

# Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde

Teaching-service integration: experience as a health training strategy

(abstract: p. 16)

Integración enseñanza-servicio: la experiencia como estrategia formativa en salud (resumen: p. 16)

Alana Pereira Rodrigues<sup>(a)</sup>

<alanapr@gmail.com> 

Maristela Dalbello-Araújo<sup>(b)</sup>

<dalbello.araujo@gmail.com> 

Welington Serra Lazarini<sup>(c)</sup>

<welingtonsl@hotmail.com> 

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Avenida Marechal Campos, 1468. Vitória, ES, Brasil. 29047-105.

<sup>(b)</sup> Psicóloga. Vitória, ES, Brasil.

<sup>(c)</sup> Departamento de Enfermagem, UFES. Vitória, ES, Brasil.

A formação em Saúde no Brasil construiu uma prática desarticulada da realidade, mas a integração ensino-serviço tem se mostrado potente diante desse problema. Analisou-se a influência da participação de profissionais de saúde em iniciativas de integração ensino-serviço na formação e seus reflexos na prática. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com entrevista de oito profissionais, utilizando a técnica de entrevistas narrativas e "Análise de Conteúdo". Duas categorias emergiram: "A importância dos cenários reais para a formação em Saúde" e "O trabalho em equipe e a necessidade do desenvolvimento de competências colaborativas". O mergulho na experiência oportunizou a obtenção de conhecimentos que extrapolam os recursos que um currículo tradicional pode ofertar.

**Palavras-chave:** Capacitação profissional. Prática profissional. Aprendizado baseado em problemas. Sistema único de saúde. Política de saúde.

## Introdução

A reforma sanitária, no ordenamento de formação dos trabalhadores, inovou ao promover a interface entre saúde, educação e trabalho<sup>1</sup>. Essa aproximação objetivou incentivar mudanças na lógica de trabalho dos profissionais de saúde, para que busquem compreender e responder aos principais problemas de saúde da população. Diante disso, a integração ensino-serviço emergiu como um dos principais elos no processo de reorientação do Sistema de Saúde, entendendo que é preciso pensar o trabalho em saúde não como mera capacidade de executar procedimentos biomédicos, mas como campo de invenção e experimentação de atos cuidadores<sup>2</sup>.

Ao longo dos anos, visando transformar essa realidade, algumas políticas de incentivo e melhoria foram implementadas com um esforço no sentido de integrar ensino-serviço<sup>3</sup>. No início do século 21, a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), formuladas pela parceria entre Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), é um marco desse processo. Fruto de um longo percurso de debates, a estruturação das DCNs teve o objetivo de reorientar a formação dos profissionais de saúde no Brasil alinhada às novas exigências que a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) impunha. Assim, as diretrizes são fruto de um amplo processo que abarcou questões políticas, econômicas, sociais e culturais<sup>4</sup>. A intenção era possibilitar aos profissionais de saúde uma formação generalista, crítica, reflexiva e com base na realidade de vida dos sujeitos que vão buscar ajuda para seus problemas<sup>3</sup>.

Embora as DCNs estivessem postas nos currículos, sua implementação apresentava dificuldades. Assim, a criação do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) em 2005, seguido pelo Pró-Saúde II, desempenhou papel fundamental para a efetivação das DCNs. Esses programas se constituíram pelas orientações teórica, pedagógica e pelos cenários de práticas que são os de maior impacto, uma vez que incentivaram, de forma inequívoca, a aproximação da academia com os serviços de saúde, o que trouxe importantes mudanças na construção dos currículos dos cursos da área da Saúde<sup>5</sup>.

O acompanhamento e o monitoramento do Pró-Saúde, que permitiram identificar os desafios e possibilidades do programa, lançaram as bases para a criação do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) em 2009. Embora o PET se aproximasse dos pressupostos do Pró-Saúde, sua ação se tornou mais focada nos cenários de prática e no processo de ensino aprendizagem no âmbito dos serviços, articulando estudantes, docentes, serviços de saúde e usuários do sistema<sup>5</sup>.

Em um levantamento feito por Castro, Cardoso e Pena<sup>6</sup>, foram evidenciadas algumas fragilidades nas DCNs das profissões da área da Saúde, como não haver menção aos termos políticas públicas e SUS em 10 dos 14 cursos. Todavia, o trabalho apontou ainda que alguns cursos demonstraram avanços em suas diretrizes, como é o caso das DCNs do curso de Medicina (2014) e do curso de Farmácia (2017), que estabeleceram essa articulação entre formação profissional e o seu papel perante a compreensão das políticas públicas e a dinâmica organizativa do SUS<sup>6</sup>.

