, da desvalorização da APS como carreira profissional. E é de fato nessa última opinião que pode estar um dos principais desafios da formação de médicos para a APS – a falta de desejo de trabalhar como generalista. Levantamento do Conselho Federal de Medicina em 2018 mostra que apenas entre 20% a 30% desejariam trabalhar em APS, e cerca de 1,5% dos egressos consideram especializar-se em MFC (CFM, 2018). Esses resultados ilustram a necessidade de se trabalhar a identidade do estudante com a medicina generalista.

Por fim, há que se destacar um aspecto diverso da análise feita até então – o expressivo aumento de vagas em cursos de medicina, resultado principalmente atribuíveis ao PMM. O PMM visava criar até o ano de 2017 o número de 11.500 vagas, e o objetivo era fazer o Brasil pular de uma proporção de 1,8 para 2,7 médicos por mil habitantes até 2026 (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Apenas entre os anos de 2013 e 2015 foram criadas 6.319 vagas – 55% da meta estabelecida pelo programa. Uma outra análise revelou que entre os anos de 2013 e 2016 foram criados

70 novos cursos no país (MOURÃO NETTO *et al.*, 2018). Ainda que criticada por diversos atores, esta expansão real pode contribuir futuramente para suprir a carência de profissionais na APS do país. Por outro lado, atuar apenas na lei da oferta e procura seria atitude ingênua quando se busca qualificação dos serviços prestados.

3 UM RETRATO DO INTERNATO MÉDICO NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

A investigação realizada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde pelo CEDESS entre 2012 e 2013, como já citado, enfocou o período do Internato de cursos de medicina de universidades públicas da Região Norte do Brasil (SILVA, 2013). Destacam-se aqui algumas das revelações mais relevantes.

Na primeira fase da pesquisa buscou-se analisar o projeto pedagógico dos cursos e de seus programas de Internato. De maneira geral, constatou-se que todas as escolas se direcionavam a formação de um profissional generalista, ainda que pouca ênfase se é dada ao profissionalismo na APS como demonstra a análise de conteúdo realizadas nos documentos dos cursos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Objetivos dos Cursos de Medicina, segundo os PPC das seis escolas estudadas da Região Norte – 2015

Unidades Temáticas (UT)	Número de cursos nos quais a UT é encontrada
Formar médicos identificados com necessidades regionais	06/06
Formar médicos com visão preventiva e de promoção da saúde	06/06
Formar médicos com preparação para pesquisa	06/06
Formar médicos com compromisso com a saúde pública/coletiva	05/06
Formar médicos generalistas, com visão integral e compreensão dos determinantes sociais das doenças	05/06
Formar médicos em integração com o SUS	05/06
Formar médicos com inserção precoce na prática	05/06
Formar médicos na perspectiva interdisciplinar	04/06
Atingir a integração Ciclo Básico com Profissional	04/06

Fonte: SILVA (2013)

Tabela 2 – Características do perfil profissional do egresso desejado pelas escolas estudadas da Região Norte – 2015

Unidades Temáticas	Ocorrências*
Qualidades Técnicas e Humanistas	05/05
Conhecedor das patologias mais prevalentes/relevantes	05/05
Apto para Educação Permanente	05/05
Entendimento da saúde e de sua promoção	04/05
Entendimento da prevenção de doenças	04/05
Capaz para trabalhar em equipe	04/05
Visão integralista dos determinantes sociais/ambientais das doenças	04/05
Valorizador das necessidades de saúde da população	03/05
Sintonia com o SUS	03/05
Habilidades de docência	02/05
Foco na Atenção Básica/Atenção Primária	02/05
Conhecedor de métodos de pesquisa	01/05
Sintonizado com o mercado de trabalho	01/05

* Apenas cinco PPC descrevem o perfil do egresso.

Fonte: SILVA (2013)

A análise dos programas específicos de Internato permitiu a verificação de outros aspectos da realidade dessas escolas. Apesar da definição clara dos objetivos gerais do Internato, apenas três instituições dispuseram sobre os objetivos específicos, e nenhuma contemplou um detalhamento das competências específicas que devem ser adquiridas pelos estudantes ao longo dessa etapa – seja em APS, seja nos outros níveis da assistência de saúde. O ementário das disciplinas (ou áreas de conhecimento) estava disponível em apenas dois dos PPC/Programas de Internato analisados; no entanto, também estes eram bastante superficiais em relação à definição das competências a serem ensinadas durante o Internato como um todo.

Já sobre a carga horária, apesar de todas instituições cumprirem com a determinação do mínimo de 35% do curso ser composto por Internato, no máximo 20% da carga total deste era dedicado à APS. Durante o Internato, os estudantes realizam rodízios entre diferentes cenários

e áreas de conhecimento. As áreas de conhecimento abordadas pelos internatos deveriam respeitar à época, as DCN de 2001 isto é, incluir aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva. Esta última tem sido a área que se encarrega da maior parte do ensino-aprendizagem das competências para o trabalho em APS, e foi denominada de diferentes maneiras pelas diferentes escolas – Estágio Rural em Saúde Coletiva, Programa Saúde da Família, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade, Internato Rural, ou simplesmente Saúde Coletiva. Apesar das diferentes denominações recebidas, de maneira geral, a área de Saúde Coletiva contempla estágio na ESF em todas instituições. O Gráfico 1 ilustra a divisão de carga horária das áreas do Internato nas diferentes escolas, segundo a análise documental realizada nos PPC das diferentes escolas. Na escala utilizada para as questões, o número 1 reflete o menor grau de concordância e o número 4 o maior.

Gráfico 1 – Representação gráfica acerca da relação entre a carga horária de ensino de Saúde Coletiva e a carga horária total do internato

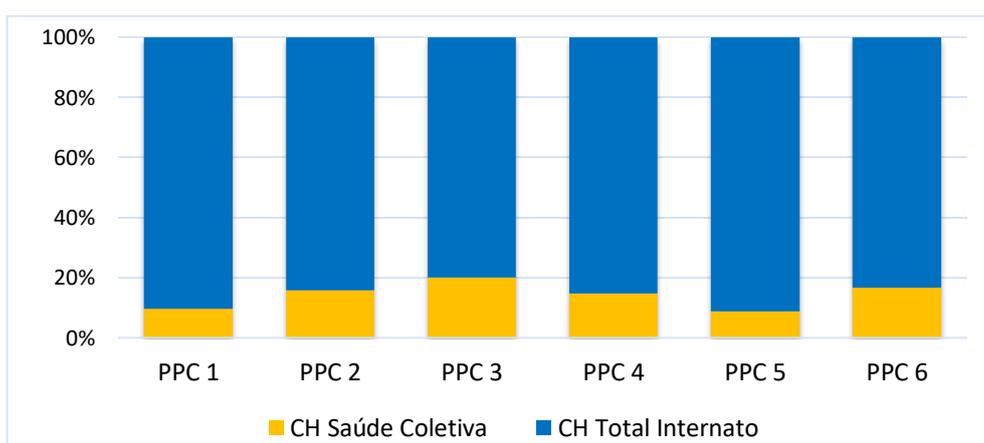
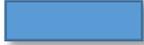


Gráfico 2 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva – Questão número 13 do questionário *online*

13. Foi oportunizado realizar atividades programadas, como rastreamento de doenças como o câncer de mama e de colo de útero			
		Porcentagem de respostas	Contagem de respostas
1		14,3%	1
2		28,6%	2
3		42,9%	3
4		14,3%	1
Questão respondidas			7
Questão não respondida			0

Gráfico 3 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva – Questão número 18 do questionário *online*

18. Foi oportunizado o aprendizado para participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde		Porcentagem de respostas	Contagem de respostas
1		57,1%	4
2		28,6%	2
3		14,3%	1
4		0,0%	0
Questão respondidas			7
Questão não respondida			0

Em relação a segunda fase da pesquisa, que compreendeu na aplicação do Questionário, teve-se o propósito de apreender as percepções dos coordenadores sobre as condições facilitadoras de seu trabalho, bem como as dificuldades vivenciadas para se obter um direcionamento do internato à APS. Como exemplo das condições facilitadoras, aparece o apoio recebido da Universidade; a estrutura da APS em algumas cidades, com a presença de ex-alunos trabalhando na ESF; a articulação do programa com outros cursos de graduação durante o Estágio Rural; o interesse de alguns gestores; como dificuldades, releva-se a estrutura precária das Unidades de Saúde, a pobre integração entre universidade e serviços de saúde, o pouco suporte aos acadêmicos e mesmo a resistência de estudantes ao estágio em APS foram bastante comentados. E principalmente os obstáculos na estruturação da preceptoria.

A terceira e última fase da pesquisa consistiu em entrevistas com os coordenadores, guiadas por um conjunto de sete questões. Distintos aspectos foram abordados, e trabalhados posteriormente sob a técnica da análise de conteúdo. Destacaram-se, entre outras percepções, que as competências para o trabalho em APS são pouco desenvolvidas nas outras áreas do Internato – o que de fato seria factível, como aprender a realizar puericultura no estágio de pediatria, ou acompanhamento pré-natal no de ginecologia. Como vimos nos gráficos, a maior parte da carga horária do Internato ainda é dedicada ao ensino das áreas tradicionais (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Clínica Cirúrgica). Então, perguntamos aos coordenadores se, durante os outros estágios, não haveria momentos de ensino voltados para habilidades essenciais para o trabalho em APS. As respostas variaram:

Olha, Atenção Primária no internato, ela fica restrita ao internato rural, não há outro modulo que dê conta da atenção primária. A própria pediatria que poderia

“tá” na atenção primária “tá” em centros e unidades especializados de enfermagem, ambulatórios especializados. A Ginecologia/Obstetrícia que é uma especialidade básica também fica dentro [...] da sua especialidade [...] não vai pra Atenção Primária. O único elo com a atenção primária é o internato rural nos municípios do interior do estado, na lógica da estratégia da saúde da família (Coordenador Instituição 1).

Outro coordenador comenta:

Na cirurgia, eles não têm nada de saúde básica, na clínica médica também não, tá, assim, não vão pra unidades periféricas, [...] o problema do nosso aluno é que [...] eles já desenvolvem essas atividades do primeiro ao quarto ano. Aí chega no quinto ano, eles não querem ir pra unidade básica, eles querem ir para o hospital! [...] (Coordenador da Instituição 5).

Um terceiro coordenador concorda:

“Então, além do Saúde da Família [...] parte [...] da obstetrícia, essa parte da ginecologia, tem uma [...] parte ambulatorial [...] é [...] que tem um contato mais primário, né, de prevenção, de orientação, isso aí tem [...] na clínica, tem alguns ambulatórios também [...] a maioria, na verdade, são ambulatórios de especialidade [...] A gente não tem, assim, o clínico, clínico mesmo. [...] a gente “tá” [...] fazendo a clínica médica meio fatiada, realmente [...] na cirurgia de repente, [...] naquela manhã tá tendo três, quatro pequenas cirurgias que ele pode tá participando. Mas não é uma coisa [...] não é regularizada [...] (Coordenador Instituição 6).

Este coordenador tenta justificar os cenários de prática de seu internato:

Atualmente, daqui pra frente, é muito difícil você... você ter o clínico, aquele “clínico”, pra tá passando clínica geral, digamos assim. Hoje em dia tá muito difícil, então a gente acaba passando meio fatiado, mas com a visão sempre primária. Não é uma coisa só terciária, né? Às vezes você tá atendendo o paciente que tem uma comorbidade, mas [...] tem essa reflexão [...] o que poderia ter sido feito para ele não chegar ali [...].

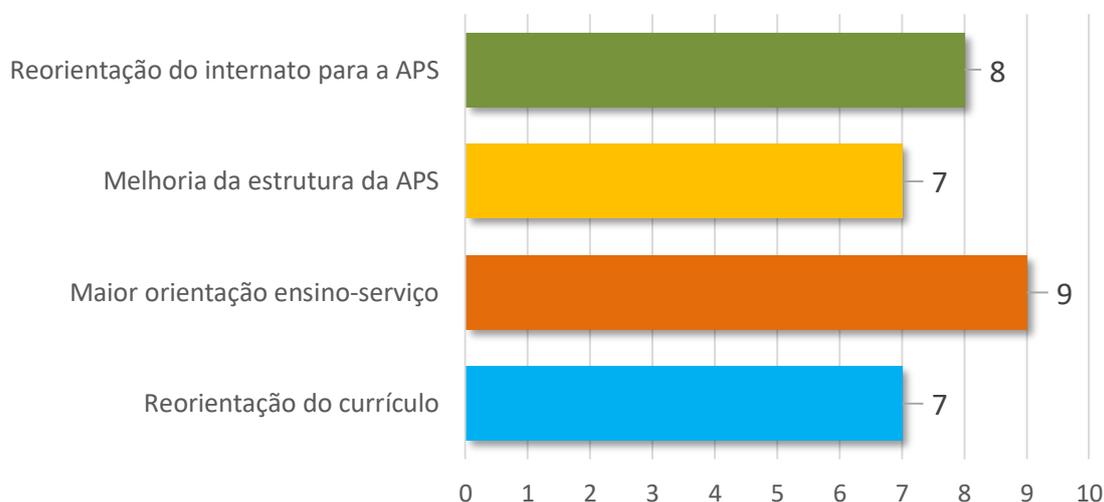
[...] na cirurgia não tem como ter essa atenção primária. Na gineco, como eu te falei, tem sim. Na gineco e na pediatria, talvez é que se aproximam mais, né, da atenção primária. Mas [...] o [...] nós temos um grande problema, um grande gargalo, que é ambulatório, né. Primeiro, falta gente [...] pros ambulatórios (Coordenador Instituição 6).

O quarto entrevistado chega a afirmar que ao menos na pediatria há um enfoque no ensino das competências necessárias para o trabalho em APS:

[...] então, na pediatria a gente aproveita um pouquinho pra aprofundar aquelas questões básicas do crescimento, o acompanhamento [...] da criança, do desenvolvimento, da imunização, [...] aleitamento materno, alimentação infantil, né, aquelas doenças mais prevalentes como anemia, diarreia, pneumonia, aqui no nosso caso, nós temos a malária, temos a dengue, [...] É, nós não temos ambulatórios de especialidades, até porque... nós achamos que isso é mais pro médico residente, então todo o enfoque da pediatria ambulatorial é voltado pra atenção básica à saúde (Coordenador da Instituição 3).

Ao final das entrevistas pode-se extrair, da combinação de respostas ao questionário *online* e às entrevistas, um sumário de sugestões dos coordenadores de Internato. As principais propostas aparecem sumarizadas no Gráfico 4 com o número de vezes que aparecem nos discursos.

Gráfico 4 – Quantitativo de sugestões para o aperfeiçoamento do Internato, segundo os Coordenadores, por categoria temática



Entendemos que a construção desta investigação ganhou especial significância em função do momento no Brasil em 2013 – ano em que foi criado o Programa Mais Médicos, estratégia que trouxe uma série de mudanças na formação médica – em parte porque acreditava que a educação médica ainda era demasiadamente afastada da APS. Uma das propostas do PMM foi, por exemplo, o aumento de carga horária de APS no Internato – o que foi, de certo modo, consoante com os resultados da nossa pesquisa. O PMM, entretanto, foi de uma amplitude bem maior e afetou não só a graduação, mas também a residência médica e as políticas de provimento emergencial de profissionais, como ver-se-á a seguir.

4 RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Os sistemas de saúde com melhores resultados têm investido historicamente na APS e na formação de especialistas em MFC. O Canadá, por exemplo, tem instaurado políticas de regulação da distribuição de vagas de residência médica, determinando a divisão quantitativa de vagas para cada especialidade conforme a necessidade do momento. Via de regra, cerca de 40% das vagas naquele país têm sido direcionadas à MFC – em 2020, por exemplo, serão 688 vagas em MFC de um total de 1961 vagas no total (CARM, 2020). Como no Canadá (e em grande parte dos países desenvolvidos) não se pode praticar a medicina sem residência médica, a regulação de vagas acaba por induzir a formação de especialistas de maneira mais equilibrada, e assim torna-se uma política bastante interessante de provimento de médicos para a APS. Isso não significa que o Canadá não sofra com falta de médicos – de fato, ao menos cerca de 15% dos canadenses acima de 12 anos de idade não têm ligação formal com um médico de APS (STATISTICS CANADA, 2019).

No Brasil as consequências da opção por não se proceder à regulação de vagas têm gerado propostas de indução da escolha pela MFC, destacando-se, primeiramente, o programa Pró-Residência (BRASIL, 2009). Essa iniciativa do Ministério da Saúde criou uma estratégia de fomentar que instituições com residência consolidada auxiliassem no surgimento de novos programas de residência no país. De 795 vagas financiadas na primeira edição do Programa, em 2010, a especialidade mais contemplada foi a MFC, com 272 bolsas; as regiões mais contempladas foram a Norte e Nordeste – tradicionalmente regiões mais desprovidas de especialistas (PETTA, 2013).

Em 2013, através do já citado Programa Mais Médicos (PMM), o Governo Federal procura potencializar o Pro-Residência e trazer mudanças estruturais para a residência médica. Uma primeira determinação foi a obrigatoriedade de que a partir de 2018 os cursos de Medicina deveriam envolver-se com a criação e oferta anual de número de vagas equivalentes ao número de seus egressos do ano anterior – uma meta bastante ambiciosa para cinco anos. Além disso,

o PMM estabelecia que um a dois anos de residência em MFC seriam obrigatórios para o ingresso em outros programas de residência, como Pediatria, Clínica Médica, Psiquiatria e até mesmo Cirurgia. Essas duas metas, como era de se esperar pelas limitações estruturais do SUS, não foram atingidas – e de fato a última foi recentemente revogada (BRASIL, 2019). Entretanto, alguns avanços foram obtidos no campo da residência médica desde o início do PMM, como o aumento do número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, e o desenvolvimento do Plano Nacional de Formação de Preceptores, estratégia de qualificação de médicos para que estes trabalhem na formação dos futuros residentes (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Finalizando, um movimento importante no tocante à qualificação das residências foi da Comissão Nacional de Residência Médica, órgão vinculado ao Ministério da Educação, assumir o compromisso de estimular a elaboração de currículos orientado por competências para os programas de residência médica. A SBMFC, a despeito dessa orientação, publicou em 2015 seu currículo, onde expressa as competências essenciais, desejáveis e avançadas para a formação do especialista em MFC (SBMFC, 2015).

Apesar dos resultados relacionados à MFC (houve triplicação de vagas na última década), a iniciativa tem sido considerada insuficiente para a magnitude do problema de escassez de especialistas em APS. Um dos obstáculos é a ociosidade das vagas de residência; na MFC, por exemplo, cerca de 70% destas não têm sido preenchidas (SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018). A ociosidade de vagas não é um problema exclusivo da MFC – segundo o CFM, em torno de 40% de todas as vagas de residência no país não são preenchidas anualmente (CFM, 2018). Esses são dados, portanto, que revelam as dificuldades de se organizar a formação médica especializada em nosso país, a despeito dos programas conduzidos pelo Governo Federal.

5 RECENTES PROGRAMAS DE PROVIMENTO DE MÉDICOS NO BRASIL – PROVAB, PROGRAMA MAIS MÉDICOS E PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL

No início da década de 2010, como já contextualizado, a distribuição de médicos na APS ainda vinha se mantendo inadequada, afetando principalmente cidades pequenas, de localização remota, com características rurais. A residência em MFC não dava conta de formar profissionais em número suficiente, e, mesmo contando com a força de trabalho não especializada formada em cursos de graduação estimulados à orientação para a APS, o número de profissionais era insuficiente.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, estreitando laços cooperativos com o Ministério da Educação, retoma uma estratégia já utilizada em outros momentos da história – investir em programas de provimento de profissionais. O primeiro é o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – o PROVAB (BRASIL, 2011b); em 2013, o Programa Mais

Médicos pelo Brasil (PMMB), vinculado ao PMM; e por fim, já em 2019, o novíssimo Programa Médicos pelo Brasil (PMpB).

O PROVAB consistiu em uma oferta de vagas para trabalho de 32 horas por semana na APS dando ao participante alguns benefícios – dentre eles um inédito bônus de 10% na nota de eventuais processos seletivos para residência médica que o profissional viesse a participar futuramente. Além disso, o “provabiano” recebia suporte educacional composto de um curso de especialização em atenção básica (modalidade à distância, 08 horas/semana), e de um processo de supervisão realizado por médico tutor – geralmente através de uma visita mensal e disponibilização para orientação à distância. O PROVAB iniciou sob fortes protestos das entidades médicas, que, entre outras coisas, achavam injusta a bonificação pela participação no programa. Além disso, o perfil dos médicos parecia de profissionais bastante desmotivados a estar na APS; um estudo com 67 egressos do PROVAB em Pernambuco revelou que ao menos metade deles não se interessava pelo trabalho na Estratégia Saúde da Família, e cerca de 70% se motivou principalmente pelo bônus para provas de residência (LIMA *et al.*, 2016). Por outro lado, um levantamento com uma amostra representativa de médicos do PROVAB que viriam a solicitar transferência para o emergente Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) revelou que muitos deles decidiram permanecer na APS em face de uma maior identificação com este campo após o PROVAB (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017). Ou seja, o PROVAB parece ter ao menos cumprido a função de promover uma experiência de certa forma motivante na APS.