Desse modo, ainda que os movimentos e políticas desencadeados pelas DCNs tenham oscilado em intensidade e concentração nas diferentes categorias profissionais, têm conseguido produzir mudanças concretas nos processos formativos para a área da Saúde, sendo a integração ensino-serviço uma estratégia potente nesse percurso, com vistas à formação de trabalhadores de saúde em sintonia com as necessidades da população e em consonância com os pressupostos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro<sup>7</sup>.

Os trabalhos de Almeida, Teston e Medeiros<sup>3</sup>, Feurwerker e Capozzolo<sup>8</sup> e Kastrup<sup>9</sup> sugerem que pensar as políticas de formação baseadas na integração ensino-serviço urge como uma necessidade, a fim de construir um processo formativo para além da informação. O exercício de aproximação entre os alunos e os territórios vivos, permeados de pluralidades de aspectos sociais e afetivos, mostra-se como fundamental para a construção de uma prática profissional centrada no indivíduo<sup>10</sup>.

Kastrup<sup>9</sup> propõe a ideia de um mergulho na experiência, ou seja, colocar os estudantes em contato direto com pacientes reais, suas semióticas, seus territórios existenciais, suas redes sociais e afetivas, sua organização de vida e modo de existência peculiares. Essa estratégia se mostra potente para fomentar o desejo e o desafio da invenção e da reinvenção das práticas cotidianas em função das exigências concretas<sup>9</sup>.

Neste artigo, a experiência é compreendida como aquilo que nos faz sentido e que nos toca. Segundo Bondía<sup>11</sup>, o exercício da experiência requer disponibilidade, abertura ao outro e receptividade. Todavia, a modernidade forjou um indivíduo obcecado pela informação, e seu acúmulo não abre espaço para a experiência. Nesse sentido, o sujeito moderno está mergulhado em um processo de formação acelerada, que a cada instante precisa estar atualizado e que tem aversão à ideia de “perder tempo”<sup>11</sup>.

Assim, a educação formal, historicamente restrita à sala de aula, tem se configurado em um conhecimento sólido e arrogante. Em outra perspectiva, a formação pela experiência torna o sujeito consciente dos seus limites, devendo, portanto, ocupar lugar de destaque na educação formal<sup>12</sup>. Assim, esse conhecimento obtido pela experiência é capaz de problematizar os sentidos e os afetos do sujeito no próprio decurso dos processos educativos formais, não sendo um mero registro cognitivo de um sistema de convicções, mas um potente conjunto de referentes provisórios e mutantes<sup>12</sup>.

Assim, o presente artigo tem por objetivo analisar a influência da participação de profissionais de saúde em iniciativas de integração ensino-serviço e seus reflexos nas práticas de saúde.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que se caracteriza fundamentalmente pela obtenção de dados mediante interação do pesquisador com a situação e o objeto de estudo, em que a subjetividade sai de um lugar coadjuvante para ser compreendida como protagonista no processo de pesquisa<sup>13</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida em campo, na região metropolitana de Vitória-ES, entre agosto de 2017 e janeiro de 2018. Utilizou-se a entrevista narrativa como técnica de coleta de dados, que se caracteriza por narrar uma atividade relacional envolvendo uma pessoa que, ao falar, consulta a história inteira da vida, e uma outra pessoa que, como ouvinte, pratica uma escuta atenta<sup>14</sup>. Essa estratégia possibilita não apenas a transmissão de conhecimento sobre uma realidade, mas se apresenta como uma forma de construí-la, permitindo a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e nos valores que embasam as ações dos entrevistados<sup>15,16</sup>. Garantindo a privacidade e o tempo suficiente para o desenvolvimento da estratégia, iniciou-se a entrevista com a pergunta geradora: Como foi a sua formação profissional em Saúde? Em seguida, os participantes do estudo foram convidados a responder à seguinte pergunta: Você poderia me contar como é hoje a sua prática profissional?

As questões tiveram o propósito de desvelar se o entrevistado acreditava que a experiência na iniciativa de integração ensino-serviço impactou de alguma forma sua formação profissional e, se sim, de que maneira. Além disso, buscaram identificar se o participante do estudo utiliza algum conhecimento adquirido durante sua vivência nas práticas de saúde.

Os critérios para a inclusão dos participantes da pesquisa foram: ser profissional de saúde, ter atuação mínima de um ano de trabalho, exercendo a profissão na qual se graduou, independentemente do local de atuação, e ter participado de alguma das iniciativas de integração ensino-serviço coordenada pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) durante sua formação, tais como o “Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS)”<sup>17</sup>, o “Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde (PET-Saúde)”<sup>18</sup> e o “Programa de Educação pelo Trabalho – Redes de Atenção (PET-Redes)”.