No escopo do PMM estava incluído o subprojeto de provisão emergencial de médicos, o PMMB (BRASIL, 2013). De maneira geral, o PMMB pode ser analisado como semelhante ao PROVAB (e de fato o substituiu nos anos seguintes) – previa a contratação de profissionais e a oferta do curso de especialização em atenção básica à distância para esses profissionais, além do mesmo processo de supervisão. A estratégia de especialização à distância, ao ser incorporada no PMMB, já mereceria atenção agora pela sua magnitude –cerca de 40 mil alunos foram matriculados nos cursos, desenvolvidos e coordenados por parcerias entre Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS) (LEMOS *et al.*, 2019). Mas para além disso, o PMMB inova principalmente em permitir que brasileiros e/ou estrangeiros com graduação realizada no exterior seriam aceitos no programa, dispensados do processo de revalidação de diploma médico pelas vias habituais. A atuação desses profissionais seria restrita ao PMMB, e assim foram denominados intercambistas. Grande parte desses intercambistas proveio de acordo entre Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), sendo a maioria deles cubanos; os intercambistas passam por um módulo de acolhimento, que aborda temas sobre o funcionamento do SUS, protocolos de APS no Brasil e língua portuguesa, com duração de três semanas (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A estratégia de importar intercambistas sem validação de diploma em território brasileiro acende uma polêmica permanente em torno do PMM. Entretanto, é inegável que o programa se mostrou capaz de impactar positivamente em uma série de indicadores como, por exemplo, aumento no número de médicos disponíveis, maior disponibilidade de consultas médicas e melhorias na estrutura física e nos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde (MOURÃO NETTO *et al.*, 2018; GIRARD *et al.*, 2016). Há considerável informação sobre o programa (RIOS; TEIXEIRA, 2018), entretanto resultados mais robustos sobre seu impacto em indicadores de saúde devem ser melhor apreciados nos próximos anos, através de uma política de monitoramento e avaliação implantada pela OPAS (MOLINA; TASCA; SUAREZ, 2016).

Apesar da discussão política em torno de erros e acertos desse programa, o Governo Federal que assume o país em 2019, em seu primeiro ano em um contexto de conflito com a OPAS e o governo cubano, substitui o PMM pelo intitulado Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019). O PMpB executa seu componente de provimento permitindo intercambistas, desde que esses revalidem seu diploma no Brasil. Ademais, o PMpB cria uma carreira de Estado para médicos na APS, e associa ao primeiro nível dessa carreira a realização de uma formação em MFC. Segundo o programa, essa formação habilitará o profissional para que, ao final de dois anos, preste a prova para titulação em MFC – sendo que a aprovação nesse exame é obrigatória para que o médico prossiga na carreira.

A respeito desse exame, o Governo Federal na verdade pega uma carona na única maneira alternativa de se tornar especialista no Brasil para além da residência – a aprovação em prova executada pela Associação Médica Brasileira em parceria com a sociedade da especialidade. A habilitação para se prestar essa prova é definida pelas sociedades – como regra principal o candidato deve ter uma prática na área que seja o dobro de anos da residência. Entretanto algumas sociedades de especialistas também adotam a política de cancelar alguns cursos de especialização como habilitadores para a prova. É isso que o Governo Federal buscou junto à SBMFC – uma parceria para que, em dois anos, o médico do primeiro nível da carreira possa prestar a prova.

Do ponto de vista educacional, a proposta formativa do PMpB também é substancialmente diferente dos programas anteriores: sua composição envolve 20 horas semanais de atividades, além das 40 horas dedicadas ao trabalho em equipes de APS. Dentre as atividades formativas estão a realização de um curso de especialização em MFC (desenvolvido em parceria com a SBMFC, UNASUS e FIOCRUZ), a tutoria clínica por médico (especialista em MFC ou Clínica Médica) por uma semana a cada sete, e a oferta de atividades auto instrucionais à distância. Ressalta-se que este capítulo tem sua elaboração no exato momento histórico em que este processo formativo está sendo concebido. Logo, há uma grande expectativa no seu desenrolar

e resultados, principalmente porque pela primeira vez se projeta no Brasil uma titulação em massa de médicos especialistas em MFC. O futuro dirá até onde foi possível chegar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fortalecer a APS no Brasil é trabalho perene. A formação de médicos orientados para o trabalho nesta área e a provisão desses profissionais de maneira mais estável é desafio imenso. Todas as políticas de melhorias na graduação, residência e programas de provimento cumprem papéis importantes. A análise das evidências destacadas, contudo, aponta para caminhos a serem explorados de maneira mais intensa, dentre os quais destaca-se a graduação para o provimento:

- O investimento na integração ensino-serviço-comunidade, abrangendo novos projetos de qualificação dos espaços de prestação de cuidados – incluindo-se estrutura física e aperfeiçoamentos do processo de trabalho em saúde;
- A qualificação e valorização do preceptor, envolvendo políticas de fixação desses de maneira que se possa desenvolver unidades de saúde com vocação acadêmica mais robusta;
- A universalização da residência para o trabalho no serviço público, e a regulação da distribuição de vagas priorizando-se uma percentagem aproximada de 40% para a formação em MFC;
- A solidificação e aprimoramento contínuo da proposta de carreira médica na APS e o desenvolvimento da carreira dos outros profissionais fundamentais para este nível de atenção.

Todas estas propostas criativas devem ser analisadas à luz da ciência, em uma proposta de monitoramento e avaliação das metas de cada iniciativa. Ou seja, é reconhecer que a sustentabilidade de um sistema tão complexo como o SUS dependerá fundamentalmente dos resultados que a população brasileira obtiver com o conjunto de todo este trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1217-1228, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0607>.

BRASIL. **Constituição Federal** (Artigos 196 a 200). 1988. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm.

BRASIL. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº3, de 20 de Junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2014. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº4, de 07 de Novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2001. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

BRASIL. Portaria interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. **Diário Oficial da União**, 2002. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/496301/pg-75-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-01-04-2002>.

BRASIL. Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2010. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 2011b. Disponível em http://189.28.128.99/provab/docs/geral/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_n2087_de_01_de_setembro_de_2011.pdf.

BRASIL. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007. 86 p.

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria Executiva. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, 1996.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Website oficial**. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27983:2018-11-26-13-05-15&catid=3.

CALDEIRA, É. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-485, Dec. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400006>.

CAMPEDELLI-LOPES, A. M.; BICUDO, A. M.; ANTONIO, M. Â. R. G. M. A Evolução do Interesse do Estudante de Medicina a respeito da Atenção Primária no Decorrer da Graduação. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 621-626, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00732015>.

CANADIAN RESIDENT MATCHING SERVICE (CaRMS). **2020 R-1 Main Residency Match – First Iteration. Quota Overview by Discipline**. Disponível em: <https://www.carms.ca/match/r-1-main-residency-match/program-descriptions/> Acesso em: 19 jan. 2020.

CANDIDO, P. T. S.; BATISTA, N. A. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 36-45, jul. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180149>.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.

GUSSO, G. *et al.* **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem)**. 2009. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Website oficial do **IBGE** - www.ibge.gov.br. Acesso em: 19 jan. 2020.

LEMOS, A. F. *et al.* O Desafio da Oferta de Cursos de Especialização em Atenção Básica da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde aos Profissionais dos Programas de Provimento. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 136-146, Mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180087>.

LIMA, E. J. F. *et al.* Como os Egressos do Provac e Aprovados na Residência Avaliaram a Experiência? **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 731-738, Dec. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00122015>.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUAREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, Sept. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16072016>.

MOURÃO NETTO J.J. *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. v.42, 7 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu) [online], v. 19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface** (Botucatu), v. 23, supl. 1, e170949, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170949>.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Rev. bras. educ. med.**, online, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&tlng=pt.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). **Rev. bras. educ. med.** [online], v. 37, n. 1, p. 72-79, Mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100005>.

POLES, T. P. G. *et al.* Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre sua formação para atuar na atenção primária à saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 121-128, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170072>.

REZENDE, V. L. M. *et al.* Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 91-99, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180237>.

RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saude soc.** [online], São Paulo, v. 27, n. 3, p. 794-808, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170887>.

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Rev. bras. educ. med.** [online], v. 34, n. 1, p. 21-27, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100004>.

SARTI, T.D.; FONTENELLE, L.F.; GUSSO, G.D.F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** v.13, n.40, p.1-5, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744).

SBMFC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Website oficial da SBMFC – www.sbmfc.org.br. Acesso em: 19 jan. 2020.

SILVA, F. D. **O ensino da atenção primária à saúde no internato médico das universidades públicas da Região Norte.** 2013. 150f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_137_O_ensino_da_atencao_primaria_a_saude_flavio_dias_da_silva.pdf.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STATISTICS CANADA. **Acesso a regular medical doctor**, 2014. Website oficial da instituição, 2014. Acesso em: 26 jan. 2020.

VIEIRA, S. P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189-207, set. 2018. Disponível em: A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde.

FONTES DE INFORMAÇÃO PARA PESQUISA: UM MANUAL PARA O APERFEIÇOAMENTO DA COMPETÊNCIA INFORMACIONAL DE ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE

Cibele Fernandes de Oliveira
Bibliotecária (Ciência da Informação)
Portimão, Portugal

Daianny Seoni de Oliveira
Universidade Federal de São Paulo,
Instituto de Saúde e Sociedade,
Biblioteca Central
Santos – SP

Nara Rejane Cruz de Oliveira
Universidade Federal de São Paulo
Instituto Saúde e Sociedade
Departamento de Ciências do Movimento Humano
Santos – SP

RESUMO

Este capítulo apresenta uma produção técnica originária de duas dissertações no Mestrado Ensino em Ciências da Saúde, desenvolvidas na Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista (UNIFESP – BS). As pesquisas tematizaram o comportamento e a competência informacional de estudantes de graduação da área de Saúde, em duas universidades na cidade de Santos-SP. Os dados indicaram a necessidade de melhoria das habilidades, conhecimentos e atitudes de pesquisa acadêmica dos estudantes. Assim, o manual foi estruturado de modo a abranger questões relativas ao uso do catálogo da Biblioteca e suas funcionalidades, definição das fontes de informação para fins científicos, bases de dados, estratégias básicas para recuperação da informação (operadores booleanos, palavras-chave e descritores em Ciências da Saúde), bem como a integridade em pesquisa. Esse manual busca contribuir para o aperfeiçoamento da competência informacional dos estudantes.

Palavras-chave: Competência em informação; Estudantes de ciências da saúde; Manual de Referência.

APRESENTAÇÃO

Este capítulo apresenta a síntese da produção técnica originária de duas dissertações do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde (OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA, 2016), desenvolvidas na Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista (UNIFESP – BS).

No Brasil, a pós-graduação *stricto sensu* na modalidade profissional objetiva produzir pesquisas que problematizem as práticas profissionais, conforme a área de conhecimento do programa. Neste contexto, além da pesquisa desenvolvida, é também exigido dos mestrandos a proposição de uma produção técnica, derivada da pesquisa realizada, que indique possibilidades de intervenção na realidade investigada (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2019).

As pesquisas de Oliveira (2015) e Oliveira (2016), tematizaram, respectivamente, a competência e o comportamento informacional de estudantes de graduação da área de Saúde, em duas universidades na cidade de Santos-SP, instituições nas quais as duas autoras, ambas graduadas em Biblioteconomia, atuavam como bibliotecárias. Os resultados dessas investigações indicaram como principal demanda, a qualificação dos graduandos para a busca de fontes fidedignas de informações científicas. Por conseguinte, as produções técnicas tiveram como foco a elaboração de material didático e instrucional – sob a forma de manual básico, como parte de um programa de competência informacional para estudantes de graduação na área de Saúde⁸. O manual “Fontes de informação para pesquisa em Saúde” objetiva, portanto, contribuir para o aperfeiçoamento da competência informacional dos estudantes. Destaca-se, para tanto, o papel da biblioteca universitária, em parceria com docentes e discentes na formação.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da produção científica e tecnológica nos últimos anos, bem como os contínuos avanços da informação e comunicação, tem instituído desafios à formação profissional, especialmente em Saúde. Se por um lado o aumento da informação disponível é positivo, por outro pode ser considerado complexo. Frente ao grande quantitativo de publicações em diferentes meios, acessar, identificar e filtrar informações fidedignas requer habilidades e saberes específicos (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019; OLIVEIRA, 2016).

Em Saúde, a informação científica representa um conjunto de evidências, que norteia a tomada de decisões de cuidado (PEREA, 2015). Além disso, o uso de informações confiáveis é

⁸ Cabe informar que uma primeira versão deste manual (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2017) foi publicada como material instrucional do sistema de bibliotecas de uma universidade na cidade de Santos, SP, na qual a primeira autora deste capítulo atuou como bibliotecária.

preceito básico da atividade científica. Neste sentido, é preciso que os estudantes disponham de competência informacional.

Pessoas competentes neste quesito são hábeis no acesso às diferentes redes de dados e conhecem as estruturas de informação e comunicação (DUDZIAK, 2010). Segundo a *Association of College and Research Libraries* (2016) – Associação de Bibliotecas Universitárias e de Pesquisa (em tradução livre), a competência informacional pode ser definida como o conjunto de habilidades integradas, que englobam a descoberta reflexiva da informação, o entendimento de como esta é produzida, bem como seu uso ético na produção de novos conhecimentos.

Nesse sentido, evidencia-se o papel da biblioteca universitária na formação do estudante, visto que esta tem como missão primordial facilitar o acesso à informação. Gasque (2012) destaca as bibliotecas como centros de recursos de aprendizagem, imprescindíveis para uma pedagogia integradora, especialmente no tocante ao desenvolvimento da competência informacional, que precisa envolver bibliotecários, estudantes, docentes, técnicos e outros.

Para a definição do conteúdo do manual “Fontes de informação para pesquisa em Saúde”, tomou-se como referência as principais necessidades informacionais de estudantes da área de saúde, identificadas nas pesquisas de mestrado de Oliveira (2015) e Oliveira (2016). Os quadros 1 e 2 apresentam a síntese dos estudos supracitados e seus resultados.

Quadro 1 – Síntese dos temas investigados nas pesquisas de mestrado de Oliveira (2015) e Oliveira (2016)

Autoras	Oliveira (2015)	Oliveira (2016)
Título	Competência Informacional (ColInfo): mapeamento do uso de fontes de informação por docentes e discentes da área da saúde	Comportamento Informacional ⁹ dos estudantes de odontologia: busca e recuperação da informação científica
Amostra	318 estudantes dos cursos de graduação em Educação Física – modalidade saúde, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social	272 estudantes do curso de Odontologia
Coleta de dados	Questionário fundamentado nos parâmetros de competência informacional e nos objetivos da seção de instrução da <i>Association of College and Research Libraries</i> (2000, 2001) – Associação de Bibliotecas Universitárias e de Pesquisa (em tradução livre)	Questionário fundamentado em estudos contemporâneos sobre comportamento informacional, a exemplo de Sígolo (2012) e Casarin (2011), bem como no modelo de comportamento de busca de informação de Wilson e Walsh (1996)
Temas abordados	<ul style="list-style-type: none"> – Necessidade informacional – Acesso à informação – Avaliação da informação – Utilização da informação – Uso ético da informação 	<ul style="list-style-type: none"> – Necessidade informacional – Meios de busca da informação – Dificuldade de acesso à informação – Avaliação da informação – Fontes de informação (uso, relevância e confiabilidade destas)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

⁹ O comportamento informacional, embora esteja relacionado à competência informacional, possui conceito distinto. Seu foco reside em como o indivíduo seleciona e usa a informação. As teorias de comportamento informacional descrevem etapas do processo de busca da informação a partir de necessidades identificadas, incluindo ações e interações de busca, fornecimento e uso da informação (CASARIN, 2011).

Quadro 2 – Principais resultados das pesquisas de mestrado de Oliveira (2015) e Oliveira (2016), organizados por categorias

Principais resultados categorizados	Oliveira (2015)	Oliveira (2016)
Necessidade informacional	<ul style="list-style-type: none"> – Os estudantes não recorrem a fontes variadas e/ou recursos informacionais quando estão desenvolvendo uma pesquisa; – Apresentam dificuldades na identificação dos principais conceitos e termos de pesquisa; – Não sabem utilizar outros serviços para a obtenção da informação (pois há necessidade de conhecer as terminologias corretas para essa busca); – Necessidade de estudo sobre as diferentes fontes de informação e sua importância 	<ul style="list-style-type: none"> – Os estudantes executam suas pesquisas majoritariamente para a realização trabalhos e provas. Pode-se dizer que é um comportamento preocupado com o sistema avaliativo e aprovação nas disciplinas
Acesso à informação	<ul style="list-style-type: none"> – Sabem localizar o material solicitado; – Tentam construir estratégia de busca mais refinada; – Necessidade de conhecer a estrutura do sistema e a lógica booleana para construir estratégias de busca 	<ul style="list-style-type: none"> – Os estudantes se atualizam sobre as informações da área por meio do contato pessoal (professores, colegas e profissionais da área), sites e blogs. Quando existe dúvida sobre alguma informação, os sites de busca (como o Google) são os meios mais utilizados, seguido do ato de perguntar ao professor. – Dificuldades para localizar a informação devido ao não conhecimento de sites confiáveis para pesquisa, desconhecimento de palavras-chave adequadas e falta de domínio de outros idiomas
Avaliação da informação	<ul style="list-style-type: none"> – Sabem avaliar informações encontradas na internet; – Identificam citações diretas e indiretas; – Sabem como recuperar a informação; – A maioria utiliza as tecnologias de informação e comunicação para o estudo; – Há necessidade de conhecer e identificar os melhores níveis de evidência, para o uso da informação em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> – Para a escolha de um documento, os estudantes priorizam a sua atualidade, língua materna e autoria; – Em relação à avaliação da informação obtidas via Internet, os requisitos que verificam são: a procedência do site, o conteúdo da informação, a autoria, e, por último, a ordem de exibição do documento
Uso, relevância e confiabilidade das fontes	<ul style="list-style-type: none"> – Sabem como utilizar as fontes; – Há dificuldade quanto à apresentação da pesquisa e combinação de ideias e reflexões; 	<ul style="list-style-type: none"> – Consideram o livro o material mais relevante e confiável, seguido pelo material didático docente; – As revistas científicas são subutilizadas para pesquisas acadêmicas
Uso ético da informação	<ul style="list-style-type: none"> – Dificuldades quanto ao uso adequado de materiais cobertos sob as leis de direitos autorais; – Necessidade de mais informações sobre plágio e autorizações para reprodução de materiais 	<ul style="list-style-type: none"> – Categoria não avaliada no estudo

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Conforme as categorias apresentadas no quadro 2, foram definidos os objetivos específicos relacionados ao conteúdo do manual, indicados no quadro 3.

Quadro 3 – Objetivos específicos relacionados ao conteúdo do manual

Necessidade Informacional	<ul style="list-style-type: none"> – Explorar as fontes gerais de informação para aumentar a familiaridade com o tema; – Identificar os principais conceitos e termos que descrevem a necessidade de informação; – Diferenciar fontes primárias e secundárias e conhecer seu uso e importância; – Ampliar o processo de busca de informações além dos recursos locais (por exemplo, empréstimo entre bibliotecas, uso de recursos em outras bibliotecas da região)
Acesso à informação	<ul style="list-style-type: none"> – Investigar o escopo, conteúdo e organização dos sistemas de recuperação de informação; – Construir uma estratégia de busca, utilizando os comandos apropriados do sistema de recuperação de informação escolhido (operadores Booleanos, truncamento e proximidade para os motores de busca)
Avaliação da informação	<ul style="list-style-type: none"> – Selecionar a informação que oferece evidências sobre o tema em questão
Uso, relevância e confiabilidade das fontes	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizar texto, imagens e dados digitais, quando necessário, transferindo-os de suas localidades e formatos originais para um novo contexto.
Uso ético da informação	<ul style="list-style-type: none"> – Compreender as questões de propriedade intelectual, direitos de autor e uso adequado de materiais cobertos sob as leis de direitos autorais; saber o que é plágio acadêmico; compreender as políticas da instituição em relação à pesquisa com seres humanos; oferecer dados relativos às autorizações de reprodução de materiais sujeitos aos direitos de autor

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

2 MANUAL “FONTES DE INFORMAÇÃO PARA PESQUISA EM SAÚDE”

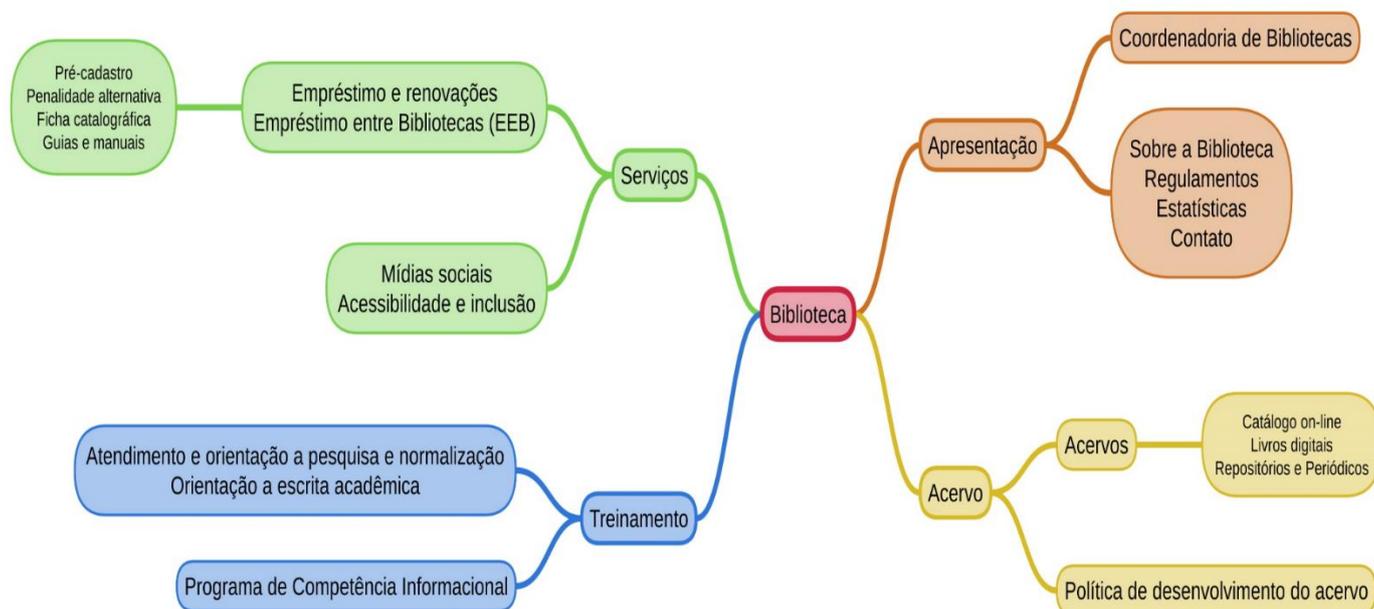
Apresenta-se a seguir a estrutura do manual. Cabe ressaltar que este é voltado para estudantes de graduação, especialmente os dos anos iniciais. Portanto, apresenta linguagem e conteúdo concisos, bem como intenta incentivar estudantes a buscarem informações complementares em outros meios e com os docentes.

Compreende-se que o uso deste ou de outros manuais por estudantes, pode contribuir para a melhoria de habilidades de pesquisa acadêmica em Saúde.

2.1 Conhecendo a Biblioteca¹⁰: estrutura e recursos

A figura a seguir apresenta a estrutura dos serviços e produtos da Biblioteca.

Figura 1 – Apresentação da estrutura de serviços Biblioteca



Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Catálogo on-line: o acervo pode ser consultado através do link:

Pesquisa simples: para pesquisa simples, digite no espaço em branco do catálogo (<http://www.biblioteca.unifesp.br/biblioteca/index.php>), o assunto, título ou autor do material desejado.

Pesquisa avançada: realiza-se uma pesquisa avançada quando temos alguns dados do material a ser pesquisado (autor, data, título, etc.), ou seja, a busca é mais específica.

Buscando o livro na estante: Nas estantes, a posição das obras é crescente, da esquerda para a direita.

Entendendo o número anotado: Cada classificação (sequência de números) representa uma área do conhecimento. Essas classificações são retiradas de um código internacional chamado Classificação Decimal Dewey (CDD), portanto, quando você consultar outra biblioteca que utilize a CDD, os códigos para o assunto serão os mesmos.

¹⁰ Modelo de Bibliotecas da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista.

Renovação on-line: é realizada online através do catálogo. Nunca deixe para renovar seus livros no último dia, pois, caso haja uma reserva, os mesmos precisam ser devolvidos na Biblioteca.

Reserva on-line: você pode fazer uma reserva do material desejado desde que ele esteja emprestado. A reserva é realizada online, pelo catálogo.

2.2 Fontes de informação fidedignas

Entende-se por fontes de informação qualquer recurso (formal ou informal) que responda a uma demanda de informação. Como exemplos de fontes formais temos os livros, revistas científicas, anais de congresso, vídeos, bibliotecas etc. Já para as fontes informais, considera-se um bate-papo com o professor, e-mail e outros recursos que sejam destituídos do formalismo.

As fontes de informação são divididas em primárias, secundárias e terciárias. De acordo com Souza (2008), pode-se defini-las como:

- *Primárias:* remetem a informações originais ou novas interpretações de ideias já conhecidas. Do ponto de vista da produção e divulgação, são consideradas dispersas. Exemplos: livros, anais, legislação, patentes, artigos de periódicos, normas técnicas, teses, dissertações, entre outros.
- *Secundárias:* remetem a informações sobre as fontes primárias, com o objetivo de auxiliar o uso destas. Logo, apresentam as informações filtradas e organizadas de acordo com um arranjo definido. Exemplos: bases de dados, catálogos de bibliotecas, dicionários, banco de dados, entre outros.
- *Terciárias:* tem por objetivo ajudar na pesquisa das fontes primárias e secundárias. Exemplos: guia de literatura, resumos, índices, entre outros.
- A seguir, a definição de algumas das principais fontes primárias e secundárias:
- *Anais de congresso:* publicação que reúne os trabalhos apresentados durante um evento científico. Podem ser impressos ou on-line e geralmente são distribuídos no início ou término do evento.

- *Bases de dados*: conjunto de dados organizados e inter-relacionados de acordo com uma lógica específica. As bases podem ser específicas de uma determinada área do conhecimento ou multidisciplinares. O tipo de material encontrado (artigos, patentes, teses, capítulos de livros etc.) e a forma de acesso (texto completo e resumo) diferem para cada base. Em Ciências da Saúde, essas são algumas das principais bases de dados:
 - PUBMED – Base internacional de acesso livre. Acesse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 - LILACS – Base internacional de acesso livre. Acesse: <http://lilacs.bvsalud.org/>
 - Outras bases para consulta:
 - Portal de Periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior): O mais completo portal brasileiro de acesso a publicações nacionais e internacionais. Acesse: <https://www.periodicos.capes.gov.br/>
 - Scielo: Base de dados brasileira, de caráter multidisciplinar e acesso livre. Acesse: <http://www.scielo.br/>
- *Bibliotecas digitais e virtuais*: são as bibliotecas sem um espaço físico, pois seus documentos estão armazenados e organizados na rede web. Exemplos:
 - Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://brasil.bvs.br/>
 - Bibliotecas Virtuais Temáticas – Prossiga: <http://prossiga.ibict.br/bibliotecas/>
 - Biblioteca Digital Domínio Público: <http://www.dominiopublico.gov.br/>
 - Biblioteca Virtual Mundial: <https://www.wdl.org/pt/>
- *Livros*: publicação não periódica, formada pela reunião de folhas ou cadernos, geralmente impressos com no mínimo 50 páginas. Os livros e e-books de acesso gratuitos da UNIFESP são encontrados na pesquisa do catálogo online. São mais de 7 mil títulos de e-books e cerca de 6.500 mil títulos de livros impressos, com mais de 20 mil exemplares.
- *Repositórios institucionais*: armazenam, preservam e divulgam, em meio digital, a produção técnico-científica de determinada instituição. Conheça o repositório institucional da UNIFESP em: <http://repositorio.unifesp.br/>
- *Revista/Periódico científico (Journal)*: publicação seriada, em qualquer suporte, com certa periodicidade e sem prazo para seu término. Nesta fonte, encontram-se os artigos científicos (*papers*), que, em geral, descrevem resultados de uma pesquisa. Atualmente, a maioria das revistas científicas impressas migraram para a versão online, portanto, é por meio das bases de dados (conjunto de dados) que temos acesso

a essa fonte. Os artigos científicos são considerados as principais fontes de informações científicas e evidências em Saúde.

- *Teses e dissertações*: produtos de pesquisas desenvolvidas em cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Abordam um tema único, exigindo investigações próprias à área de especialização e métodos específicos. A diferença entre elas é o grau de complexidade e originalidade, pois a dissertação é o trabalho entregue para o título de mestre, e a tese, para a obtenção do título de doutor. O acervo de teses e dissertações da UNIFESP pode ser consultado no site do repositório institucional. O acervo brasileiro pode ser consultado via catálogo de teses e dissertações da CAPES: <http://catalogodeteses.capes.gov.br/>
- Para mais informações acesse: <http://www.unifesp.br/reitoria/bibliotecas/>
- *Websites de referência para pesquisas na área da saúde e multidisciplinar*: websites que reúnem informações relevantes em Saúde, diretrizes e políticas oficiais, programas de formação etc. Exemplos:
 - *World Health Organization (WHO) / Organização Mundial de Saúde (OMS)*: <https://www.who.int/>
 - Ministério da Saúde: <https://saude.gov.br/>
 - Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://brasil.bvs.br/>
 - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): <https://portal.fiocruz.br/>

2.3 Estratégia de busca

Antes de iniciar uma pesquisa, é necessário ter bem definidos os termos de busca (palavras-chave/descriptores), as bases de dados a serem utilizadas, além de conhecer os recursos que as bases oferecem (operadores booleanos e truncagem).

- *Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)*

O DeCS é um vocabulário trilingue (português, espanhol e inglês), de termos específicos da área da saúde. Foi desenvolvido em 1986 pela BIREME a partir do Medical Subject Headings – MeSH (vocabulário da Biblioteca de Medicina dos Estados Unidos). Seu principal objetivo é organizar, descrever e facilitar as buscas em bases especializadas na área da saúde, tais como: BVS, LILACS, MEDLINE, PubMed etc. Portanto, antes de iniciar uma pesquisa nestas bases, você deve consultá-lo, a fim de localizar os termos (descriptores, palavras-chave) que melhor descrevem seu tema de pesquisa. A seleção dos descritores no DeCS vai garantir a recuperação de artigos mais relevantes com o seu tema de pesquisa. Eles também podem ser considerados

assistentes de pesquisas, pois nos ajudam a refinar, expandir ou enriquecer nossos resultados de busca.

– *Operadores booleanos*

Os operadores booleanos são utilizados para relacionar termos ou palavras em uma expressão de pesquisa, auxiliando nas buscas. Os operadores mais comuns são: AND, OR e NOT. Dependendo da base de dados, podem ser grafados com sinais: *(and), +(or) e ^(not).

AND: usado para relacionar dois ou mais termos que necessitam aparecer nos registros, para que estes últimos sejam relevantes. É o operador de INTERSECÇÃO – tornando a pesquisa mais ESPECÍFICA.

Exemplo: “saúde mental” AND “mulheres”

OR: usado para reunir termos de busca que ampliem o resultado. Os documentos recuperados serão indexados com um ou ambos descritores. É o operador de UNIÃO – tornando a pesquisa mais ABRANGENTE.

Exemplo: “stress” OR “estresse”

NOT ou AND NOT: usados para excluir documentos que trazem um termo e/ou conceito que não se queira recuperar. É o operador da EXCLUSÃO – tornando a pesquisa mais RESTRITA.

Exemplo: “mortalidade infantil” AND NOT “Brasil”

– *Truncagem*

Utilizamos o recurso da truncagem quando queremos recuperar documentos com todas as terminações possíveis após a raiz da palavra. Este tipo de busca é comum quando não temos certeza do termo. No entanto, é preciso ter cuidado para não se distanciar do termo desejado (ampliar muito a pesquisa). Os símbolos mais comuns de truncagem são: *, #, \$ e ?.

Exemplo: Brasil\$ = brasil, brasileiro, brasileira e brasileiro.

Conhecendo os recursos acima é possível criar estratégias de busca, otimizando assim a recuperação da informação nas diferentes bases de dados.

2.4 Avaliação da informação

Saber selecionar a informação que oferece as melhores evidências sobre o tema investigado é fundamental. Para tanto, criar estratégias de buscas e utilizá-las em bases de dados de reconhecida qualidade é fundamental. Quanto mais detalhada for a busca, melhores as chances de recuperar informações pontuais. Ainda assim, é comum se deparar com muitos artigos e outros materiais, por vezes com informações muito similares. Algumas dicas:

- Priorize *informações de bases de dados mais abrangentes – nacionais e internacionais;*
- *Leia com atenção os resumos dos artigos científicos e identifique aqueles com metodologias mais bem delineadas;*
- *Peça auxílio aos seus professores e/ou colegas mais experientes, pois a experiência em pesquisa e conhecimento da área também são fundamentais para saber avaliar a informação recuperada.*

2.5 Sistematização e uso da informação

Organize o material recuperado em arquivos temáticos e tenha o hábito de elaborar fichamentos, por exemplo. O fichamento é um material produzido para sintetizar as ideias de um texto, no qual podem ser destacados trechos e citações do mesmo, comentários etc., para uso futuro. Sugere-se ainda produzir este material de acordo com as normas de redação acadêmica.

As normas mais utilizadas para a redação científica são as da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas e as normas de Vancouver, ambas disponíveis nas bibliotecas da UNIFESP.

O conhecimento das normas de redação acadêmica é fundamental para que se possa utilizar e mencionar corretamente as fontes consultadas, transferindo-as de seus formatos originais para um novo contexto. Por exemplo, ao citar/parafrasear um trecho de um artigo ou livro em seu trabalho.

2.6 Uso ético da informação

Na atualidade, mais que saber pesquisar fontes de informação fidedignas, é necessário saber fazer uso correto destas. Para tanto, é importante que se conheça a legislação, os princípios éticos da pesquisa, bem como o bom uso da informação coletada (boas práticas científicas).

- *Direitos autorais*

A Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, consolida a legislação sobre direitos autorais. De acordo com a lei, define-se como direitos autorais os direitos que todo criador de uma obra intelectual tem sobre a sua criação.

- *Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP*

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas no Brasil, especialmente as que

envolvem seres humanos e outros animais vertebrados. Para saber mais acesse: <https://cep.unifesp.br/>

– *Software de detecção de plágio da UNIFESP*

Turnitin é uma ferramenta de apoio à detecção e prevenção de plágio que as Bibliotecas da Rede UNIFESP utilizam. Ela aponta para as semelhanças entre o texto apresentado, relacionando-o com documentos existentes na base do sistema e páginas da internet. A ferramenta Turnitin possui um eficiente processo de comparação de documentos em seu banco de dados, o que permite fornecer relatórios de originalidade em apenas alguns minutos. Para o acesso, entre em contato com a Biblioteca de seu campus. Conheça o site: www.turnitin.com. Outras ferramentas anti plágio também estão disponíveis online, gratuitamente.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que as bibliotecas universitárias devem assessorar as Universidades na formação de indivíduos competentes para a aprendizagem contínua. Muitas Universidades, principalmente em âmbito internacional, vêm empregando programas de competência informacional para os estudantes durante a graduação, com o apoio dos bibliotecários e docentes. Esses programas vão além da formação dos usuários para o acesso às fontes de informação, pois envolvem a avaliação da informação de forma crítica e seu uso ético e legal.

Assim, é de suma importância a implantação de uma parceria mais efetiva entre docentes, coordenações de cursos e as bibliotecas da instituição, a fim de que programas de competência informacional sejam parte do Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC).

Sugere-se que o conteúdo do manual apresentado neste capítulo seja um piloto, passando por avaliação dos cursos de graduação da instituição (estudantes e docentes), em parceria com a biblioteca.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES. **Information literacy competency for higher education**. Chicago: ALA, 2000. Disponível em: <https://alair.ala.org/handle/11213/7668>. Acesso em: 07 maio. 2020.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES. Sección de Instrucción, IS-ACRL. Objetivos de formación para la alfabetización en información: un modelo de declaración para bibliotecas universitarias. **Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios**, n.65, p.47-71, 2001. Disponível em: <http://www.ala.org/acrl/standards>. Acesso em: 07 maio. 2020.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES. **Framework for Information Literacy for higher education**. Chicago: American Library Association, 2016. Disponível em: <http://www.ala.org/acrl/standards/ilframework>. Acesso em: 07 maio 2020.

CASARIN, H. C. S. **O comportamento informacional de pós-graduandos da área de Educação**. 2011. 139f. Tese (livre – docência em Ciência da Informação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2011.

DUDZIAK, E. A. Competência Informacional: análise evolucionária das tendências da pesquisa e produtividade científica em âmbito mundial. **Informação & Informação**, Londrina, v. 15, n. 2, p. 1-22, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/7045/0>. Acesso em: 05 mar. 2017.

GASQUE, K. C. G. D. **Letramento informacional: pesquisa, reflexão e aprendizagem**. Brasília: FCI/UnB, 2012.

OLIVEIRA, C. F. **Comportamento Informacional dos estudantes de odontologia: busca e recuperação da informação científica**. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2016. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/baixada_santista_teses/035_bx_dissertacao_cibelleoliveira.pdf.

OLIVEIRA, D. S. **Competência Informacional (ColInfo): mapeamento do uso de fontes de informação por docentes e discentes da área da saúde**. 2015. 202 f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/baixada_santista_teses/025_bx_dissertacao_daiannyoliveira.pdf.

OLIVEIRA, C. F.; OLIVEIRA, N. R. C. **Fontes de informação para pesquisa: da biblioteca à base de dados**. Santos: Universidade Santa Cecília, 2017.

OLIVEIRA, D. S. Competência em Informação: mapeamento do uso de fontes de informação por discentes da área da saúde. **Transinformação**, Campinas, v. 31, e170074, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-37862019000100500&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2020.

PEREA, C. M. *et al.* Competências Informacionais em Ciências da Saúde: uma proposta formativa para estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Ibero-Am. Ciênc. Informação**, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. **Regulamento do Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional**. 2019. Disponível em:
http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/mest_regimento.htm.
Acesso em: 12 fev. 2020.

WILSON, T. D.; WALSH, C. **Information behavior: an inter disciplinary perspective**. Sheffield: University of Sheffield, 1996. Disponível em:
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1086729](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1086729). Acesso em: 10 set. 2014.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM HOSPITAL ASSISTENCIAL

Ana Maria Pedroso de Campos Neta
Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM
São Paulo – SP

Maria Aparecida de Oliveira Freitas
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

Nildo Alves Batista
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

Neste capítulo é descrito um estudo que objetivou apreender as percepções de gestores, coordenadores locais e preceptores, acerca do papel da Residência Multiprofissional em Saúde – RMS, no Hospital Assistencial. Ademais, mapeou potencialidades e fragilidades da RMS e apresentou sugestões para o seu aprimoramento. O Hospital Assistencial pode ser considerado um espaço para a reorganização do Sistema de Saúde, a partir da reestruturação na formação dos profissionais. Adotou-se uma abordagem qualitativa, transversal, exploratória e descritiva. A pesquisa foi realizada em três hospitais do município de São Paulo. Os programas analisados foram: intensivismo e urgência/emergência. Para a coleta de dados, empregou-se a entrevista semiestruturada como instrumento. Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática. Este estudo evidenciou que a RMS contribuiu para um crescimento institucional com aprimoramento da qualidade dos serviços, resultando na melhoria da qualidade da assistência; na mudança para um perfil de Hospital de Ensino; para o crescimento dos profissionais por meio do contato direto com residentes; para reorganização dos serviços, com aprimoramento do trabalho de equipe e estímulo ao cuidado integral; além de favorecer o processo de Educação Permanente dos profissionais. Por falta da compreensão do seu papel e pela resistência inicial do corpo clínico, encontraram-se oposições na fase de implantação dos programas e foi preciso enfrentar desafios e fragilidades. Alguns participantes apontaram o quadro reduzido de profissionais e falta de recursos físicos e materiais como fatores que dificultavam a organização. Ressaltaram a necessidade de ampliação da comunicação e organização do hospital com a instituição de ensino parceira.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional; Internato não Médico; Hospitais Públicos; Formação Profissional em Saúde; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo deste capítulo é a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no contexto de três Hospitais Assistenciais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo. Trata-se de um recorte de uma dissertação de Mestrado Profissional, defendida no ano de 2019, junto ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) foram planejados pelos Ministérios da Educação e da Saúde, com o objetivo de auxiliar na implementação de um novo modelo de assistência com vistas à superação da segmentação do conhecimento e do cuidado na atenção à saúde, no intuito de possibilitar aos profissionais a aquisição de um novo perfil de atuação, diante das necessidades atuais da população (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015; SILVA, 2017).