A escolha por tais projetos reside na sistemática adesão aos editais do VER-SUS e do PET pelo município de Vitória-ES em parceria com a Ufes, o que possibilitou uma ampla experiência e compreensão da integração ensino-serviço como dispositivo de formação em Saúde. Os encontros oportunistas entre os alunos de diferentes cursos de Graduação, os trabalhadores dos serviços – em vários pontos da rede de saúde – e a população ao longo de vários anos, provocaram o acúmulo de experiências capazes de sustentar as análises descritas posteriormente.

Para seleção dos participantes, utilizou-se amostra não probabilística, indicada para populações de difícil acesso, que utiliza a ideia de cadeias de referência, denominada método “bola de neve”<sup>19</sup>. A amostragem por bola de neve tem início com documentos e/ou informantes-chave e as pessoas com quem a pesquisa se inicia são chamadas de sementes<sup>20</sup>. As sementes foram buscadas pela indicação dos relatórios e registros dessas iniciativas, fornecidas pela Ufes. Assim, um participante (semente) indica o seguinte e assim por diante.

Seguindo essa metodologia de amostragem, foram entrevistados oito profissionais, garantindo representatividade de todos os cursos de Graduação envolvidos no total das iniciativas, a saber: Enfermagem, Medicina, Farmácia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Chegou-se a esse número por critérios de saturação, obtidos principalmente em relação à homogeneidade dos dados, ou seja, atributos definidos pelo pesquisador como essenciais, presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos sujeitos<sup>21</sup>.

As entrevistas narrativas foram gravadas, transcritas e categorizadas pela “Análise de Conteúdo”<sup>22</sup>. O grande volume de material foi sistematicamente lido e dele se extraíram os núcleos de sentido que originaram as categorias. Após essa ordenação, os conteúdos foram cotejados com a literatura de referência e, para melhor entendimento, são apoiados em trechos das entrevistas nomeados pela letra “E” e numerados de 1 a 8.

Esta pesquisa é fruto da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Formação e prática do profissional de saúde: um mergulho na experiência”. Salienta-se que, para a realização deste estudo, as normativas que envolvem a ética em pesquisa com seres humanos, constatadas nas Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016, foram observadas. Tal pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Ufes, sob número CAAE 66472217.8.0000.5060.

## Resultados e discussão

Duas categorias emergiram do processo de sistematização e análise e, de certa forma, sintetizaram as ideias dos participantes: 1) A importância dos cenários reais para a formação em Saúde e 2) O trabalho em equipe e a necessidade do desenvolvimento de competências colaborativas.

### A importância dos cenários reais para a formação em Saúde

Para Kastrup<sup>9</sup>, o mergulho na experiência é a aposta de uma formação construída coletivamente pelos alunos, equipe de saúde, usuários do sistema e instituições, com vistas a constituir profissionais mais habilitados e disponíveis para um trabalho de qualidade, centrado no usuário. Esse contato profundo faz os serviços de saúde deixarem de ser somente cenário onde as práticas se passam e se tornam elementos fundamentais do processo formativo.

Você vai para a sala de aula e vê muita coisa, mas você aprende mesmo na hora que está lá na ponta. Você precisa estar na ponta para poder entender como funciona todo esse esquema e as coisas que você foi vendo. (E. 2)

Nesse sentido, Foucault<sup>23</sup> traz a concepção de que se, por um lado, a teoria se relaciona a certo domínio sobre algo que pode ser aplicado a outros domínios, a prática coloca-se como um conjunto de revezamentos entre teorias e práticas<sup>23</sup>. Ou seja, nenhuma teoria pode se

desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar esse muro<sup>23</sup>. Nessa perspectiva, as narrativas elucidam que existem ferramentas teóricas e práticas fornecidas pelas iniciativas de integração ensino-serviço e que, por sua essência, escapam às possibilidades de serem compreendidas durante as aulas tradicionais.

Acho que é a vida, as pessoas, os encontros e agenciamentos diferentes que a gente não vê, e nem imagina. Claro que tem o encontro daquilo que você viu na sala de aula acontecendo ali no real, que é fantástico ver que aquilo que você aprendeu realmente acontece. E que às vezes é daquela maneira e às vezes não é daquela maneira. E aí é um desafio: o que eu faço com aquilo ali agora? Como é que eu vou inserir aquilo que eu aprendi na situação que eu estou passando agora? (E. 2)

Autores apontam que parte dos currículos dos cursos de Saúde se apresenta defasado diante das demandas da população e do próprio SUS<sup>3,24</sup>. Ao contrário do que nos impele pensar, não está posta em análise a qualidade ou a importância das aulas tradicionais, mas sim o fato de que há algo inerente ao estar inserido no serviço e ser afetado pelo que se passa naquele lugar, que desperta um aprendizado de outra ordem, extrapolando o alcance do currículo tradicional.