Como parte da Política Nacional de Educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se constitui em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da saúde, exceto a médica, voltada para educação e treinamento em serviço, fundamentada na interdisciplinaridade. A RMS visa à formação coletiva em serviço e em equipe, assim como busca a integralidade do cuidado ao usuário. Neste sentido, é um dos modos de contribuir na produção da atenção integral ao paciente, bem como o de fortalecer e qualificar o SUS ao qual, de acordo com a Constituição Federal de 1988, compete “ordenar a formação de recursos humanos (RH) na área de saúde” (BRASIL, 1988).

A Lei Federal nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), em seu artigo 27, define:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), na área da saúde, a formação:

[...] deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Para os autores, os princípios estabelecidos pelo SUS devem ser capazes de gerar mudanças, tanto nas práticas de saúde como na área de formação profissional. Nesse sentido, precisam contar com uma articulação, entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, em que se destaque a educação em serviço e a educação permanente propiciando o desenvolvimento tanto individual quanto institucional dos profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Desta forma, pode ocorrer a reorganização do trabalho, a partir da problematização do cotidiano do serviço, bem como favorecer mudanças no cuidado do paciente e da população (SOARES *et al.*, 2018).

Importante observar que, no Brasil, ainda persiste um modelo de educação conteudista e fragmentado, inclusive na formação de profissionais da saúde. Entende-se necessário transformar o processo de ensino-aprendizagem, no intuito de preparar profissionais que estejam em maior sintonia com a realidade do país. A depender das mudanças realizadas, é provável que se alcancem alterações significativas no trabalho, com um conseqüente reflexo na reorganização da saúde, bem como uma preparação melhor da força de trabalho, especialmente, no SUS (COSTA; MIRANDA, 2008).

Nesse sentido, a RMS surge, no contexto brasileiro, como uma estratégia que pode mudar o modelo técnico-assistencial, em conseqüência da atuação multiprofissional e integrada, favorecendo a reforma sanitária na saúde (LUCENA; CAVALCANTE; MIRANDA, 2016, SILVA, 2017).

Quando se pensa em um novo formato de atuação, precisa-se, igualmente, de profissionais com um perfil de atuação reestruturado, “sendo imprescindível para o sucesso da nova estratégia que tanto os novos quanto os antigos integrantes assumam o compromisso com a remodelação, adquirindo e mantendo esse novo perfil” (SILVA, 2017, p. 110).

A RMS surge, assim, como “espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente” (RAMOS *et al.*, 2006, p.378).

De acordo com Michel (2011), a implantação de PRMS deve proporcionar uma integração maior das equipes de saúde, na visão de um cuidado ampliado, trazendo uma melhor articulação com a rede básica, estimulando a humanização da assistência, com redução do tempo de internação dos pacientes e, com isso, promovendo uma melhora dos indicadores qualitativos de saúde.

Para Ceccim (2017, p. 53), as RMS:

[...] reorientaram pensamentos e práticas nos modos de compreensão do mundo ou naquilo que pensamos ser o mundo do trabalho em saúde. Também que alteraram a percepção das várias profissões e dos modos de cada um aprender e

que se ampliaram a compreensão sobre necessidades em saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto.

A partir da implantação de um PRMS, diversas categorias profissionais têm a oportunidade de se especializar em um único processo formativo, o que permite o desenvolvimento de competências, fundamentadas na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade, por meio de atividades pedagógicas realizadas nos serviços de saúde (FREIRE FILHO; SILVA, 2017).

Acredita-se que a colaboração interprofissional possa ser uma das estratégias inovadoras para o fortalecimento do SUS. Para tal, torna-se necessário que dois ou mais profissionais, com experiências e áreas de atuação diferenciadas, interajam e aprendam um sobre a profissão do outro, no intuito de obter um serviço mais integral de assistência na saúde (OMS, 2010). Para Peduzzi *et al.* (2013), a prática interprofissional, quando ocorre nos serviços de saúde, favorece a problematização que conduz à articulação e à integração das ações de saúde e, conseqüentemente, ao aumento da resolutividade.

Com o intuito de preparar profissionais para a colaboração interprofissional e para a prática colaborativa, a RMS deveria assumir o formato de uma proposta formativa baseada na Educação Interprofissional (EIP). De acordo com Batista (2012), os conceitos de EIP podem ser aplicados também na Educação Permanente dos profissionais de saúde que integram uma equipe de trabalho. O autor salienta que, atualmente, a EIP é fundamental para a formação dos profissionais da saúde, uma vez que os prepara para o trabalho de equipe que é primordial à integralidade do cuidado.

De acordo com Silva (2016), apesar da RMS ter como proposta de trabalho a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, é preciso considerar que as práticas em saúde ocorrem em instituições que, tradicionalmente, atuam de maneira isolada.

Dentre os diferentes equipamentos de saúde que oferecem campo de estágio para a formação de profissionais estão os hospitais assistenciais. Além da obrigação com a assistência à população, os hospitais são considerados como espaços de educação, de formação de recursos humanos, de pesquisa e de avaliação de tecnologias em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013).

Como integrante da RAS, os hospitais assistenciais seguem a Portaria nº 3390/2013 que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e enunciou as diretrizes para a organização dos hospitais (BRASIL, 2013). Em seu capítulo I, artigo 3º, essa Portaria estabelece que:

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Atualmente, o Hospital Assistencial - HA atende grande parte das necessidades de saúde da população e pode ser considerado um local para a reorganização efetiva do sistema de saúde, por meio da “articulação e pactuação regional dinâmica, flexível e progressiva” (PARPINELLI, 2005, p. 62). Neste sentido, podem trazer novos conceitos de atenção à saúde, mudanças nos processos de trabalho e, conseqüentemente, levar a uma melhora na qualidade da assistência.

Os hospitais que oferecem os seus serviços para o SUS devem conhecer o perfil demográfico e epidemiológico das necessidades da sua população, bem como a RAS locorregional, além de atender a demanda referenciada e espontânea, por meio de uma atuação articulada com a atenção básica (BRASIL, 2013).

Ao analisar a importância da implantação da RMS em HA, surgiram alguns questionamentos, nos quais essa pesquisa se baseou: Qual o papel da RMS no Hospital Assistencial? Que contribuições a RMS traz para o mesmo? Que potencialidades e fragilidades apresentam neste contexto? e Como contribuir para o aprimoramento dos Programas?

Neste capítulo, temos como objetivo apreender as percepções de gestores, coordenadores locais e preceptores, acerca do papel da RMS no contexto de Hospital Assistencial da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo, mapeando as potencialidades e as fragilidades e apresentando sugestões para o aprimoramento desse processo.

2 COMO A PESQUISA FOI FEITA

Neste estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa, transversal, exploratória e descritiva. A pesquisa foi realizada em três hospitais municipais de grande porte, terciários, gerenciados pela Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Estes hospitais abrigam dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde, um de intensivismo e outro de urgência/emergência. O Programa de Urgência/ Emergência reúne seis áreas profissionais (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social), num total de 12 vagas anuais. O de intensivismo reúne as seis profissões anteriores mais a terapia ocupacional, num total de 14 vagas anuais.

Participaram da pesquisa 17 indivíduos sendo seis gestores dos HA (três diretores técnicos e três diretores assistenciais), três coordenadores locais e oito preceptores. Os preceptores foram indicados pelos coordenadores locais.

Para a produção de dados, utilizou-se a entrevista com roteiro semiestruturado, construído a partir das questões norteadoras da pesquisa. Optou-se por manter as mesmas questões para os três grupos de entrevistados: gestores, coordenadores e preceptores.

Os dados foram coletados entre os meses de abril a junho de 2018, sendo as entrevistas gravadas, transcritas na íntegra e analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Esta análise compreendeu uma pré-análise do material coletado com a realização da leitura flutuante, constituição do *corpus* dos dados e leitura aprofundada para a determinação das Unidades de Contexto (UC) e Unidades de Registro (UR). A partir daí, iniciou-se o processo de categorização (FRANCO, 2012).

Para garantir a não identificação dos participantes da pesquisa, utilizou-se letras seguidas de números nas falas que ilustram, neste capítulo, as categorias e subcategorias de análise: para os gestores, a letra G, seguida dos números de 1 a 6, para os coordenadores, a letra C acompanhada de números de 1 a 3 e para os preceptores a letra P com números de 1 a 8.

Esta pesquisa seguiu os princípios científicos e os aspectos éticos que envolvem os seres humanos.¹

Para facilitar a identificação no texto, as categorias estão escritas em **negrito** e subcategorias, em *itálico*.

3 O QUE A PESQUISA APONTA

Em relação ao “Papel da RMS em um Hospital Assistencial” ficou evidente que a mesma é um **marco importante** uma vez que agrega valor e relevância ao mesmo, desencadeando um movimento entre os profissionais que se consideram privilegiados de participar dessa formação. Assim, a RMS representa um *ganho institucional*, com benefícios aos profissionais, aos pacientes e a seus familiares:

A Residência Multiprofissional vem engrandecer qualquer instituição, no sentido de que traz um ganho em relação, não apenas, a quem está ensinando, mas aos pacientes, de uma forma geral (G3).

A RMS possibilita a **transformação do HA em Hospital de Ensino (HE)**, evidenciando seu papel como **desencadeadora de mudanças institucionais** e um *combate à inercia* no cotidiano hospitalar. Isto constitui, na visão dos gestores, em uma *mudança de paradigma para*

¹ Este capítulo teve origem a partir da dissertação de Mestrado Profissional, intitulada “A Residência Multiprofissional em Hospital Assistencial”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, sob o nº 2.479.691 e aprovação dos três CEPs coparticipantes (CAMPOS NETA, 2019).

o HA. Aparece também como um *estímulo e interação entre as equipes de saúde*, favorecendo a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade das equipes na perspectiva da integralidade do cuidado e ações profissionais colaborativas. Foi considerada, ainda, como um *estímulo à integração ao sistema de saúde*:

A residência é uma forma de fazer uma melhora na assistência, principalmente, frente a fragmentação da saúde (P5).

Como **estratégia de educação continuada e permanente, propiciando aprendizagem compartilhada**, a RMS facilita a *reflexão sobre a prática* e pode ser considerada uma *estratégia de melhoria da articulação com a teoria* oportunizando mais discussões, atualizações e compartilhamento de conhecimento:

Eles (residentes) nos provocam a melhorar, porque com a sede de conhecimento eles nos obrigam, a todos os profissionais, a tentarmos estar atualizados e atuantes para poder atender essas aspirações deles (G5).

Para Steinbach (2015, p. 59), a RMS “é uma via de mão dupla, ao mesmo tempo que o serviço contribui para o ensino de profissionais qualificados, o ensino desses profissionais contribui para o aperfeiçoamento do serviço.” Contribui, assim, para a Educação Permanente em Saúde, permitindo “espaços de problematizações, reflexões, e diálogos entre os profissionais de saúde para, desse modo, oportunizar estratégias para promover mudanças nos serviços de saúde” (HAUBRICH *et al.*, 2015, p. 49).

Batista (2012) comenta que as aprendizagens compartilhadas e os momentos de prática em equipe constituem-se nas bases para o desenvolvimento e a implementação da Educação Interprofissional, na qual diversas profissões têm a possibilidade de trabalharem em conjunto e proporcionarem uma melhora no cuidado do paciente.

A partir da implantação da RMS observou-se maior *interação entre preceptores e a gestão*, mostrando a possibilidade de maior abertura para o diálogo. Após a implantação dos PRMS, ficou evidente a **melhoria no cuidado e assistência**, o que permitiu formas de tratamentos mais direcionados às necessidades dos pacientes:

(A RMS) é uma estratégia para melhorar a assistência (P5).

Cecílio e Merhy (2007) enfatizam que o cuidado dentro das organizações de saúde deve se suceder de modo multidisciplinar, principalmente, nos hospitais, dentro dos quais o cuidado depende do trabalho de muitos profissionais.

Observa-se também que a RMS propicia uma maior *visibilidade dos papéis profissionais nas equipes do HA* e permite que cada indivíduo tenha uma compreensão melhor da função dos colegas dentro da equipe. O trabalho de equipe propicia o reconhecimento do papel de cada profissional, por intermédio da identificação das características de cada profissão, assim como permite o compartilhamento de competências e o envolvimento de todos na busca colaborativa e conjunta de uma resolução dos problemas e de uma tomada de decisão (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

A melhoria no cuidado e na assistência prestada pelo HA é potencializada pela *participação do residente como força de trabalho*. Observa-se que, com a RMS, ouve maior *estímulo à humanização, à resolutividade e à intersetorialidade*. Para Menezes e Escóssia (2018), a RMS possui as características necessárias para se transformar em uma estratégia de fortalecimento da Política Nacional de Humanização (PNH).

Foi referido por um dos coordenadores participantes da pesquisa que “*a RMS promove uma forma mais rápida de desospitalização*” (C3). Para Silva, Sena e Castro (2017), a desospitalização está relacionada à humanização e deve ser conduzida por uma equipe multidisciplinar.

No que se refere às “Potencialidades dos Programas de RMS em um Hospital Assistencial” foi possível perceber **a instalação de um ambiente de ensino e aprendizagem** no HA com estímulo à *formação e aprimoramento dos preceptores*:

[...] facilita o aprendizado de ambas as partes, tanto do residente como do preceptor [...] é um meio de crescimento profissional também de ambas as partes (C2).

Para Steinbach (2015), todo profissional que vai exercer a função de preceptor deve receber uma preparação pedagógica, pela qual a instituição formadora é responsável. Para a autora, o profissional não capacitado para essa função, torna-se inseguro.

A presença da RMS alavanca a *discussão ética e humanista na prática de saúde*, propiciando *ampliação dos conhecimentos sobre o SUS e suas redes de atenção*, o que contribui para o processo de organização do sistema de saúde. De acordo com Rios (2009), a humanização propicia uma renovação da cultura institucional, por meio do aprimoramento coletivo em relação a ética dos profissionais da saúde.

Para os gestores, a RMS é um **estímulo a maior sistematização da assistência**, viabilizando uma melhoria na qualidade da mesma, por meio de novas formas de atuação e de mudanças no serviço:

Vem a Residência Multiprofissional trazendo potencializações na assistência, porque vem favorecendo melhoria na qualidade do atendimento [...] (C3).

Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015) enfatizam que a RMS suscita uma visão diferenciada à assistência. Estimula o trabalho de equipe interprofissional que, com a colaboração das diversas profissões, gera um aumento das discussões de casos e propicia uma reflexão sistematizada, no que tange ao cuidado prestado ao paciente.

Outra potencialidade apontada pelos entrevistados foi o *estímulo e interação entre as equipes*, resultando em um *atendimento multiprofissional e interprofissional*. Propicia ainda *maior empoderamento do hospital na prestação do cuidado*. A interação entre as equipes, de acordo com Peduzzi *et al.* (2016, p. 1), pode ser uma “estratégia para a integração das especialidades e das múltiplas profissões, imprescindível para o desenvolvimento da assistência e do cuidado integral do paciente.”

O **aprimoramento do corpo clínico do HA** oportunizou a *atualização e amadurecimento* dos profissionais do serviço, o que os motivou para que adquirissem novos valores e tivessem um crescimento não somente profissional, mas também pessoal.

No momento em que a equipe de saúde passa a trabalhar de maneira interprofissional na prática colaborativa, existe a superação da fragmentação da atenção à saúde, com um fortalecimento e uma prestação de serviços de saúde de melhor qualidade, tanto para os pacientes quanto para a comunidade (OMS, 2010).

Outros aspectos analisados foram as “Fragilidades dos programas de RMS em um Hospital Assistencial”. Foi possível identificar tratar-se de uma **organização hospitalar não concebida para o ensino** com profissionais das áreas multiprofissionais não acostumados a lidar com os estudantes. No momento da implantação tende a ocorrer, uma *falta de compreensão do papel da residência* com uma *resistência inicial do corpo clínico*:

Então, acho que, primeiro, um pouco dessa coisa do "pré" conceito mesmo, do que é residência. É [...] do receio talvez de encarar um projeto novo. É o próprio medo de lidar com essas dificuldades, [...] (P6).

Para Cruz (2013, p. 90), a resistência dos profissionais do serviço é, habitualmente, indicativo de dificuldade em aceitar ideias novas, “o medo do novo, a insegurança sobre se realmente daria certo ou o receio de sair de sua zona de conforto”.

A falta de recursos físicos e materiais foi bastante enfatizada nas falas dos participantes da pesquisa, mostrando a necessidade de um espaço físico adequado aos residentes, assim como computadores e local apropriado para as discussões de casos. O *déficit de recursos humanos no HA* e a *rotatividade do pessoal da gestão* foram também relatados:

O recurso humano um pouco reduzido, então eu acho que isso impacta na melhoria do desenvolvimento da Residência Multiprofissional (G4).

Para Fajardo (2011, p. 105), a falta de profissionais para atuar com os residentes “influencia tanto o desenvolvimento das atividades como a manutenção do número de vagas ou sua ampliação.” Para que a formação de profissionais da saúde esteja em consonância com o SUS é necessário o comprometimento da gestão, a mudança nos processos de trabalho e a aproximação dos estudantes com a comunidade (SHIKASHO, 2013).

Outras fragilidades identificadas foram a *alta demanda de pacientes*, que pode trazer prejuízo para o ensino, a *implementação efetiva do trabalho de equipe*, mesmo sendo este o objetivo da RMS e a *articulação das redes de saúde deficientes*.

Além disso, a *falha na comunicação e organização do HA com a Instituição de Ensino Superior – IES parceira* revela a necessidade de ajuste do projeto político pedagógico e da articulação da teoria trazida pela IES e a prática encontrada nos hospitais:

[...] a fragilidade parte da questão da falta de organização é [...] da fragilidade da comunicação entre os setores, instituição de ensino, o hospital. E toda a organização de projeto pedagógico, da própria residência, eu acho que não está muito alinhado, ainda, que é algo que acho que está, ainda, num processo (P5).

Por fim, a implantação da RMS evidencia a *maior exposição das fragilidades do HA com falta e/ou carência de pessoal preparado para o ensino*, muitas vezes com *desconhecimento e falta de qualificação adequada do preceptor*, *falta de remuneração específica para a preceptoria* e *sobrecarga de trabalho*.

Coerentes com as fragilidades apontadas, os gestores apresentam como “Sugestões para o aprimoramento da RMS no contexto de um HA”: **busca por melhoria da infraestrutura física e material, correção do déficit de recursos humanos, maior alinhamento do HA com a IES**

parceira, aprimoramento da articulação com as redes de saúde e aumento do número de residentes.

O que ficou evidente foi a necessidade do **aprimoramento da preceptoria**, sugerindo *aprimoramento dos processos seletivos para preceptores, aumento do tempo de dedicação à preceptoria, implementação de cursos de capacitação, incentivo financeiro e reconhecimento da função de preceptor, ampliação das discussões entre preceptores, coordenadores e a gestão e incorporação de instrumentos de avaliação na prática da preceptoria.*

Destacamos que, em relação ao *incentivo financeiro à preceptoria*, o Município de São Paulo segue a legislação a qual assinala que a atividade de educação, exercida por agente público municipal durante o horário normal de trabalho, recebe somente os vencimentos regularmente pagos (SÃO PAULO, 2018).

Entendemos que os gestores devem compreender a importância da figura do preceptor, visto que estes são os responsáveis pela formação e qualificação de profissionais, preparando-os para o SUS. Para isso, é essencial que tenham uma formação pedagógica, uma vez que ela proporciona maior conhecimento sobre o papel desse profissional como educador (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Esta pesquisa possibilitou uma melhor compreensão da RMS em HA, contribuindo para que gestores e trabalhadores da área da saúde entendam que, apesar dos desafios e das fragilidades que possam existir em suas unidades, a RMS é um fator de estímulo para a reorganização dos serviços, trazendo benefícios para a instituição, para os profissionais e para os usuários, mediante a formação de profissionais que atuem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

BATISTA, N. A. **Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas.** Cad. FNEPAS, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p.25-28, jan. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, n. 251, seção 1 p. 170. Brasília, 31 dez. 2013.

CAMPOS NETA, A. M. P. **A Residência Multiprofissional em Hospital Assistencial**. 2019. 149 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_239_ana_maria_pedroso.pdf.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771401>.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>.

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. *In*: **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos** [recurso eletrônico]. Série Vivência em Educação na Saúde, 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 6, p. 49-67, 2017. Acesso em: 03 dez. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324028785_Interprofissionalidade_e_formacao_na_saude_onde_estamos.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**. v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300006.

CRUZ, L. M. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: percepção dos profissionais do serviço no Município de Palmas/Tocantins**. 2013. 178 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_125_%20residencia_multiprofissional_em_saude_lisy_cruz.pdf.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde.** 2011. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/32308>.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Brasília-DF: Liber Livro, 2012.

FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. *In: Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos* [recurso eletrônico]. Série Vivência em Educação na Saúde, 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 6, p.28-39 2017.

HAUBRICH, P.L.G., *et al.* Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/304>.

LUCENA, C. M. F; CAVALCANTI, P. B; MIRANDA, A.P.R.S. Inconsistência e potências na formação em saúde: estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Lauro Wanderley. **RBTI**, São Paulo, v. 28, supl. 1, 2016.

MENEZES, A. A.; ESCÓSSIA, L. A. Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. *Fractal: Rev. Psicol.* [online], v. 30, n. 3, p. 322-329, set./dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-02922018000300322&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

MICHEL, J. L. M. **Residências em saúde: importância dessa modalidade de formação de especialistas para o SUS.** Gravatá. mar. 2011. 29 slides. Apresentação em power point.

MIRANDA NETO, M.V.; LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 586-593, jul./ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0586.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional em saúde e prática colaborativa** (WHO/HRH/HPN/10.3), 2010. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso em: 27 maio 2018.

PARPINELLI, M. A. A reforma da atenção hospitalar brasileira: o quê muda para o caism? **Serv. Social Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, p. 1-156, maio 2005. Disponível em: A reforma da atenção hospitalar brasileira: o quê muda para o caism?

PEDUZZI, M. *et al.* Educação Interprofissional: Formação de Profissionais de Saúde para o Trabalho em Equipe com Foco nos Usuários. **Rev. Esc. Enfermag.** USP, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000400977&script=sci_abstract&tlng=pt.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *In: Clínica Médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria.* [S.l: s.n.], v. 1, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

RAMOS, A. S. *et al.* Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. *In: RAMOS, A. S. et al. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 5-10.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea, 2009. 182 p. Disponível em: http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_izabel_rios_caminhos_da_humanizacao_saude.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

SÃO PAULO (Município). Decreto nº 58.502, de 09 de novembro de 2018. Dispõe sobre a atividade de educação institucional no âmbito da Administração Pública Municipal. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, p. 01, 2018.

SILVA, L. B. **Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas.** 2016. 246 f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, L. C. Residência multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde: perspectivas e contradições. **Rev. Libertas**, Juiz de Fora, v. 17, n. 1, p. 109-132, jan./jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18487>.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev. Gaúcha Enfermag.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400419&script=sci_arttext.

SHIKASHO, L. **Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção:** um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. 2013. 211 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/OS-PROGRAMAS-DE-RESID%C3%8ANCIA-E-A-INTEGRALIDADE-DA-ATEN%C3%87%C3%83O-um-estudo-sobre-a-micropol%C3%ADtica-do-tra2.pdf>.

SOARES, *et al.* **Corpo Docente-Assistencial: particularidades e atravessamento da coordenação.** *In:* CECCIM, R. B. *et al.* (Orgs). Formação de formadores para residências em saúde: Corpo Docente-Assistencial em experiência viva. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 212 p. Seção 2, p. 102-111. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-formadores-para-residencias-em-saude-corpo-docente-assistencial-em-experiencia-viva-pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

STEINBACH, M. **Preceptoria na Residência multiprofissional em saúde: Saberes do Ensino e do Serviço.** 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/157306>.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – RMS: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES

Alexandra Cristina Cruz Carlini
Faculdade Anhanguera
Campinas – SP

Regina Celia Coelho de Moraes
Universidade Federal de Ouro Preto, Hospital Sofia Feldman
Belo Horizonte – MG

Sanay Vitorino de Souza
Universidade Federal do Amazonas
Hospital Universitário Getúlio Vargas
Manaus – AM

Beatriz Jansen Ferreira
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

Trata-se de três pesquisas, uma realizada na região norte do país, no Amazonas e duas na região sudeste nos estados de Minas Gerais e São Paulo. As RMS foram problematizadas à luz de suas configurações pedagógicas, de gestão, integração com os cenários de prática e o perfil da preceptoria como elemento formativo. A metodologia das pesquisas foi quali-quantitativa com o uso de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e construção e validação de escala Likert. A realizada na Universidade Federal do Amazonas – UFAM que tratou especificamente do papel da preceptoria nas RMS concluiu que o preceptor precisa ampliar seu repertório técnico e pedagógico, pois ao fazê-lo favorece a articulação da teoria com a prática, qualificando o fazer. Para tal é fundamental uma formação permanente compatível com o perfil epidemiológico local e com as DCN; aponta para a contribuição deste tipo de formação em regiões remotas. A segunda foi realizada na cidade de Campinas tendo como cenários os dois hospitais públicos da cidade e a terceira em Belo Horizonte, numa maternidade; ambas tiveram como resultados a importância dos PRMS atendem regiões periféricas e populosas, a contribuição para a empregabilidade dos residentes e uma formação interprofissional, contudo, as dificuldades de manutenção de corpo docente fixo, dotação orçamentária adequada e sustentável e reconhecimento pelo MEC estiveram presentes de forma muito similar. Assim conclui-se que as RMS são fundamentais para um país continental como o nosso qualificam e fortalecem a educação Interprofissional, mas precisam de uma gestão e dotação orçamentária adequada e sustentável.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional em Saúde; Formação em Saúde; Educação Interprofissional.

1 INTRODUÇÃO

A formação em saúde é em si um grande desafio na contemporaneidade num país de proporções continentais como o nosso e infelizmente ainda tão desigual. É na etapa de formação dos futuros profissionais que percebemos a complexidade da rede de atenção à saúde, e o distanciamento ainda existente entre a realidade acadêmica e a realidade de saúde vivenciada.

A promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, criou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), iniciando o processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005). O Ministério da Educação (MEC) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) passam a integrar o processo de discussão sobre o tema (BRASIL, 2006).

No que se refere às residências, entre as iniciativas mais recentes estão o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, ambas voltadas para as necessidades do SUS (BRASIL, 2009).

O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) foi apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos e prioritários do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial-restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde (BRASIL, 2006).

O projeto político pedagógico (PPP) dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) propõe a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, desenvolvendo um processo de ensino-aprendizagem-trabalho diferenciado, contemplando cenários de práticas inseridos na Rede de Atenção à Saúde, assim como, observando a necessidade de todas as profissões da saúde, assim definidas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2006).

A residência em saúde constitui-se em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões da saúde, sob forma de cursos de especialização, caracterizados por ensino em serviço, com duração mínima de 2 (dois) anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas de atividades teóricas e práticas, e dedicação exclusiva (BRASIL, 2009).

Diante dessa breve contextualização, entendemos que o programa de residência multiprofissional em saúde representa um grande avanço para o enfrentamento de uma grave fragilidade.

[...] profissionais que necessariamente precisavam trabalhar juntos estavam sendo formados separados. A tendência em formar profissionais, com ênfase no desenvolvimento de competências específicas, conseguiu, ao longo da história, legitimar o que a literatura define como silos profissionais ou tribalismo das profissões (FREIRE FILHO *et al.*, 2019, p. 87).

2 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde iniciou-se na capital do Amazonas em 2010, com duas áreas de concentração: Saúde Funcional e Intensivismo. O PRMS está vinculado à Universidade Federal do Amazonas, em conjunto com o Hospital Getúlio Vargas (HUGV). Além disso, é desenvolvido em parceria com a Secretária Municipal de Saúde (SEMSA) e Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), de acordo com a realidade local e orientada pelos princípios e diretrizes do SUS.

A proposta foi concebida a partir do entendimento de que o Estado do Amazonas apresenta um diferencial geográfico tanto pela sua extensão territorial com áreas de difícil acesso às populações ribeirinha, cabocla e indígena, quanto pela distância dos grandes centros de desenvolvimento do Brasil, o que resulta em uma região muito carente quanto à Atenção Básica, em muitas localidades (PPP do PRMS, 2009).

A pesquisa realizada na Universidade Federal do Amazonas analisou a figura do preceptor no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. O preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista, que assume a responsabilidade pela supervisão e acompanhamento direto das atividades práticas dos residentes (BRASIL, 2012).

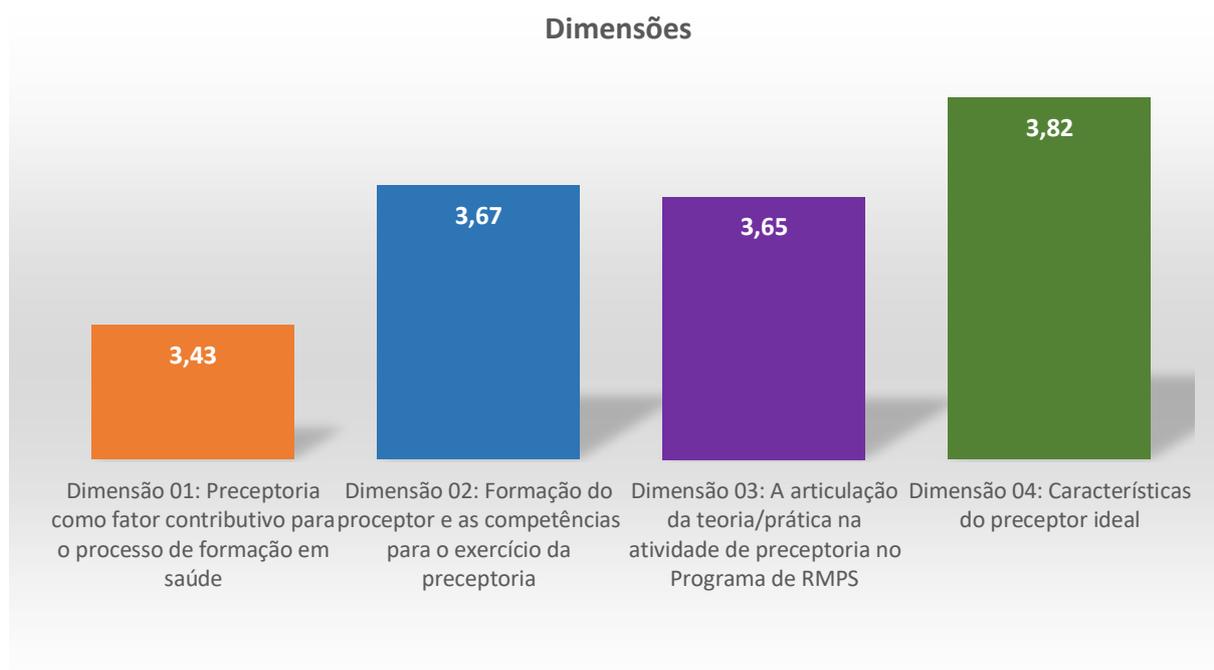
A pesquisa de abordagem quanti-qualitativa teve como cenário um hospital de ensino vinculado à Universidade Federal do Amazonas que oferta o Programa de Residência Multiprofissional nas seguintes áreas da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Participaram da pesquisa preceptores e residentes matriculados no primeiro ano (R1) e segundo ano (R2), que voluntariamente concordaram em participar do estudo totalizando 50 (cinquenta) respondentes.

Nesse estudo aplicamos uma Escala Atitudinal *Likert* composta por 22 asserções divididas em 4 dimensões a saber: 1) Preceptoría como fator contributivo para o processo de formação em saúde; 2) Formação do preceptor e as competências para o exercício da preceptoría; 3) A articulação da teoria/prática na atividade de preceptoría no programa de residência multiprofissional em saúde e 4) Características do preceptor ideal. As interpretações dos resultados da escala utilizada na pesquisa pautaram-se pelos seguintes intervalos de média: de 1 a 1,99 pontos – percepção ruim exigindo mudanças à curto prazo; de 2 a 2,99 pontos – percepção razoável exigindo mudanças a médio prazo e de 3 a 4 pontos – percepção positiva, podendo ser potencializada (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Em relação à validação estatística, adotou-se o coeficiente de correlação, que é uma medida de relação, entre a pontuação individual de cada assertiva e o quantitativo geral de pontos no instrumento. Esse método propõe como critério de validação quanto à dispersão, perdas de até 40%, e nesta pesquisa foram descartadas cinco asserções totalizando 22,3% o que denotou assertividade na validação de conteúdo. Quanto à medida de confiabilidade do instrumento, utilizou-se o teste de Alfa de Cronbach obtendo um valor de 0,748 o que implicou em sólida densidade estatística (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Na figura 1 temos as médias das 4 dimensões investigadas no estudo. Como podemos observar as médias ficaram numa zona de conforto, ou seja, de 3 a 4 pontos.

Figura 1 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão. Manaus, 2016



Fonte: Dados da pesquisa

Observamos que todas as dimensões ficaram numa zona de conforto evidenciando a assertividade do trabalho realizado junto à preceptoria da UFAM.

A dimensão 1 **“Preceptoria como fator contributivo para o processo de formação em saúde”** revelou uma compreensão adequada entre a população pesquisada quanto aos pressupostos defendidos pelo Programa RMPS da UFAM, pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e da Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Os documentos apontam para o caráter formador na perspectiva crítica e reflexiva em saúde e estes “espaços” são reconhecidos como pedagógicos, ou seja, espaços favorecedores de construção de conhecimento. Evidentemente a consequência deste norteamento é a qualificação do cuidado compreendido como o resultado da intervenção nas múltiplas dimensões humanas (SOUZA; FERREIRA, 2016).

A dimensão 2 **“Formação do preceptor e as competências para o exercício da preceptoria”** sustentou que *“Trabalhar em equipes multiprofissionais, atuando de maneira colaborativa é um dos aspectos defendidos pelo Projeto Político Pedagógico – PPP da RMPS e CNRMS”*, os respondentes mostraram-se inclinados a concordar. Observamos um consenso entre os respondentes quanto ao trabalho em equipe como facilitador da sistematização do cuidado e fortalecimento do trabalho interprofissional. A prática colaborativa é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma ferramenta inerente ao trabalho interprofissional (OMS, 2010).

Ribeiro e Prado (2014), pesquisando o exercício da preceptoria como prática formativa em saúde, afirmam que o preceptor assume uma atitude educativa no trabalho, articulando comunicação, compartilhamento de ideias e trabalho em equipe.

Arnemann *et al.* (2018), ao descreverem e teorizarem sobre práticas exitosas dos preceptores na perspectiva da interprofissionalidade, reconhecem que iniciativas ancoradas no trabalho coletivo de diferentes profissões permitem a incorporação dos princípios da educação interprofissional, resultando em ações resolutivas e integrais. Entretanto, estudos científicos nacionais demonstram que apesar do desenvolvimento de iniciativas de aprendizagem compartilhada entre estudantes das áreas da saúde, esse movimento precisa incluir elementos que demonstrem a intencionalidade de ações planejadas para o desenvolvimento efetivo de competências colaborativas (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

A dimensão 3 **“A articulação da teoria/prática na atividade de preceptoria no Programa de RMPS”** reforçou a necessidade de implementar estratégias de mudança dos atuais modelos acadêmicos. Ou seja, os respondentes compreenderam que essa dimensão revela a adoção de um modelo pedagógico que articule a vivência prática e uma efetiva relação de parceria das Instituições de Ensino Superior com os serviços de saúde, com a comunidade e

outros setores da sociedade civil (FERREIRA; COTTA; OLIVEIRA, 2009). Nessa perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aponta o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliem o exercício do diálogo, integração, participação e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade (SARRETA, 2009).

A última dimensão analisada intitulada “**Características do preceptor ideal**” teve como objetivo reunir um conjunto de atributos necessários segundo a percepção dos respondentes da pesquisa. Destacamos a asserção “*O preceptor ideal deve ter competência técnica (vivência) e saber ensinar seus residentes*”, que foi reconhecido positivamente pelos participantes como uma das características essenciais ao processo de preceptoria. Para Lima e Rozendo (2015), o preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho.

Percebe-se, portanto, que os sistemas de saúde e educação devem trabalhar em conjunto para coordenar as estratégias para a força de trabalho de saúde. Se o planejamento da força de trabalho de saúde e a elaboração de políticas estão integrados, a educação interprofissional e a prática colaborativa podem ser plenamente sustentadas (OMS, 2010).

Desta forma, as percepções analisadas por meio do instrumento do tipo *Likert* junto aos preceptores e residentes apontaram para uma assertividade no desenho do PRMS e entre elas cumpre destacar:

- A adequada construção teórica e prática desenvolvida como elemento qualificador para o processo de formação a partir das necessidades apresentadas pelos residentes;
- O estímulo a uma postura crítica e reflexiva sobre o cuidado prestado pelos mesmos;
- A defesa dos determinantes de saúde e os condicionantes biológicos e sociais da doença;
- O estímulo ao desenvolvimento do trabalho em rede numa perspectiva integral do cuidado;
- A opção pela multiprofissionalidade e o trabalho colaborativo como caminho para interprofissionalidade em sintonia com o preconizado no Projeto Político Pedagógico da RMPS.

3 PROCESSO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1 Desenvolvido nos Programas de Residência do Hospital Sofia Feldman à luz da Integralidade e Interprofissionalidade

O Hospital Sofia Feldman, pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS) é uma instituição filantrópica de direito privado, localizado no Distrito Sanitário Norte do Município de Belo Horizonte. Desenvolve dentro de sua estrutura quatro programas de Residências em Saúde: Residências Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica (REO), Multiprofissional em Neonatologia (RMN), Médica em Ginecologia e Obstetrícia (RMGO) e Médica em Neonatologia (RMN).

O perfil assistencial do hospital é desenvolvido por meio de uma atenção integral e humanizada à saúde da mulher no ciclo gravídico, puerperal e da criança no período neonatal, a partir de equipes multiprofissionais. Os recursos financeiros são exclusivamente provenientes da prestação de serviços ao SUS.

É referência obstétrica para uma população de aproximadamente 500.000 pessoas, dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do estado de Minas Gerais.

A Instituição conta com 87 leitos para atendimento obstétrico e 85 para atendimento de neonatologia, distribuídos em um prédio com seis andares e duas casas anexas à Instituição, denominadas Casa da Gestante Zilda Arns e Casa do Bebê. A assistência visa garantir às usuárias e usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) o acesso aos serviços de saúde, à resolutividade, à humanização no atendimento e sua consequente satisfação.

A pesquisa desenvolvida junto aos programas de residência buscou observar a partir de referenciais teóricos o processo de ensino/aprendizagem à luz da multi e interprofissionalidade, as políticas e programas de formação de recursos humanos em saúde com um recorte para a Saúde da mulher e do Neonato. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório quali-quantitativo. A população do estudo foi composta por oito preceptores que representou 10,0% dessa população, e a esses foi aplicado o grupo focal. Seis docentes que constituíram uma amostra de 20,0% foram submetidos à entrevista semiestruturada. Os dados oriundos do grupo focal e das entrevistas semiestruturadas foram analisados por meio da análise de conteúdo na modalidade temática.

Os residentes dos Programas das residências Uniprofissional, Multiprofissional, Médica em Ginecologia e Obstetrícia e Médica em Neonatologia totalizaram uma amostra de 59 participantes e foram submetidos a um instrumento atitudinal do tipo *Likert*. Essa amostra totalizou 53% desse grupo, e o instrumento foi validado em seu conteúdo e estatisticamente

quanto à sua dispersão e confiabilidade. O coeficiente de confiabilidade indicou um valor de 0,90, apontando para uma solidez estatística dos dados. Em relação à medida de dispersão, o resultado das asserções validadas foi de 0,83. Podemos inferir que a amostra de 59 respondentes constituiu uma amostragem adequada para a análise estatística realizada.