O crescimento que me proporcionou eu não iria encontrar em 10 anos de sala de aula. (E. 2)

Por melhores que sejam as aulas, com seus recursos pedagógicos e tecnológicos cada vez mais sofisticados e inovadores, elas não dão conta do trabalho vivo em ato<sup>25</sup>. O motivo, que apesar de simples guarda grande complexidade, é que a vida e a saúde se fazem no cotidiano das relações humanas e nas inúmeras formas de existir no mundo.

Ainda que os desenhos formativos em saúde hegemônicos no Brasil sejam obstáculos para a produção de outros padrões de pensamento clínico e de perfis mais SUS-implicados, as narrativas mostram que a participação nas iniciativas de integração ensino-serviço foi importante no sentido de fortalecer esse aprendizado destoante da formação tradicional<sup>24</sup>. O mergulho na experiência mostra-se potente, pois possibilita ao indivíduo reorientar seus equívocos e indefinições pela ordem da existência, não apenas de maneira cotidiana ou técnica<sup>26</sup>. O sujeito aprende no movimento de sua prática – guiada pela curiosidade e pela liberdade – que, mesmo sujeita a limites, se encontra em permanente exercício<sup>26</sup>.

O dito mergulho na experiência envolve fundamentalmente um encontro consigo mesmo, uma vez que estar no território do outro convida a um processo de deslocamento para compreender esse novo mundo<sup>9</sup>. A exposição das fragilidades, das dificuldades e dos desafios como inerentes às potencialidades, aos sucessos e às conquistas cotidianas desvirtualiza os registros científicos estudados em sala de aula<sup>27</sup>. Esse processo torna os sujeitos mais sensíveis a outros pontos de vista referentes aos modos de vida, sobre os quais as aulas tradicionais encontram opiniões cristalizadas<sup>8</sup>.



La fazer visita nas casas com os enfermeiros e era muito diferente da realidade onde vivo. Via famílias carentes com seis, cinco filhos que conseguiram viver com R\$ 800,00, R\$ 900,00 e me assustei muito. Pensava como consegue viver? A gente ficava discutindo: a família assim e tal, que fui visitar hoje era muito carente, não tinha saneamento básico. Isso me impressionou muito. (E. 3)

Ao entenderem-se como parte daquele processo, os alunos também se percebem responsáveis por ele, o que propicia maior disponibilidade para experimentar, como sujeito, outras possibilidades e formas de ver o mundo. Reside, nessa aproximação com os serviços e com o cotidiano da população, o elemento desconstrutor da cultura do dito profissional neutro<sup>28</sup>.

Vários relatos explicitam o desenvolvimento de uma relação afetiva dos sujeitos com o território, com os colegas, os professores, os preceptores, os facilitadores, o serviço e os usuários. Essa conexão afetiva provoca nos sujeitos a necessidade de articular ideias, operacionalizar conceitos e negociar, tornando-os mais confiantes em sua intervenção, inclusive na tomada de decisões<sup>28</sup>.

Existe uma proposta de como fazer o trabalho. E você vai observando como as coisas caminham. Uma hora caminha para uma direção, outra hora não. Tem as dificuldades que são inerentes também. E você conseguir lidar com alguns conflitos que às vezes acontecem. Algumas situações que aparentemente fogem do controle, mas que te fazem pensar um pouco além do que você tinha proposto. (E. 7)

Esse processo contribui para que o estudante seja capaz de propor novas soluções aos problemas que afetam as pessoas e as populações, construindo um profissional menos autoritário, mais seguro e mais consciente de seu papel social<sup>29</sup>. Além disso, sinaliza a importância do planejamento estratégico, uma vez que as atividades propostas pela equipe podem ser alteradas de acordo com as demandas da realidade. Vemos, então, o desenvolvimento de uma atitude empática com os usuários, tendo como base a aproximação do estudante com a vida das comunidades, contribuindo para desenvolver olhares críticos e voltados para os problemas reais da população<sup>29</sup>. Para Freire<sup>26</sup>, respeitar a dignidade e a autonomia se compreende não como favor, mas como um imperativo ético.