A pontuação aplicada foi de 1 a 4 pontos em duas escalas: 1/2/3/4 e 4/3/2/1 que geraram os seguintes intervalos interpretativos: de 1 a 1,99 pontos – percepção ruim exigindo mudanças à curto prazo; de 2 a 2,99 pontos – percepção razoável exigindo mudanças a médio prazo e de 3 a 4 pontos – percepção positiva, podendo ser potencializada (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Foram ofertadas 4 opções de resposta:

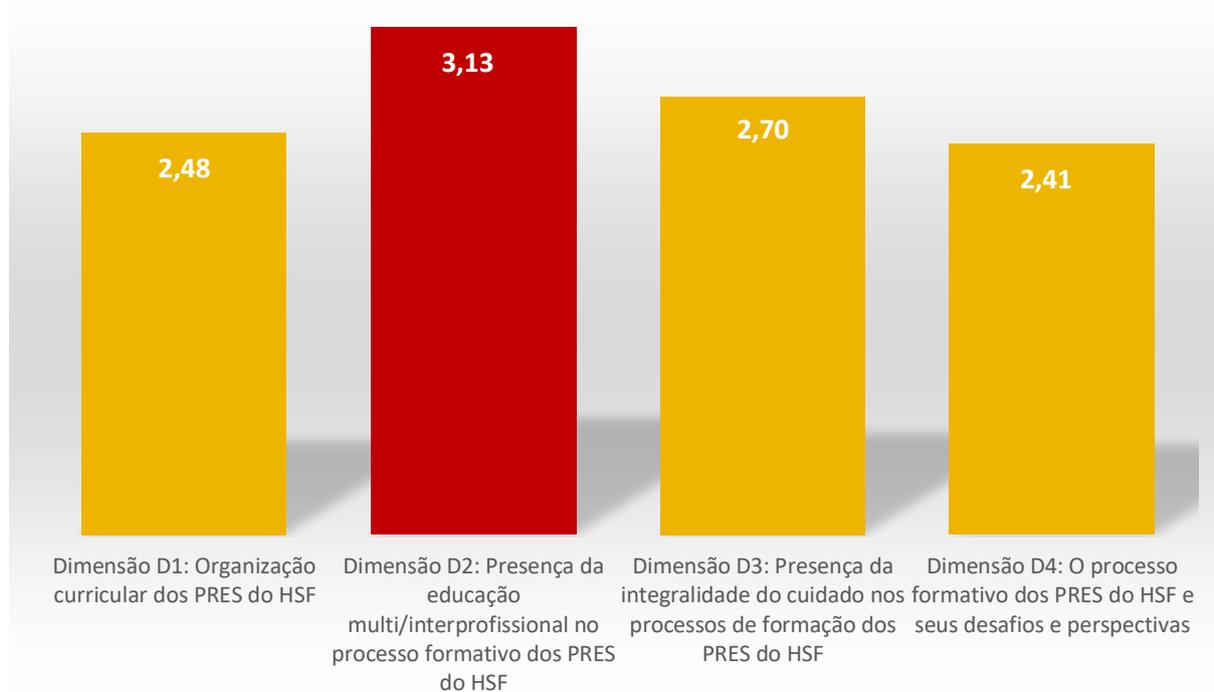
CP – Concordo Plenamente: Você concorda totalmente com a asserção;

IC – Inclinado a Concordar: Você tende a concordar com a asserção;

ID – Inclinado a Discordar: Você tende a discordar da asserção;

DP – Discordo Plenamente: Você discorda totalmente da asserção.

Figura 2 – Perfil Geral Atitudinal por Dimensão. Belo Horizonte, 2018



Fonte: MORAES (2019).

As dimensões D1, D3 e D4 encontram-se em zona de atenção, demandando providências de correção em médio prazo. A dimensão D2 ficou numa zona de conforto, evidenciando

assertividade quanto à presença dos conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade nos processos formativos dos Programas de residência do HSF. Já os dados oriundos do grupo focal e entrevistas apontaram os seguintes aspectos que foram denominados como aspectos assertivos e desafios.

Quadro 1 – Categorias do grupo focal e entrevista semiestruturada aplicados ao corpo docente e de preceptoria dos programas de residência do HSF, Belo Horizonte, 2018

ASPECTOS ASSERTIVOS	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecimento de formação multiprofissional com integralidade do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crônica dificuldade orçamentária do Hospital; ▪ Evasão crescente de profissionais; ▪ Residentes como composição de mão de obra; ▪ Ausência de relação dos objetivos de formação com o PPP; ▪ Ausência de avaliação baseada em critérios institucionais; ▪ Menor presença de trabalho interprofissional; ▪ Dificuldades de comunicação entre docentes, preceptores e residentes.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perfil adequado dos docentes e preceptores aos PRSHSF; ✓ Competência técnica; ✓ Boa relação com a atividade de ensino; ✓ Experiência no hospital; ✓ Afinidade com a cultura institucional; ✓ Sentimento de pertencimento; ✓ Presença da multiprofissionalidade nos grupos de discussão; ✓ Formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação contínua do Projeto Político Pedagógico (PPP) para docentes e preceptores; ▪ Capacitação técnica e pedagógica contínua dos docentes e preceptores; ▪ Aumento do número de profissionais, docentes e preceptores; ▪ Falta de avaliações e feedback nos cenários de prática; ▪ Pouco compartilhamento dos critérios de avaliação e dos objetivos de formação.

Fonte: MORAES (2019).

O quadro 2 aglutina as percepções de todos os atores envolvidos como podemos observar:

Quadro 2 – Comparativo dos consensos positivos e negativos encontrados junto ao corpo docente, de preceptoria e residentes dos programas de residência do Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2018

Consensos entre Docentes e Preceptores	Residentes
Presença de formação multiprofissional Currículo interdisciplinar Presença do cuidado integral à saúde Formação para o SUS	Presença de formação multiprofissional Currículo interdisciplinar Presença do cuidado integral à saúde Formação para o SUS
Os docentes e preceptores não se reconhecem com competência pedagógica para o exercício de formação nos programas, em função de falta de compartilhamento do PPP de forma sistemática, de capacitações pedagógicas, gerando ausência de critérios institucionais quanto aos objetivos de formação Dificuldade nos feedbacks e acompanhamento nos cenários de prática	Os residentes, não reconhecem seus docentes e preceptores como profissionais com competência pedagógica para o exercício de formação nos programas. Não reconhecem a presença de avaliação, feedbacks e acompanhamento nos cenários de prática, tanto pelos docentes como preceptores
Os docentes e preceptores se reconhecem com competência técnica para o exercício de formação nos programas Os docentes e preceptores se reconhecem como atores que estimulam uma postura crítica e reflexiva sobre o cuidado integral.	Os residentes não reconhecem seus docentes e preceptores com competência técnica para o exercício de formação nos programas. Os residentes não reconhecem os docentes e preceptores como atores que estimulam uma postura crítica e reflexiva sobre o cuidado integral.
Os docentes e preceptores reconhecem a crônica insuficiência orçamentária da Instituição afetando a sustentabilidade dos PRSHSF. Os docentes e preceptores reconhecem as dificuldades de gestão como elemento interferidor na sustentabilidade dos PRSHSF	Os residentes reconhecem a crônica insuficiência orçamentária da Instituição afetando a sustentabilidade dos PRSHSF Os residentes reconhecem as dificuldades de gestão como elemento interferidor na sustentabilidade dos PRSHSF

Fonte: Fonte: MORAES (2019).

Ao olharmos para as residências pesquisadas ocorreram muitos acertos. Dentre eles, destacamos a presença da formação multiprofissional, a presença de um currículo interdisciplinar e o desenvolvimento do cuidado integral. Há consonância entre todos os atores que os Programas de Residência em Saúde do Hospital Sofia Feldman formam profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Contudo a pesquisa evidenciou de forma muito clara que a organização dos PRSHSF não foi qualificada pedagógica e tecnicamente de forma adequada. Podendo assim inferir que a ausência de implantação de um espaço de desenvolvimento de Educação Permanente em Saúde (EPS) possa ter contribuído para as dificuldades de gestão e organização dos referidos

programas. Foi evidenciada uma dificuldade em relação à competência pedagógica de docentes e preceptores, sendo essa reconhecida pelos mesmos, bem como pelos residentes.

Tal fragilidade gera como consequência direta a percepção de dificuldades na condução, acompanhamento e devolutivas dos docentes e preceptores nos cenários de prática, o que é apontado pelos residentes.

Um aspecto importante que demanda uma ação em curto prazo no âmbito da gestão é a divergência entre docentes e preceptores com os residentes sobre a competência técnica dos mesmos. Isso é reiterado quando os docentes e preceptores se reconhecem como estimuladores de cuidado integral crítico e reflexivo e os residentes tendem a discordar.

Os docentes, preceptores e residentes concordam que a crônica insuficiência orçamentária pode levar à insustentabilidade dos PRSHSF, bem como apontam de forma consensual que existem dificuldades de gestão a serem superadas.

Assim, é de suma importância que a gestão da Instituição reveja seus os processos de formação que operacionalizam os Programas de Residência Institucionais para que toda a expertise acumulada por esse Hospital seja sustentável e continue a contribuir com essa especialidade de cuidado tão importante para nosso país.

4 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

4.1 A formação do Fisioterapeuta em residência Multiprofissional no Município de Campinas

O Município de Campinas conta com uma população de 1.080.113 habitantes (IBGE, 2015), distribuída em quatro distritos, sendo eles Joaquim Egídio, Sousas, Barão Geraldo e Nova Aparecida, e centenas de bairros. Campinas constituiu-se como um dos polos da Região Metropolitana de Campinas, formada por 20 cidades e uma população estimada em 2,97 milhões de habitantes, o que corresponde a 6,8% da população do estado. A cidade se tornou referência em saúde para a região, assim como para o Brasil, devido à construção histórica da saúde pública (CAMPINAS, 2018).

O Sistema Único de Saúde de Campinas consiste em um conjunto de responsabilidades com a Saúde, uma complexa rede de Serviços de Saúde e instâncias de Gestão e Controle Social. O município é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do município.

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde. O município iniciou-se com a atenção básica, em seguida, pelos serviços secundários próprios e, posteriormente, os serviços conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressiva das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no município.

Existem 5 Distritos de Saúde em Campinas sendo eles: Distrito de Saúde Norte, Distrito de Saúde Sul, Distrito de Saúde Leste, Distrito de Saúde Sudoeste e Distrito de Saúde Noroeste.

A pesquisa de campo foi realizada em dois programas de RMS, desenvolvidos nos hospitais municipais Hospital Dr. Mário Gatti (HMG), que concentra suas atividades pedagógicas no Distrito Sul, e Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV), inserido na região Sudoeste.

Esses programas contemplam as profissões de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição. Neste estudo, o objeto foi a categoria profissional de fisioterapia. Optamos por uma metodologia qualitativa, com enfoque exploratório, de caráter descritivo analítico considerando documentos afetos documental, grupo focal e entrevistas semiestruturadas. Os dados foram tratados por meio da Análise de Conteúdo na Modalidade Temática.

Os participantes deste estudo foram constituídos por dois coordenadores, sendo um do PRMS do HMG e outro do PRMS do CHOV, por três preceptores do PRMS do HMG e um preceptor do PRMS do CHOV e por residentes fisioterapeutas multiprofissionais sendo cinco do PRMS do HMG e cinco do PRMS CHOV.

O grupo dos entrevistados composto pelos coordenadores e preceptores se caracterizou por uma prevalência da faixa etária de 31 a 44 anos, sendo as titulações um Doutor, dois Mestres e dois Especialistas. Desses, cinco profissionais eram oriundos da Fisioterapia e uma da Nutrição. Todos são estatutários, do sexo feminino; o tempo de formação se dividiu entre 50% da população com dez anos de formação e 50% com mais de vinte anos.

Os cenários de prática dos preceptores entrevistados se constituíram no contexto hospitalar de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e enfermagem; já na Rede, os locais foram o Centro de Referência de Reabilitação de Sousas, Centro de Saúde do distrito sudoeste e sul e Serviço de Atendimento Domiciliar.

Os grupos focais foram compostos por residentes fisioterapeutas dos PRMS HMG e CHOV. Não houve de forma intencional a identificação dos participantes quanto à faixa etária e sexo, para que se seguisse o mesmo protocolo de entrevista, no qual o anonimato é mantido.

Emergiram das entrevistas e dos grupos focais três categorias que receberam as mesmas denominações dos coordenadores/preceptores:

Categoria I – Estruturação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – PRMS;

Categoria II – Qualidade da Formação do Residente Multiprofissional Fisioterapeuta nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;

Categoria III – Desafios da Formação do Fisioterapeuta nos Programas de residência Multiprofissional.

O quadro 3 apresenta a síntese das percepções da população amostral onde os acertos foram assinalados com a cor verde, as percepções que revelaram necessidades de melhora a médio prazo de amarelo e as urgentes de vermelho.

Quadro 3 – Síntese das percepções entre os coordenadores, preceptores e residentes dos PRMRS dos HMG e CHOV, Campinas, 2019

	COORDENADORES		PRECEPTORES		RESIDENTES	
	HMG	CHOV	HMG	CHOV	HMG	CHOV
CAT I	Cumprimento curricular.	Cumprimento curricular	Cumprimento curricular	Cumprimento curricular	Cumprimento curricular	Não reconhecem o cumprimento do currículo
	Referem a presença de subsídio financeiro.	Não referem à presença de subsídio financeiro	Referem a presença de subsídio financeiro	Não referem à presença de subsídio financeiro	Referem a presença de subsídio financeiro	Não referem à presença de subsídio financeiro
	Não foi apontado falta de flexibilidade da Gestão do cenário de prática em relação a preceptoria dos programas.	Falta de flexibilidade da Gestão do cenário de prática em relação a preceptoria dos programas	Falta de flexibilidade da Gestão do cenário de prática em relação a preceptoria dos programas	Não foi apontado falta de flexibilidade da Gestão do cenário de prática em relação a preceptoria dos programas	Não foi apontado	Não foi apontado
	Presença da formação nos 3 níveis de atenção, no âmbito hospitalar e de Rede.	Presença da formação nos 3 níveis de atenção, no âmbito hospitalar e de Rede.	Presença da formação nos 3 níveis de atenção, no âmbito hospitalar e de Rede.	Presença da formação nos 3 níveis de atenção, no âmbito hospitalar e de Rede.	Presença da formação nos 3 níveis de atenção, no âmbito hospitalar e de Rede.	Presença da formação nos 3 níveis de atenção, no âmbito hospitalar e de Rede.
	Não referem problemas junto a CNRM pela falta de reconhecimento MEC, ambos os programas são autorizados.	Não referem problemas junto a CNRM pela falta de reconhecimento MEC, ambos os programas são autorizados.	Não referem problemas junto a CNRM pela falta de reconhecimento MEC, ambos os programas são autorizados.	Não referem problemas junto a CNRM pela falta de reconhecimento MEC, ambos os programas são autorizados.	Referem dificuldades administrativas com relação a impossibilidade de legitimação deste processo formativo em um concurso público.	Desconhecem futuros problemas falta de reconhecimento MEC.

	COORDENADORES		PRECEPTORES		RESIDENTES	
	HMG	CHOV	HMG	CHOV	HMG	CHOV
CAT III	Presença de formação pedagógica externa e presença institucional de NEP.	Ausência de formação pedagógica externa e de núcleo de Educação Permanente.	Presença de formação pedagógica externa e presença institucional de NEP.	Ausência de formação pedagógica externa e de núcleo de Educação Permanente.	Presença de formação pedagógica externa e presença institucional de NEP.	Ausência de formação pedagógica externa e de núcleo de Educação Permanente.
	Referem perfil adequado de preceptoria, afinidade com a atividade de ensino, experiência técnica e engajamento com o programa.	Considera frágil a preceptoria; ausência de capacitação pedagógica.	Referem perfil adequado de preceptoria, afinidade com a atividade de ensino, experiência técnica e engajamento com o programa.	Considera frágil a preceptoria, por falta de pactuações nos serviços, ausência capacitação pedagógica e falta acompanhamento pela coordenação.	Referem perfil adequado de preceptoria, afinidade com a atividade de ensino, experiência técnica e engajamento com o programa.	Considera frágil a preceptoria, por falta de pactuações nos serviços, ausência capacitação pedagógica e falta acompanhamento pela coordenação.
	Necessidade de ampliação do quadro de fisioterapeutas para PRMS com carga horária protegida.	Necessidade de ampliação do quadro de fisioterapeutas para PRMS com carga horária protegida.	Necessidade de ampliação do quadro de fisioterapeutas para PRMS com carga horária protegida.	Necessidade de ampliação do quadro de fisioterapeutas para PRMS com carga horária protegida.	Necessidade de ampliação do quadro de fisioterapeutas para PRMS com carga horária protegida.	Necessidade de ampliação do quadro de fisioterapeutas para PRMS com carga horária protegida.

Fonte: CARLIN (2019).

Assim, os aspectos positivos de ambos os programas pautaram-se na formação nos 3 níveis de atenção e a presença de uma formação multiprofissional com atividades favorecedoras para uma futura EIP.

Podemos defender que o exercício de preceptoria requer igualmente competência técnica, pedagógica e disponibilidade para o processo de ensino e aprendizagem. Dentro do âmbito pedagógico, podemos afirmar a importância de espaços de construção coletiva e permanente com temas como projeto político pedagógico, processos inovadores na formação em saúde, metodologias ativas e uso da avaliação em suas três dimensões: Diagnóstica, Formativa e Somatória.

Os dois programas contribuem para a empregabilidade dos residentes em fisioterapia, ao qualificá-los no desenvolvimento de um cuidado integral centrado no paciente.

A pesquisa evidenciou diferenças importantes na estruturação dos respectivos programas; fica latente a organização e sustentabilidade que o PRMS do HMG detém, evidentemente por ser mais antigo, 10 anos de existência e o impacto que isto traz na formação destes profissionais.

O estudo apontou, portanto como desafios para o PRMS do CHOV, a urgente dotação orçamentária destacando a necessidade de oferta de bolsas para o corpo de preceptoria e coordenação.

Destaca-se, ainda, a necessidade de constituição de um núcleo de Educação Permanente com presença de carga horária protegida e corpo docente fixo. Foi apontada, também, a necessidade de repactuações sistemáticas entre as coordenações dos cenários de prática e dos referidos programas. Ambos os programas precisam ser reconhecidos pela CNRMS, no sentido de validar o título fornecido pelos mesmos.

Por fim, defendemos a sustentabilidade dos PRMS no município de Campinas como um elemento fortalecedor de cidadania e do direito inquestionável à saúde, bem como dever inquestionável do Estado, previsto em nossa Constituição.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As três pesquisas apresentadas neste capítulo discursaram sobre diferentes configurações pedagógicas, gestão e integração com os cenários de prática e perfil da preceptoria. Evidencia-se a necessidade de qualificação e manutenção de uma docência permeada de intencionalidade numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional.

Nesse contexto, destaca-se o propósito de potencializar a integração e prática colaborativa entre as diversas áreas do conhecimento e prática profissional, alinhada à ampliação de um repertório técnico e pedagógico para além da articulação da teoria com a prática.

Os resultados revelam a importância dos PRMS fundamentais para nosso país que contribuem na qualificação e fortalecimento da educação Interprofissional, mas que precisam de uma gestão e financiamento suficientes para a sustentabilidade e aperfeiçoamento das propostas.

REFERÊNCIAS:

ARNEMANN, C.T. *et al.* Preceptor's best practices in a multiprofessional residency: interface with interprofessionality. **Interface** (Botucatu) [online], v. 22, supl., p. 1635-1646, 2018.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601635&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui a residência em área profissional de saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. **Diário Oficial da União**: Brasília; 26 set. 2005. Seção 1; p. 1.

BRASIL. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2009. Seção 1; p. 1-4.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução MEC/SESU/CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União nº 73, de 16 de Abril de 2012 (segunda-feira) – Seção 1 Págs. 24-25.

CARLINI, A. C. C. **A formação do fisioterapeuta em residência multiprofissional no município de Campinas.** 2019. 142 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/mest_prod_tesesp.htm.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Construção coletiva de experiências inovadoras no processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 33, n. 2, p. 240-246, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/11.pdf>.

FREIRE FILHO, J.R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 86-96, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500086.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 19, supl 1, p. 779-791, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500779&script=sci_abstract&tlng=pt.

MORAES, R. C. C. **O processo de formação de profissionais de saúde desenvolvido nos programas de residência do hospital Sofia Feldman à luz da integralidade e interprofissionalidade.** 2019. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_245_regina_moraes.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Geneva: OMS, 2010.

RIBEIRO, K. R. B; PRADO M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43731>.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Campinas). **Sistema de Informação – Tabnet**. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/tabnet-home/index.htm>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOUZA, S. V. **O papel docente do preceptor no programa de residência multiprofissional em saúde da Universidade Federal do Amazonas**. 2016. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_186_sanay_souza.pdf.

SOUZA, S.V.; FERREIRA, B.J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, p. 15-21, 30 abr. 2019. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1074>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**. Universidade Federal do Amazonas. Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PROPESP. Amazonas, 2009.

FORMAÇÃO EM AVALIAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR: UM PROTOCOLO PARA ANÁLISE DE ITENS DE MÚLTIPLA ESCOLHA

Elen Cristina Nascimento de Araujo Tombi
Universidade Anhembi Morumbi
Universidade Nove de Julho
São Paulo – SP

Cristina Zukowsky-Tavares
Centro Universitário Adventista de São Paulo
São Paulo – SP

Irani Ferreira da Silva Gerab
Universidade Federal de São Paulo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
São Paulo – SP

RESUMO

A formulação de bons itens de múltipla escolha para a avaliação da aprendizagem não é uma tarefa simples. Este capítulo apresenta a trajetória de uma pesquisa realizada no mestrado profissional, concluída em 2019, que teve como objetivo analisar e discutir a qualidade dos itens de múltipla escolha formulados por docentes de um curso de graduação em saúde de uma universidade paulistana no processo de avaliação. Trata-se de um estudo descritivo, com análise quali-quantitativa de 100 itens, de um Teste de Progresso, aplicado em 2017, que possibilitou conhecer e discutir a qualidade dos itens e propor instrumentos para melhoria na elaboração de itens.

Palavras-chave: ensino superior; avaliação da aprendizagem; itens de múltipla escolha; formação em avaliação.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da aprendizagem ocorre em vários momentos do processo educativo por meios de diferentes instrumentos. O uso de testes e provas elaborados com itens de múltipla escolha é uma prática comum no cotidiano educacional. Os itens de múltipla escolha podem ser aplicados a um grande número de estudantes ao mesmo tempo e tem a vantagem de fornecer uma rápida devolutiva de resultados da aprendizagem.

No entanto, elaborar itens de múltipla escolha que avaliem os objetivos de aprendizagem e sejam capazes de solicitar domínios cognitivos elevados e discriminar estudantes proficientes em relação aos estudantes menos proficientes não é uma tarefa simples. O preparo e a formação docente, bem como, orientações e diretrizes que norteiem redação de itens podem contribuir para elevar a qualidade das avaliações.

Este capítulo apresenta brevemente a trajetória de pesquisa da primeira autora durante o mestrado profissional no período de 2017 a 2019 e o desenvolvimento do estudo acerca dos resultados de uma prova composta por 100 itens de múltipla escolha elaborados por docentes de um curso superior. Esse estudo caracterizou-se por uma análise quali-quantitativa com objetivo de analisar e discutir a qualidade dos itens de múltipla escolha elaborados por docentes para um Teste de Progresso (TP) aplicado a estudantes de um curso de estética em uma universidade paulistana.

A análise qualitativa foi em relação ao nível taxonômico pela Taxonomia de Bloom Revisada e por uma matriz com elementos que caracterizavam possíveis falhas. A análise quantitativa foi pela Teoria Clássica dos Testes para aferir a confiabilidade do teste, o grau de dificuldade, índice de discriminação dos itens.

Ao final do estudo duas produções técnicas foram propostas para contribuir na elaboração de itens de múltipla escolha.

Frequentemente o professor no ensino superior utiliza IME em atividades e provas no cotidiano de suas aulas. Algumas universidades também organizam testes com IME para buscar informações sobre a efetivação do currículo previsto bem como oferecer parâmetros para o graduando se autoavaliar ao longo do percurso formativo como ocorre no Teste do Progresso.

Colaborar no processo de elaboração e organização do teste, naquela universidade me permitiu observar a participação dos docentes do curso na elaboração de itens para o TP e identificar algumas dificuldades por parte dos professores em elaborar itens adequados aos que haviam sido solicitados.

É um desafio refletir na função da avaliação e no preparo para a construção de seus instrumentos. Como a prova com itens de múltipla escolha ocupa um espaço de destaque nesse cenário tornou-se ainda mais relevante investigar a qualidade dos seus itens.

Como resultado destas reflexões surgiram as seguintes questões:

- Os IME do TP estão tecnicamente bem elaborados?
- Qual a dificuldade e discriminação dos itens do teste?
- Como colaborar para que os professores possam elaborar melhores IME?

A pesquisa teve por objetivo geral analisar e discutir a qualidade dos itens de múltipla escolha do Teste de Progresso elaborados por docentes de um curso de Estética, em uma instituição de ensino superior paulistana.

Neste capítulo apresentaremos uma matriz para análise de questões segundo a TBR e as diretrizes técnicas para a formulação de IME.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Responder essas questões de pesquisa envolve o desafio de refletir sobre a função da avaliação e a construção de seus instrumentos. Como a prova com itens de múltipla escolha ocupa um espaço de destaque nesse cenário tornou-se ainda mais relevante investigar a qualidade dos seus itens.

Analisar esse cenário envolveu um estudo cuidadoso da literatura sobre os seguintes tópicos:

- Avaliação educacional no Brasil
- Avaliação da aprendizagem na formação profissional em saúde
- Avaliação da qualidade dos itens de múltipla escolha

Buscou-se compreender brevemente a trajetória da avaliação educacional no Brasil e os instrumentos utilizados com ênfase nas provas elaboradas com itens de múltipla escolha (IME).

Na aprendizagem na formação profissional em saúde, discutiu-se a avaliação formativa, diagnóstica e somativa, além dos instrumentos de avaliação da aprendizagem, com o foco principal nos testes elaborados com IME.

Para analisar a qualidade dos IME abordou-se o conceito de avaliação como medida.

Entende-se que a avaliação educacional está relacionada a questionamentos na ordem dos valores e não se reduz à medida objetiva de desempenhos. A avaliação inclui a medida mas segue para além dela na direção do julgamento de valor e decisões a partir dos resultados

educacionais. O estudo das medidas em avaliação é conduzido pela psicometria, representada pela Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI). Para a análise quantitativa dos IME nesse estudo foi acionada a Teoria Clássica dos Testes e a análise qualitativa contou com um *check list* de aspectos técnicos da redação de um item e a Taxonomia de Bloom Revisada para aferir os tipos de conhecimento e domínios cognitivos presentes.

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu compreender a qualidade dos IME e desenvolver duas propostas de produções técnicas. A primeira é o protocolo que contribui para a autoanálise dos itens elaborados pelos docentes e a segunda é a proposta de oficina para uma formação docente na elaboração de IME.

3 A METODOLOGIA DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou os itens e resultados de um Teste de Progresso aplicado a um grupo de estudantes, optou-se por um modelo de pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa descritiva e as abordagens quantitativa e qualitativa se complementam para garantir o levantamento e conhecimento mais aprofundado dos dados de pesquisa. Tem o intuito esclarecer sobre determinado fenômeno e também “visa descobrir a existência de associações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 27-28).

A pesquisa descritiva apresenta o problema de pesquisa e a abordagem quantitativa está relacionada com informações e dados representados por números, através de testes estatísticos que apresentam os fatos. Em contrapartida a abordagem qualitativa visa interpretar e atribuir sentido e significado aos fatos (KAUARK *et al.*, 2010).

De acordo com Köche (2011), quando o pesquisador não tem o conhecimento aprofundado e bem desenvolvido dos fenômenos e problemas que está estudando é necessário iniciar a pesquisa com a identificação da natureza do fenômeno para verificar-se as características das variáveis que se pretende estudar.

A produção dos dados ocorreu por meio de três etapas: a análise taxonômica bidimensional, análise da qualidade técnica na formulação de IME e análise psicométrica.

A análise do nível taxonômico dos itens e da qualidade técnica dos itens, foi realizada por três avaliadores:

- Um docente do curso de graduação em estética.
- Um pós-doutor e especialista em avaliação educacional.
- Um doutor e pesquisador na área de ensino em ciências da saúde.

Os IME foram analisados por meio de uma tabela bidimensional baseada na Taxonomia de Bloom revisada (FERRAZ; BELHOT, 2010; KRATHWOHL, 2002; SCULLY, 2017).

A qualidade técnica dos IME foi aferida com base nos trabalhos de Haladyna, Downing e Rodriguez (2002, p. 312), Paniagua *et al.* (2016, p. 15-51) e Tarrant *et al.* (2006, p. 670-671) buscando identificar falhas na redação do item, relacionadas a problemas de conteúdo, formatação e alternativas (resposta correta e distratores). Cada item foi analisado em 17 tópicos que correspondem às falhas possíveis de serem cometidas na elaboração de IME.

E a análise psicométrica foi processada pelo programa de computador Iteman: *Software for Classical Analysis* Copyright © 2013 – *Assessment Systems Corporation*, que utiliza a Teoria Clássica dos Testes (TCT).

4 RESULTADOS E PRODUTOS DA PESQUISA

Os resultados da análise, pela Taxonomia de Bloom Revisada, demonstraram que a maioria dos IME foi elaborada na dimensão do conhecimento conceitual e no domínio cognitivo “entender”. Esse fato é similar ao que foi encontrado na literatura, em diferentes trabalhos que observaram maior frequência de níveis cognitivos mais simples nos IME avaliados (NEDEAU-CAYO; LAUGHLIN; HALL RUS, 2013; SILVA E MARTINS, 2014; TARIQ *et al.*, 2017; TARRANT *et al.*, 2006).

As falhas identificadas na análise da qualidade técnica dos itens demonstraram que os IME eram bem elaborados e não apresentaram alto número de falhas, entretanto pouco mais da metade dos itens apresentaram pelo menos uma inadequação técnica. Os dados obtidos em algumas falhas também estão semelhantes aos resultados da literatura (TARIQ *et al.*, 2017; TARRANT *et al.*, 2006; TARRANT; WARE, 2008).

Pela análise por meio da TCT realizada pelo *software Iteman®*, o resultado da confiabilidade analisada pelo coeficiente alfa (KR-20) demonstrou que há boa consistência interna entre os itens do teste. A média da dificuldade (P) e a média da correlação ponto-bisserial (Rpbis) caracterizaram o teste com dificuldade média e discriminação positiva.

Um teste deve avaliar conceitos, conteúdos e habilidades indispensáveis para a prática profissional, itens redigidos com falhas podem comprometer a qualidade do exame (COUGHLIN; FEATHERSTONE, 2017).

Embora esteja documentada a orientação para escrita de itens, a produção de itens de qualidade ainda é um desafio, principalmente por falta de formação docente que contemple a formulação de IME. Diversos trabalhos foram publicados registrando imperfeições e falhas em IME, comprometendo resultados estatísticos como, índice de dificuldade, discriminação e a

qualidade das avaliações (ABDULGHANI *et al.*, 2017; ALI; RUIT, 2015; TARRANT; WARE, 2008).

Os IME utilizados em testes para avaliar a aprendizagem dos estudantes são elaborados por docentes que podem ou não ter experiência prática e conhecimento prévio a respeito das diretrizes recomendadas para a elaboração de itens. O treinamento e a capacitação de docentes para elaboração de itens é um aspecto importante que contribui para a qualidade dos itens e do processo de avaliação como um todo (ABDULGHANI *et al.*, 2015; ALFARIS *et al.*, 2015; IRAMANEERAT, 2012).

Ao final da pesquisa, discussão e análise dos resultados foram desenvolvidas duas produções técnicas:

1. Protocolo de Avaliação de Itens de Múltipla Escolha
2. Plano de Oficina para Elaboração de Itens

A primeira produção técnica foi construída com o objetivo de colaborar para que o IME elaborado possa ser avaliado pelo próprio docente e seja possível identificar a necessidade de correções em relação à taxonomia e às diretrizes técnicas para a redação de itens antes de sua aplicação ou mesmo que IME já elaborados possam ser avaliados e se necessário reformulados.

Essa produção foi delineada no formato de protocolo e apresenta conceitos sobre a Taxonomia de Bloom, para contribuir na avaliação do tipo de conhecimento e o nível do processo cognitivo utilizado na elaboração do IME, o instrumento elaborado é denominado: Protocolo de Avaliação de IME: Classificação pela Taxonomia de Bloom Revisada (TBR).

Além da TBR, o Protocolo de Avaliação de Itens de Múltipla Escolha também apresenta algumas diretrizes técnicas que orientam a redação de itens, para esclarecer os conceitos antes da aplicação do instrumento denominado Protocolo de Avaliação de IME: Diretrizes para redação de itens de múltipla escolha.

Os dois instrumentos Protocolo de Avaliação de IME: Classificação pela Taxonomia de Bloom Revisada e Protocolo de Avaliação de IME: Diretrizes para redação de itens de múltipla escolha fazem parte da primeira produção técnica desta pesquisa.

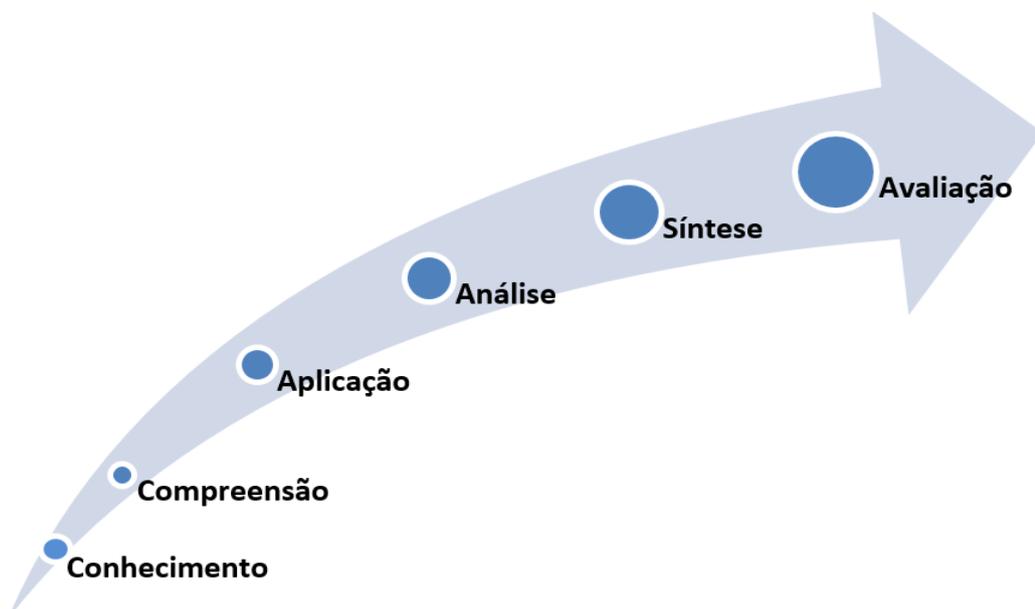
A segunda produção técnica é uma proposta de plano de oficina, para o aprimoramento docente na elaboração de IME. Tem o objetivo discutir o uso de diretrizes técnicas e da Taxonomia de Bloom Revisada na elaboração de IME e apresentar os instrumentos elaborados, aplicando-os na prática de avaliação e elaboração de itens de múltipla escolha.

5.1 Taxonomia de bloom revisada

Embora a Taxonomia de Bloom aborde o domínio cognitivo, afetivo e psicomotor, a pesquisa tratou apenas do domínio cognitivo da TBR, que sofreu atualizações nos processos cognitivos em relação a Taxonomia de Bloom Clássica.

A Figura 1 apresenta as seis categorias do domínio cognitivo da Taxonomia de Bloom Clássica, estruturadas de maneira hierárquica e crescente do processo cognitivo simples ao complexo (FERRAZ; BELHOT, 2010).

Figura 1 – Categorias do Domínio Cognitivo da Taxonomia de Bloom Clássica



Fonte: Elaborado inspirado em FERRAZ; BELHOT, 2010.

A TBR apresentou algumas mudanças em relação ao conhecimento e processos cognitivos. Os substantivos utilizados para descrever as categorias do Domínio Cognitivo da Taxonomia de Bloom Clássica foram modificados (KRATHWOHL, 2002).

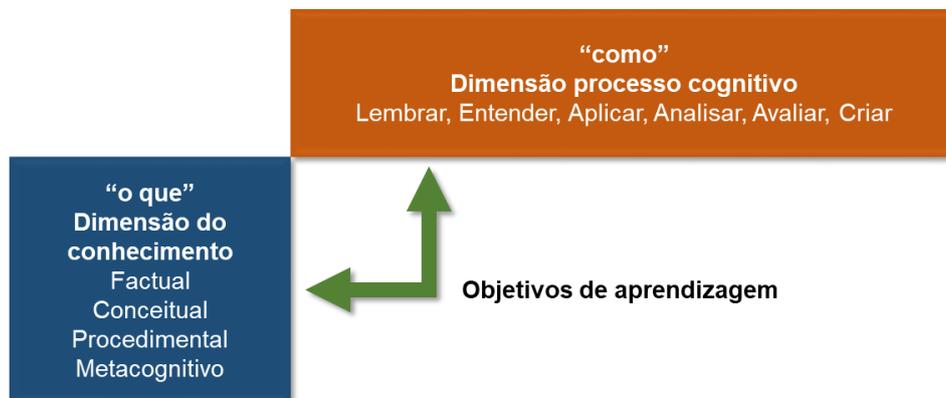
A categoria do processo cognitivo denominada de conhecimento foi atualizada e classificada em “Dimensão do Conhecimento”, que foi dividida em quatro tipos, conhecimento factual, conhecimento conceitual, conhecimento procedimental e conhecimento metacognitivo. Os substantivos que representavam os demais domínios cognitivos (Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação) foram atualizados para a sua forma verbal. A mudança para a forma verbal (Lembrar, Entender, Aplicar, Analisar, Avalia e Criar) na dimensão do processo cognitivo facilita o uso da taxonomia para a definição de objetivos de aprendizagem.

Usando a Taxonomia de Bloom Revisada é possível determinar, classificar e organizar os objetivos no planejamento da aprendizagem, relacionando a dimensão do conhecimento e com a dimensão do processo cognitivo. O planejamento pode ser feito inserindo o objetivo em uma tabela que apresenta uma relação bidimensional (figura 2) entre conhecimento e cognição e pode ser planejado “como” (processo cognitivo) e “o que” (tipo de conhecimento) serão desenvolvidos nos objetivos de aprendizagem (FERRAZ; BELHOT, 2010; KRATHWOHL, 2002).

Os IME de um teste devem ser elaborados para verificar se os objetivos da aprendizagem foram atingidos. A Taxonomia de Bloom pode ser aplicada no processo de elaboração de itens que compõem um teste.

Em um teste, os itens podem ser elaborados para avaliar diferentes dimensões do conhecimento e habilidades dos processos cognitivos. Os itens elaborados em níveis mais altos do processo cognitivo contribuem para melhorar a qualidade das avaliações (ABDULGHANI *et al.*, 2017; TARRANT *et al.*, 2006). A elaboração de itens que abordam situações clínicas pode contribuir para avaliar a aplicação do conhecimento.

Figura 2 – Relação bidimensional do planejamento dos objetivos de aprendizagem



Fonte: Adaptada de Ferraz; Belhot, 2010.

A matriz apresentada no Quadro 1 foi elaborada para análise de IME construídos por professores e apresenta os conceitos relativos aos processos cognitivos e dimensão do conhecimento da TBR de forma a facilitar a utilização deste instrumento pelos docentes. Cada item pode ser analisado e aprimorado quando necessário.

Quadro 1 – Protocolo de Avaliação de IME – Classificação pela Taxonomia de Bloom Revisada

Para avaliar o item elaborado identifique na tabela abaixo qual a dimensão do conhecimento e processo cognitivo abordado no IME			
Dimensão do conhecimento			
()* Factual	() Conceitual	() Procedimental	() Metacognitivo
<p>Refere-se ao saber sobre fatos que necessitam ser repetidos ou apresentados da mesma forma sempre. Relaciona-se, por exemplo: datas, nomes, termos específicos. Conhecimento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Terminologia. •Detalhes e elementos específicos. 	<p>Refere-se o saber que inter-relaciona elementos. Está relacionado a classificações, teorias, modelos, entre outros. Conhecimento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Classificações e categorias. •Princípios e generalizações. •Teorias, modelos e estruturas. 	<p>Está associado ao processo ou procedimento referente a técnicas ou habilidades. Conhecimento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Habilidades e algoritmos específicos do assunto. •Técnicas e métodos específicos do assunto. •Critérios para determinar quando usar procedimentos apropriados. 	<p>Relacionado ao saber do conhecimento e a inter-relação de vários saberes e do próprio conhecimento. Conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Estratégico. •Sobre tarefas cognitivas, incluindo conhecimento contextual e condicional apropriado. •Autoconhecimento.
Dimensão processo cognitivo			
()* Lembrar	Relacionado a recuperar saberes relevantes sobre informações memorizadas em longo prazo. Subcategorias: reconhecendo, recordando.		
() Entender	Determinação do significado de mensagens instrucionais e ter posse do saber sobre informações que se relacionam. Subcategorias: interpretando, exemplificando, classificando, resumindo, inferindo, comparando, explicando.		
() Aplicar	Relacionado a fazer algo, executar ou usar um procedimento em uma determinada situação. Subcategoria: executando.		
() Analisar	Envolve o exame de partes constituintes de um todo, detectando como peças se relacionam umas com as outras e com uma estrutura ou propósito geral. Subcategorias: diferenciando, organizando, atribuindo.		
() Avaliar	Relacionado à apreciação criteriosa sobre determinado assunto. Julgamento. Subcategorias: verificando, criticando.		
() Criar	Relaciona-se com a seleção de partes para conceber o novo. Subcategorias: gerando, planejando, produzindo.		
*Os parênteses serão utilizados pelo professor para fazer o check list da dimensão do conhecimento e processo cognitivo acionados em seu item de múltipla de escolha.			