É a vida do outro. A gente via uma realidade muito diferente da nossa. Eram relações familiares, questão de brigas, a própria questão do tráfico, que você tem que lidar com aquilo. Você aprende a lidar com aquela situação, com aquelas pessoas, o que falar, como falar. Apesar de tudo era uma comunidade que era frágil e carente em algumas situações. Então assim, lidar com o outro, para gente era muito sério. (E. 2)

Esse encontro com a vida e o mundo se apresenta como uma potência para redimensionar como o próprio sujeito se reconhece<sup>30</sup>. É partindo desse novo olhar sobre si mesmo que os sujeitos conseguem construir perspectivas mais ampliadas sobre a complexidade do campo da Saúde<sup>9</sup>. Essa nova concepção produziu rupturas e impulsionou os sujeitos a realizarem intervenções centradas nos usuários.

A gente conseguia fazer visitas domiciliares desses pacientes, conhecer um pouco como era a rotina de casa, as dificuldades que ele enfrentava, o quanto essas dificuldades refletiam para que aquele paciente chegasse a esse serviço de saúde, com algumas necessidades, algumas demandas. (E. 7)

A “vida dos usuários” possibilita compreender o conceito ampliado de saúde, bem como as necessidades em saúde da população. Convoca os sujeitos a articularem o aprendizado das aulas tradicionais, suas próprias questões pessoais e os modos de vida presentes no território<sup>28</sup>. Considerar essa dimensão do usuário passa a ser um procedimento não somente técnico, mas também ético e político. Essa aproximação propicia o desenvolvimento de alguns aspectos de humanização do cuidado, como solidariedade e empatia, além de trazer mais segurança para planejar intervenções em conjunto pensando de maneira mais ampliada<sup>31</sup>.

## **O trabalho em equipe e a necessidade do desenvolvimento de competências colaborativas**

A compreensão dos modos de vida, das formas pelas quais os usuários costumam os territórios, acessam outros equipamentos, exploram suas redes de apoio e explicitam suas experiências tornou clara a noção de que a saúde se relaciona a questões sociais, não se restringindo ao campo biológico. De modo que, ao compreender as maneiras como vivem os usuários, também ficou esclarecida sua relevância nos processos de saúde e doença.

E você vai conhecer o território, entender a dinâmica do lugar. E que não é só a unidade de saúde que vai resolver, precisa de creche, escola, centro de apoio, associação de moradores. E aí você entende a saúde de fato! E que ela depende de muitas outras coisas, além do setor saúde. (E. 4)

Com isso, foi possível perceber que as iniciativas de integração ensino-serviço atuaram como fator de desconstrução das ideias de usuário reduzido a um corpo biológico, por meio do exercício de olhar para o sofrimento humano sob outros ângulos, que permite ver a expressão mais real de sua complexidade<sup>7</sup>. Essa aproximação do olhar mobilizou saberes e práticas que ajudam, agora como profissionais, a integrar um corpo de conhecimentos pautado em habilidades na Atenção à Saúde e competências alinhadas com a integralidade. Cabe ressaltar que a experiência só é possível por meio de uma lógica de disponibilidade de tempo e de estar disponível ao outro sem preconceitos ou opiniões cristalizadas pregressas<sup>11</sup>.



O encontro entre usuários dos serviços e profissionais de saúde nos territórios possibilita construir outras formas de pensar e intervir em saúde, para além do modelo biomédico. Essa percepção tem como eixo central o conceito ampliado de saúde.

A gente via se o paciente tinha alimentação direitinho, se tinha remédio.... Por que eles não estavam mais aderindo o tratamento medicamentoso? A gente fazia busca ativa! A gente ia na casa dos pacientes para saber por que não está indo tomar medicação. (E. 3)

Entender quais caminhos os usuários percorrem até receber o atendimento foi se tornando fundamental para planejar as intervenções. Ou seja, entender que a técnica não pode se efetivar de maneira apartada da vida dos usuários, pois dessa forma não produz sentido e conseqüentemente não promove saúde. Assim, o exercício da escuta e a aproximação com a realidade se tornam parte do exercício profissional.

Os aspectos elencados demandam a organização do trabalho em equipe, bem como o desenvolvimento de competências colaborativas, pois de acordo com Merhy<sup>25</sup> o mundo do trabalho exige ações coletivas que ultrapassem os núcleos profissionais.

E foi muito interessante, porque você vê na prática! Nas aulas é dentista, dentista, boca, boca, dente e dente. E ali não! Olha o dentista como gestor! Olha o dentista em uma Unidade de Saúde! (E. 1)

Ao se depararem com a complexidade da vida e dos problemas de saúde, compreendem que só se torna possível resolvê-los contando com uma multiplicidade de saberes e fazeres<sup>32</sup>.

A interação multiprofissional da odonto, a enfermagem, a visão do médico, foi muito legal! Eu acho que foi quando comecei a ver o que é ser profissional da saúde. Que eu não sou dentista: sou profissional da saúde! Porque além da boca (Risos) existe outro mundo. E aí se começa a pensar no quanto é importante entender o trabalho de toda equipe. (E. 1)

Essa interprofissionalidade na formação não significa que os saberes e os fazeres devem se homogeneizar, ao contrário, esse processo de diálogo é condição para o surgimento de um conhecimento com base nesse novo olhar mais ampliado<sup>1</sup>. As próprias narrativas seguem afirmando que o diálogo não deve suprimir as categorias, mas produzir algo entre elas, e que esse processo não é pautado em consensos, pelo contrário, é marcado pelas diferenças.

É muito real a lembrança de estar com as pessoas do VER-SUS, a gente discutindo, eu enquanto acadêmica de enfermagem – o outro como estudante de Psicologia. Cada um fazia a defesa do seu e no final a gente chegava ao consenso. Acho que perceber que isso é possível foi o mais marcante. Foi um aprendizado muito grande. A gente quebrava o pau (risos) aprendendo, na discussão mesmo. E foi muito enriquecedor, para conhecer o que o outro faz. E hoje nos espaços que eu estou, tento valorizar isso. (E. 4)

Enuncia-se também um importante aprendizado por meio desse compartilhamento de saberes. O exercício dialógico de compreensão do outro possibilita que o trabalho em saúde seja desenvolvido como expressão que ultrapassa o somatório das percepções individuais. Essa proposta representa a integração de saberes e práticas de distintas profissões no campo da Saúde.

Para os entrevistados, é clara a compreensão de que o diálogo multiprofissional é algo inerente ao exercício técnico do profissional de saúde. Não se mostrando como uma opção, uma extensão, um momento, mas como algo que pauta e subsidia as ações e condutas como profissional.

É você saber trazer os outros profissionais, para o seu processo de trabalho. E os outros da equipe te trazerem para o processo de trabalho deles, entendeu? (E. 6)

Esse processo pode garantir aos usuários uma assistência integral, ampliando as possibilidades de intervenções. Como estudantes, começam a reconhecer as habilidades de outras profissões, obtendo maior propriedade para assumir ou encaminhar os casos, quando em seu próprio exercício profissional se torna capaz de olhar o ser humano de maneira holística. Ter clareza dos papéis que cada profissão desempenha é fundamental para o avanço das competências colaborativas nos serviços, tão debatidas na educação interprofissional.

Trabalhar em conjunto com outras formações foi uma contribuição que o PET trouxe. Estar no serviço com alunos de outras formações, conseguir os saberes que cada um tinha para contribuir. Reflete na forma como você consegue enxergar esses sujeitos nas suas diversas necessidades e demandas, e você consegue perceber a integralidade. (E. 7)

As iniciativas de integração ensino-serviço questionam o lugar tradicional dos profissionais de saúde, indo ao encontro do trabalho em equipe, perpassando as competências específicas e colaborativas. Isso produz mais do que a soma das profissões no campo da Saúde<sup>33</sup>. Nesse processo, assume-se novamente a aproximação da teoria com a prática.

Tivemos uma vivência na prática. Sua experiência é maior, e você já consegue lidar melhor com os outros profissionais, porque você já teve uma vivência. E a diferença, é que além da vivência tipo de estágio, você tem os profissionais, a experiência acadêmica de estudar e ainda o intercâmbio de você ir para a prática e voltar para poder repensar aquilo que você estava vivenciando. Fui muito privilegiada por poder participar. (E. 6)

A aproximação com a rotina de trabalho aparece nas entrevistas colocando em destaque a confiança que os sujeitos recebiam das equipes de profissionais da unidade para desenvolver suas condutas e intervenções. Perceber os resultados das intervenções conjuntas no cuidado das pessoas acompanhadas produziu nos sujeitos sentimentos de satisfação e alegria<sup>8</sup>. Esse movimento fez que adquirissem algumas habilidades que reduziram o medo do mundo do trabalho e apresentassem maior segurança ao sair da Graduação.

Esse fato se relaciona à ideia de as iniciativas de integração ensino-serviço terem oportunizado a troca de conhecimentos e práticas de uma maneira horizontal, sem sobreposição de saberes<sup>34</sup>. O fato de as experiências não se distanciarem de seu caráter formativo permite afirmar que o processo de ensino-aprendizagem pode e deve romper com a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, possibilitando identificar as correlações entre os saberes e a complexidade da vida e da saúde da população<sup>35</sup>.

Os entrevistados consideraram que os participantes das iniciativas terminaram a Graduação com “algo a mais” em relação aos colegas que não participaram dessas experiências. Sentem-se beneficiados pela oportunidade de compartilhar experiências com os preceptores, aproximando-os do mundo do trabalho<sup>36</sup>.