Além de considerar os aspectos taxonômicos, a redação de um bom item é complementada seguindo diretrizes técnicas para elaboração de itens. O segundo produto deste trabalho pode ser útil para que o professor elabore melhores IME e também possa analisar a qualidade técnica de seu banco de questões favorecendo a revisão do item se pertinente.

5.2 Diretrizes para redação de itens de múltipla escolha

Após determinar o que se pretende avaliar e como (dimensão do conhecimento e processo cognitivo), a redação do IME que será usado em um teste deve ser criteriosa, para que se elabore um item capaz de avaliar os estudantes de forma válida e fidedigna. Desta forma, é possível diferenciar os estudantes que sabem mais dos estudantes que sabem menos a respeito de um dado conteúdo.

As orientações abaixo foram elaboradas com referências nos trabalhos de Haladyna *et al.* (2002), Paniagua *et al.* (2016) e Tarrant *et al.* (2006) e contribuem para a elaboração de um IME com qualidade técnica em sua redação.

1. Utilize ortografia adequada, sem erros de pontuação e sem erros digitação em palavras ou frases. A linguagem deve ser conveniente ao nível de conhecimento dos estudantes, de acordo com referências bibliográficas e abordagens na aprendizagem. Não deve ter erros gramaticais.
2. O enunciado não deve dar pistas ortográficas da resposta correta (Exemplo: concordância verbal e/ou nominal da frase do enunciado com alguma opção de resposta).
3. As informações fornecidas no enunciado, texto-base e/ou caso clínico devem ser necessárias e contribuir para se chegar à resposta.
4. As informações e orientações no enunciado devem ser de fácil entendimento. A pergunta deve ser clara e específica. Embora em um IME a resposta esteja entre as alternativas apresentadas, o ideal é que não seja necessário ver as opções de resposta para responder a pergunta.
5. Não utilizar termos absolutos ou vagos, como por exemplo, sempre, nunca, somente, frequentemente, ocasionalmente, geralmente, normalmente e outros termos nesse sentido. Esses tipos de termos podem facilitar a identificação da resposta correta.
6. O enunciado deve ser afirmativo, perguntas ou enunciados negativos podem confundir os estudantes e induzir ao erro.

7. Ao redigir os distratores use opções plausíveis, condizentes com a pergunta. Todas as opções devem ser do mesmo domínio, pertinentes e estar relacionadas à pergunta. Evite transformar uma opção correta afirmativa em uma opção incorreta apenas pelo acréscimo de uma palavra negativa.
8. Evite repetir palavras que estão no enunciado nos distratores, principalmente na resposta correta. A repetição de palavras que estão no enunciado na opção de resposta, pode fornecer dica para a resposta correta.
9. Elabore opções de respostas sucintas, de fácil leitura e compreensão. Opções longas ou complicadas, que precisam ser lidas muitas vezes ou podem confundir pelo excesso de palavras e necessidade extenuante de leitura, desestimulam a resposta do estudante e aumentam o tempo de avaliação.
10. Os distratores devem ser redigidos com comprimento similar. Devem ser homogêneos em relação à extensão do texto.
11. O comprimento e contexto da resposta correta devem ser semelhantes aos dos distratores. Todas as opções devem ser harmônicas em relação à extensão do texto.
12. A linguagem e estrutura das opções devem ser homogêneas. As opções de resposta devem tratar do mesmo assunto e pertencer à mesma dimensão. O ideal é que apenas um assunto seja usado para elaborar as opções e que elas sejam apresentadas de forma padronizada. Por exemplo, se a pergunta é sobre um tratamento indicado para determinado caso, todas as opções devem ser “um tipo de tratamento” para que o estudante possa escolher a opção correta.
13. Opções repetidas várias vezes ou que sejam muito parecidas podem mostrar tendência para quais são as possíveis respostas e favorecer a identificação da resposta correta. Evite elaborar um distrator fazendo a combinação de termos corretos e errados na mesma opção de resposta e designar como resposta correta aquela que tenha a combinação apenas dos termos corretos. A presença desse tipo de distrator e a repetição desses distratores podem contribuir com dica para a resposta correta.
14. Elabore opções distintas e independentes, sem que uma seja mais completa que a outra. Evite opções que são parecidas e que apresentam informações que complementam as outras opções. A resposta correta não deve ser convergente por apresentar as informações, contidas nas outras opções, de forma mais completa.

15. Bons distratores podem ser elaborados levando em conta os erros comuns que os estudantes comentem em relação ao tema abordado. Evite usar como distrator as frases “todas as anteriores” ou “nenhuma das anteriores”. Usar esses tipos de frases como distrator pode favorecer a eliminação de uma opção de resposta caso o estudante identifique alguma outra opção que não se encaixe em uma dessas opções. A opção “nenhuma das anteriores” ainda leva o estudante a imaginar que há uma resposta correta que não está descrita nas opções, o que não avalia de fato o conhecimento sobre o assunto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Itens de Múltipla Escolha são utilizados com frequência em avaliações importantes e a elaboração de itens deve ser um tema abordado e discutido frequentemente no processo de formação contínua dos docentes.

O conhecimento sobre as diretrizes utilizadas na redação de itens, bem como as características psicométricas de um bom IME, além de planejamento, treinamento e preparo contribuem para a elaboração de itens de boa qualidade.

Ao desenvolver esta pesquisa foi possível compreender a respeito de diferentes processos de avaliação e principalmente refletir sobre a qualidade dos itens de múltipla escolha e a importância do preparo do docente na elaboração de itens.

Por outro lado, surgiram novas inquietações no sentido de compreender a aptidão dos docentes no processo de elaboração de itens a fim de entender como foram elaborados os IME para compor tanto o Teste de Progresso quanto outras provas, qual o conhecimento e a preparação dos docentes para a elaboração de IME e ainda quanto o treinamento e capacitação docente pode contribuir para melhorar a qualidade das avaliações que utilizam IME.

REFERÊNCIAS

ABDULGHANI, H. M. *et al.* Faculty development programs improve the quality of Multiple Choice Questions items' writing. **Scientific Reports**, v. 5, Article number: 9556, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/srep09556.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

ABDULGHANI, H. M. *et al.* Effectiveness of longitudinal faculty development programs on MCQs items writing skills: A follow-up study. **Plos One**, v. 12, e0185895, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185895>. Acesso em: 08 jan. 2018.

ALFARIS, E. *et al.*, A One-day dental faculty workshop in writing multiple choice questions: an impact evaluation. **J. Dent. Educ.**, v. 79, n.11, p. 1305–1313, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26522635/>.

ALI, S. H.; RUIT, K. G. The impact of item flaws, testing at low cognitive level, and low distractor functioning on multiple-choice question quality. **Perspect. Med. Educ.**, v. 4, n. 5, p. 244-251, out. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26350082/>.

COUGHLIN, P. A.; FEATHERSTONE, C. R. How to Write a High-Quality Multiple-Choice Question (MCQ): A Guide for Clinicians. **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, v. 54, n. 5, p. 654-658, nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28870436/>.

FERRAZ, A. P. C. M.; BELHOT, R.V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest. Prod.** [online], São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421- 431, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2010000200015&script=sci_abstract&tlng=pt.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HALADYNA, T. M.; DOWNING, S. M.; RODRIGUEZ, M. C. A Review of Multiple-Choice Item-Writing Guidelines for Classroom Assessment. **Applied Meas. Educ.**, v. 15, n. 3, p. 309–334, 2002. Disponível em: https://sites.educ.ualberta.ca/staff/ldelia/M'Choice'Tests=Haladyna_Guidelines_AME_2002.pdf.

IRAMANEERAT, C. The Impact of Item Writer Training on Item Statistics of Multiple-Choice Items for Medical Student Examination. **Siriraj Med. J.**, v. 64, n. 6, p. 178-182, 2012. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Impact-of-Item-Writer-Training-on-Item-of-Items-Iramaneerat/952b22c39205c3b805d346a5cbe00ca836eb1371>.

KAUARK, F. *et al.* **Metodologia da pesquisa**: guia prático. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

KRATHWOHL, D. A Revision of Bloom's Taxonomy: an overview. **Theory into Practice**, v. 31, n. 4, p. 212-218, 2002. Disponível em: <https://www.depauw.edu/files/resources/krathwohl.pdf>.

NEDEAU-CAYO, R.; LAUGHLIN, D.; HALL RUS, J. H. Assessment of item-writing flaws in multiple-choice questions. **J. Nurses Prof. Dev.**, v.29, n. 2, p. 52-57, mar.\abr. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23657034/>.

PANIAGUA, M. A. *et al.* **Construindo as perguntas do teste escrito para ciências básicas e clínicas**. NBME, Philadelphia, 2016.

SCULLY, D. Constructing multiple-choice items to measure higher-order thinking. **Pract. Assess. Res. Evaluat.**, v. 22, n. 4, p. 1–13, 2017. Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1355&context=pars>.

SILVA, V. A.; MARTINS, M. I. Análise de questões de física do ENEM pela taxonomia de Bloom revisada. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.** (Belo Horizonte) [online], v. 16, n. 3, p. 189-202, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-21172014000300189&script=sci_abstract&tlng=pt.

TARIQ, S. *et al.* Evaluation of cognitive levels and item writing flaws in medical pharmacology internal assessment examinations. **Pak. J. Med. Sci.**, v. 33, n. 4, p. 866-870, jul.\ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5648954/>.

TARRANT, M. *et al.* The frequency of item writing flaws in multiple-choice questions used in high stakes nursing assessments. **Nurse Educ. Today.**, v. 26, n. 8, p. 662-671, dez. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17014932/>.

TARRANT, M.; WARE, J. Impact of item-writing flaws in multiple-choice questions on student achievement in high-stakes nursing assessments. **Med. Educat.**, v. 42, n. 2, p. 198–206, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18230093/>.

ZUKOWSKY-TAVARES, C. Teoria da Resposta ao Item: uma análise crítica dos pressupostos epistemológicos. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 24, n. 54, p. 56-76, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/1902>.

NOTA DOS AUTORES

ALEXANDRA CRISTINA CRUZ CARLINI

Fisioterapeuta

Gerente de Reabilitação do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Mestranda em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo

(UNIFESP/CEDESS)

Ensino em Ciência da Saúde – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Especialista em Neurologia Infantil

Especialista em Apoio Matricial- Atenção Primária (UNICAMP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/4267431183312221>

AMANDA MACITELLI BASTOS

Fisioterapeuta

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Educação Especial

Link: <http://lattes.cnpq.br/9600178090907916>

ANA MARIA PEDROSO DE CAMPOS NETA

Odontóloga

Prefeitura Municipal de São Paulo – Gerência Técnica de Ensino e Pesquisa do Hospital do Servidor Público Municipal

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Preceptoría no SUS Especialista em Bioética pela Universidade de São Paulo

Especialista em Saúde Pública

Especialista em Ortodontia

Especialista em Anatomia Cirúrgica da Face

Link: <http://lattes.cnpq.br/9005714652024007>

ANTONIO CARLOS SANSEVERO MARTINS

Médico

Professor. Curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima

Doutorado em Saúde Materno-infantil (IMIP)

Mestrado em Educação de Profissionais de Saúde (Universidade de Maastricht, Holanda)

Especialista em Pediatria e Cirurgia Pediátrica (UFU)

Link: <http://lattes.cnpq.br/6943170229281424>

BEATRIZ JANSEN FERREIRA

Enfermeira

Assessora para a formação de recursos humanos em saúde.

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Pós-doutorado em Ciências da Saúde (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Educação (UNICAMP)

Especialista em Enfermagem do Trabalho

Link: <http://lattes.cnpq.br/2401449110051240>

CIBELE FERNANDES DE OLIVEIRA

Bibliotecária (Ciência da Informação)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Link: <http://lattes.cnpq.br/2814978898276205>

CRISTINA ZUKOWSKY TAVARES

Pedagoga

Docente Pesquisadora. Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde (UNASP-SP)

Pós Doutorado em Ensino para as Ciências da Saúde (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Educação – Currículo (PUC-SP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/0894965552065529>

DAIANNY SEONI DE OLIVEIRA

Bibliotecária

Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Especialista em Tecnologia e Sistemas de Informação (UNISANTA)

Link: <http://lattes.cnpq.br/4811679938448350>

DANIEL MARQUES DOS SANTOS

Técnico/Tecnólogo em Radiologia

Universidade Federal de São Paulo

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Link: <http://lattes.cnpq.br/5363064909749911>

DANIELA OLIVEIRA DE CARVALHO VERÍSSIMO E MELO

Terapeuta Ocupacional

Doutoranda em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades (USP)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (CETO-SP)

Especialista em Aprimoramento em Saúde Mental Multiprofissional (FUNDAP/PAP/SES)

Link: <http://lattes.cnpq.br/9453653275655096>

DANTE MARCELLO CLARAMONTE GALLIAN

História

Professor. Universidade Federal de São Paulo

Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi)

Professor no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/CEDESS) e no

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNIFESP)

Pós-doutoramento (École des Hautes Études en Sciences Sociales – Paris, França)

Doutorado e Mestrado em História Social (USP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/6044992821022223>

DULCIMAR BATISTA ALVES

Fisioterapeuta

Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Acupuntura pela Faculdade (CBES)

Fisioterapeuta concursada na UNIFESP

Preceptora do Curso de Especialização em Fisioterapia Motora Hospitalar e Ambulatorial na área de Neurologia Adulto

<http://lattes.cnpq.br/3967882054018234>

ELEN CRISTINA NASCIMENTO DE ARAUJO TOMBI

Fisioterapeuta

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Fisiologia do Exercício (USP)

Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional (Universidade Gama Filho)

Link: <http://lattes.cnpq.br/8399074925061955>

FERNANDA BARBOSA PINTO DE FARIA

Fisioterapeuta

Professora. Cursos de Acupuntura e Massoterapia

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/0559149429001814>

FLÁVIO DIAS SILVA

Médico

Professor. Universidade Federal do Tocantins e na Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde – ITPAC (Palmas-TO)

Especialista em Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Link: <http://lattes.cnpq.br/1102422313191390>

IRANI FERREIRA DA SILVA GERAB

Biomédica

Professora Adjunta. Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Doutorado e Mestrado em Ciências Biológicas – Biologia Molecular (UNIFESP)

Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior (FIOCRUZ)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/2808787853025159>

LIDIA RUIZ-MORENO

Ciências Biológicas

Professora Adjunta aposentada (UNIFESP – CEDESS)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Pós-doutorado Ciências da Saúde (UNIFESP)

Pós-Doutorado – Instituto de Química (USP)

Doutorado em Ciências Biológicas (Universidad Nacional de Córdoba- Argentina)

Especialista em Ativação de Processos de Mudanças em cursos da saúde (FIOCRUZ)

Aperfeiçoamento em Plan Básico de Formação Docente (Universidad Nacional de Córdoba, UNC, Argentina)

Link: <http://lattes.cnpq.br/9956782921722263>

LUÍS GARCIA ALONSO

Médico

Professor Associado, Livre-Docente. Departamento de Morfologia e Genética da Escola Paulista de Medicina.

Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde (CEDESS/UNIFESP)

Universidade Federal de São Paulo

Especialista em Genética Clínica e Dismorfologia (UNIFESP)

Especialista em Genética Clínica (AMB-Sociedade Brasileira de Genética Clínica)

Mestrado em Morfologia – Genética (UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/2101345650666445>

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FREITAS

Pedagoga

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Pós-Doutorado em Formação Docente em Saúde para o Ensino Superior (UNIFESP)

Doutorado em Ciências (UNIFESP)

Mestrado Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP)

Especialização em Educação em Saúde (UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/9156364877791456>

MARIA STELLA PECCIN

Fisioterapeuta

Professor Adjunto. Departamento de Ciências do Movimento Humano

Universidade Federal de São Paulo-campus Baixada Santista

Doutorado em Ciências (UNIFESP)

Mestrado em Reabilitação (UNIFESP)

Especialista em Metodologia do Ensino Superior Especialista em Aparelho Locomotor no Esporte

Pesquisadora do Centro Cochrane do Brasil

Link: <http://lattes.cnpq.br/0428199048138850>

NARA REJANE CRUZ DE OLIVEIRA

Educadora Física

Professora Associada. Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista,

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP/campus Baixada Santista)

Doutorado em Educação (USP)

Mestrado em Educação Física (UNICAMP)

Especialização em Educação Física Escolar (Universidade Estadual de Goiás)

Link: <http://lattes.cnpq.br/5610581984121401>

NILDO ALVES BATISTA

Médico

Professor Titular. Universidade Federal de São Paulo

Livre-Docente em Educação Médica (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Medicina – Pediatria (USP)

Professor no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS) e Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP-BS)

Membro Titular da Academia de Medicina de São Paulo (Cadeira 104, cujo Patrono é Otto Guilherme Bier)

Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/9347541615414055>

OTÍLIA MARIA LÚCIA BARBOSA SEIFFERT

Psicóloga

Professora Visitante. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Doutora em Psicologia da Educação (PUCSP)

Mestrado em Educação Comparada (University of Texas/Austin/USA)

Pesquisadora da Rede Universitas/BR

Consultora nas áreas de educação e saúde

Link: <http://lattes.cnpq.br/0809341121492385>

PAULO RICARDO GIUSTI DA SILVA

Médico

Professor convidado no Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia (UNIFESP)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Ortopedia (SBOT)

Especialista em Metodologia do Ensino Superior (PUC-RS)

Link: <http://lattes.cnpq.br/7926107875266208>

REGINA CELIA COELHO DE MORAES

Nutricionista

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Nutrição Clínica (Escola de Saúde Pública de Minas Gerais)

Especialista em Gestão Hospitalar (Escola de Saúde Pública de Minas Gerais)

Especialista em Gestão e Saúde (FIOCRUZ)

Link: <http://lattes.cnpq.br/6241378658465531>

RITA MARIA LINO TARCIA

Pedagoga

Professora Adjunta. Departamento de Informática em Saúde (DIS)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS)

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Linguística: Semiótica e Linguística Geral (USP – FFLCH)

Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UNIFESP).

Link: <http://lattes.cnpq.br/5091970329164141>

ROSANA APARECIDA SALVADOR ROSSIT

Terapeuta Ocupacional

Professora Visitante. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Professora Aposentada. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP- campus Baixada Santista)

Professora no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (UNIFESP-CEDESS),

Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP-BS) e Pós-Graduação em Enfermagem (UFSCar)

Pós-Doutorado em Ensino na Saúde/UNIFESP Pós-Doutorado na Aplicabilidade da Análise do Comportamento (FAPESP/LAHMIEI/UFSCar) Doutorado e Mestrado em Educação Especial (UFSCar)

Especialista em Programa de Desenvolvimento Docente para as Profissões da Saúde (FAIMER/Universidade Federal do Ceará)

Consultora nas áreas de educação e saúde

Link: <http://lattes.cnpq.br/3333865775403342>

SANAY VITORINO DE SOUZA

Enfermeira

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Hospital Universitário Getúlio Vargas (UFAM)

Doutoranda no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP – campus Baixada Santista)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Educação na Saúde e Terapia Intensiva Adulto

Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS)

Link: <http://lattes.cnpq.br/9175102974834356>

SÍLVIA CRISTINA BORRAGINI-ABUCHAIM

Biomédica

Servidora técnico-administrativa. Departamento de Morfologia e Genética da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Link: <http://lattes.cnpq.br/2098927080644605>

STELLA MARIS SEIXAS MARTINS

Médica

Professora. Universidade Federal de Roraima Coordenadora Geral do Internato Médico (UFRR)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Residência Médica em Pediatria (Universidade Federal de Uberlândia)

Especialista em Pediatria (SBP)

Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica (AMIB)

Link: <http://lattes.cnpq.br/9667034153158266>

SUELI PEDROSO

Pedagoga

Secretária. Universidade Federal de São Paulo

Membro do Conselho Diretor do CEDESS/UNIFESP

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Especialista em Educação em Saúde (UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/6095670205317236>

SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA

Psicologia

Professora. Departamento Saúde, Educação e Sociedade.

Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista

Professora nos Programas de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Ensino em Ciências da Saúde e

Interdisciplinar em Ciências do Mar

Livre Docente em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP)

Doutorado e Mestrado em Educação – Psicologia da Educação (PUC-SP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/7402359906381953>

YURI BITTAR

Designer Industrial, fotógrafo e historiador

Doutorando no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP-BS)

Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/CEDESS)

Coordenador do Laboratório de Humanidades (CeHFi-UNIFESP)

Link: <http://lattes.cnpq.br/7039684681468178>

FONTES CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR 10520: informação e documentação – citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 24p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/psicoeduc/arquivos/abnt-nbr-6023-referencias.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR 6023: informação e documentação – referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 74p. [atualizada]. Disponível em: <http://www.fkb.br/arquivos/nbr.pdf>.

IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Normas de apresentação tabular I Fundação Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística, Centro de Documentação e Disseminação de Informações. – 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.



Venda Proibida - Distribuição Gratuita