Corroborando com a ideia de que a participação em iniciativas de Integração Ensino-Serviço contribui diretamente para a formação de um profissional de saúde que se diferencia daqueles que não tiveram essa oportunidade<sup>35</sup>, os entrevistados narraram se sentir mais preparados profissionalmente após a participação nas iniciativas.

Experiência para tudo. Acredito que o pessoal que formou, que não teve vivência do PET, ainda consegue construir a partir de agora, mas ter participado do PET é muito diferente. Às vezes o pessoal é formado, cai dentro do concurso e aí é que vai começar a experiência. (E. 3)

A percepção sobre os serviços de saúde também se modificou durante a vivência<sup>29</sup>. À medida que os estudantes entravam em contato com os serviços e percebiam, principalmente, suas potencialidades, desenvolviam uma nova concepção do SUS, superando a imagem midiática de morosidade e ineficiência, ampliando o olhar para os serviços ligados ao SUS que superam as Unidades de Saúde e os hospitais.

Esse processo fez que, além de conhecerem a rede de Atenção à Saúde, também compreendessem sob quais princípios o SUS foi construído e a importância de sua existência para uma sociedade democrática e participava.

Entender o funcionamento desse sistema! O porquê que o agente de saúde vai até a casa da pessoa, porque está sempre acompanhando, a falta que faz quando o serviço não funciona, quando essa assistência não chega, quando o bairro tem uma Unidade de Saúde muito distante, que você evita de procurar e aí você só procura em casos de muita extremidade e muita necessidade. (E. 7)

Partindo dessas compreensões, os entrevistados verbalizaram um desejo de defesa e militância pelo SUS, compreendendo-o como conquista, direito e importante nó no exercício e na efetivação da democracia. Ou seja, também se percebem como atores políticos no exercício da profissão, que não se dá mais desgarrada das questões sociais. Além disso, exercem a sua própria cidadania quando se compreendem como usuários do SUS.

Foi depois do VER-SUS que eu falei: eu tenho militância e minha militância é pela Saúde Pública. Eu acho que foi um divisor nesse sentido. O VER-SUS foi um fator decisivo para estar aqui, dentro do prédio de Saúde Coletiva, fazendo pesquisa voltada para o SUS e defender. (E. 1).

Esse processo engendrou a percepção da saúde reconhecida como direito, não como uma benesse. Portanto, exercer adequadamente seu trabalho, conforme lhe é preconizado, também se tornou exercício dessa cidadania.

## Considerações finais

O mergulho na experiência apresentou-se como um importante dispositivo, com potencial para uma aprendizagem significativa, constante e crítica, possibilitando um espaço de diálogo entre o trabalho e a educação, podendo o estudante perceber o cotidiano do cuidado e da reflexão sobre a prática profissional. Facilitou a construção de perspectivas ampliadas sobre a complexidade do campo da Saúde, que exige um modo de organização centrado no usuário, e não somente na técnica e no procedimento.

A experiência, em seu sentido mais estrito, requer tempo. E esse tempo tem sido cada vez mais escasso diante de um cenário formativo que privilegia a sofisticação tecnológica, os procedimentos de alta complexidade, a hiperespecialização e a produtividade. Além disso, a combinação de currículos fragmentados e engessados deixa pouca margem para que os futuros profissionais, de fato, se impliquem não apenas com as necessidades em saúde dos sujeitos que os procuram, mas com todo ordenamento da vida social – moradia, escola, saneamento básico, trabalho, renda – que, obviamente, possui desdobramentos na qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades.

Assim, vale destacar que os participantes da pesquisa afirmam que hoje são profissionais que apresentam a capacidade de levar em consideração as vulnerabilidades socioambientais, as relações dos sujeitos com os territórios e a compreensão dos diferentes modos de vida dos usuários, o que confirma as potencialidades desse tipo de iniciativa na construção de um profissional consciente de seu papel social. O estudo apontou ainda a potência contida nos encontros entre os que estão em formação e os usuários dos serviços. Mediante uma perspectiva relacional, a produção de saúde se faz por meio de pessoas reais, que vivem seus conflitos, tensões, dilemas, sonhos, projetos e paixões.

Compreender aqueles sujeitos inseridos em sua realidade é, antes de tudo, respeitar sua história, sua dignidade, e abarcá-los em sua totalidade. Essa perspectiva aponta um novo agir em saúde, calcado na cidadania, no respeito ao direito à saúde e na observância dos pilares que sustentam o SUS.

## Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito

## Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editora

Roseli Esquerdo Lopes

### Editor associado

Franklin Delano Soares Forte

### Submetido em

04/08/23

### Aprovado em

01/12/23

## Referências

1. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 13-33.
2. Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeito. Saude Soc. 2010; 19(2):429-39.
3. Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o Pet-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Saude Debate. 2019; 43 Spec No 1:97-105.
4. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Riveiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface (Botucatu). 2018; 22(67):1183-95. doi: 10.1590/1807-57622017.0376.
5. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):3-4.



6. Castro FS, Cardoso AM, Penna KGBD. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o Sistema Único de Saúde? *Rev Bras Mil Cienc.* 2019; 5(12):29-34.
7. Ornelas JHC. *Vivendo e aprendendo: a experiência do PET-Saúde redes de atenção psicossocial [dissertação]*. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2016.
8. Feuerwerker LM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho e saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-58.
9. Kastrup V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-62.
10. Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):817-29. doi: 10.1590/1807-57622014.0940.
11. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; 19:20-8.
12. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Formação descentrada na experiência. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 124-50.
13. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016. (Manuais acadêmicos).
14. Costa GMC, Gualda DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2010; 17(4):925-37.
15. Muylaert CJ, Sarubbi V Jr, Gallo PR, Rolim Neto ML, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):184-9.
16. Martins B, Ferreira V. Potencial das entrevistas narrativas no estudo de experiências traumáticas a partir das narrativas de mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade. In: *Anais do 5o Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa*; 2016; Porto. Porto: Ludomedia; 2016. p. 619-28.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198 de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 Fev 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/MEC 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*. 5 Mar 2010.
19. Freitas ICF, Silva CN, Adan LFF, Kitaoca EG, Paolilo RB, Vieira RA. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. *Rev Baiana Saude Publica*. 2011; 35(4):1001-12.
20. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*. 2014; 22(44):203-20.
21. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.
22. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.



23. Foucault M. *Microfísica do poder*. 9a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.
24. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
25. Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 195-206.
26. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 57a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.
27. Gusmão RC, Ceccim RB, Drachler ML. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1: 695-707.
28. Santos MM, Sousa Néttó OB, Pedrosa JIS, Vilarinho LS. PET-Saúde: uma experiência potencialmente transformadora no ensino de graduação. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1: 893-901.
29. Pinto T, Cyrino EG. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:765-77.
30. Caetano HS, Souza SRM. Educar pela experiência: aprender para existir no mundo. *Rev Educ Pop*. 2015; 14(1):10-18.
31. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* 2015; 19 Supl 1:1005-14.
32. Merhy EE, Franco TB, organizadores. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves; p. 138-48.
33. Medeiros MAT, Braga-Campos FC, Moreira MIB. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de nutrição e psicologia no campo da saúde coletiva. *Rev Nutr*. 2014; 27(6):785-98.
34. Gonçalves RCR, Gonçalves LG, Covre L, Lazarini WS, Dalbello-Araújo M. Nós em rede: vivências da parceria ensino-serviço produzidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:903-12. doi: 10.1590/1807-57622014.0808.
35. Leal JAL, Melo CMM, Veloso RBP, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):361-71. doi: 10.1590/1807-57622014.0107.
36. Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:731-42. doi: 10.1590/1807-57622014.1079.



Health training in Brazil creates practice that is detached from reality. However, teaching-service integration has shown itself to be a powerful tool to address this problem. This study analyzed the influence of the participation of health professionals in teaching-service integration initiatives in training and the effects of these initiatives on professional practice. We conducted an exploratory descriptive study in which eight professionals were interviewed using narrative interview techniques. The data were analyzed using content analysis. Two main categories emerged from the analysis: “The importance of real situations for health training” and “Team work and the need to develop collaboration competencies”. Immersion into experience provided the opportunity to acquire knowledge that goes beyond the resources offered by a traditional curriculum.

**Keywords:** Professional capacity building. Professional practice. Problem-based learning. Unified Health System. Health policy.

---

La formación en salud en Brasil construyó una práctica desarticulada de la realidad, pero la integración enseñanza-servicio se ha mostrado potente con relación a este problema. Se analizó la influencia de la participación de profesionales de salud en iniciativas de integración enseñanza-servicio en la formación y sus reflejos y en la práctica de los profesionales. Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, en el cual se entrevistaron ocho profesionales, utilizando la técnica de entrevistas narrativas de Análisis de Contenido. Surgieron dos categorías: “La importancia de los escenarios reales para la formación en salud” y “El trabajo en equipo y la necesidad del desarrollo de competencias colaborativas”. La profundización en la experiencia dio oportunidad a la obtención de conocimientos que extrapolan los recursos que un currículo tradicional puede ofrecer.

**Palabras clave:** Capacitación profesional. Práctica profesional. Aprendizaje basado en problemas. Sistema Único de Salud. Política de Salud.